



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



MINISTERSTWO ZDROWIA, DEPARTAMENT FUNDUSZY EUROPEJSKICH I E-ZDROWIA,  
UL. MIODOWA 15, 00-952 WARSZAWA  
TEL: 22 530 03 60, FAX: 22 530 03 66,  
dep-fz@mz.gov.pl

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu  
i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Okres realizacji programu: lata 2019-2023

PODSTAWA PRAWNA OPRACOWANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510)**

[Warszawa, 2018]

***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych***

**Autorzy programu:**

Grupa robocza ds. uzależnień składająca się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawicieli organizacji pacjentów, przy merytorycznym udziale i wsparciu dr n. med. Anny Antosik-Wójcińskiej. Projekt Programu był konsultowany m. in. przez przedstawicieli Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Przygotowano w ramach projektu pn. „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” nr POWR.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

**Kontynuacja/trwałość programu**

Ciągłość i trwałość programu zostanie zachowana. Program zostanie poddany ewaluacji, po której możliwa będzie jego kontynuacja w ramach Programów Operacyjnych współfinansowanych ze środków unijnych.

Należy dodać, że Program został stworzony z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych - zgodnie z zapisem art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016 Nr 210, poz. 1793, z późn. zm.).

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

**I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**

I.1 Opis problemu zdrowotnego

1.1 Modele używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

1.2 Czynniki ryzyka

1.3 Czynniki chroniące

1.4 Szkody zdrowotne spowodowane przez alkohol i inne substancje psychoaktywne

1.5 Szkody społeczno-ekonomiczne spowodowane przez alkohol i inne substancje psychoaktywne

I.2 Dane epidemiologiczne

2.1 Populacja młodych dorosłych

2.2 Populacja dzieci i młodzieży

I.3 Opis obecnego postępowania

I.4 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

**II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

II.1 Cel główny

II.2 Cele szczegółowe

II.3 Oczekiwane efekty i mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej odpowiadające celom programu

**III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej**

III.1 Populacja docelowa

1.1 Populacja docelowa programu

1.2 Oszacowanie populacji, której włączenie do Programu jest możliwe

1.2.1 Liczebność populacji docelowej (młodzież i młodzi dorośli w wieku 15-26 lat)

1.2.2 Liczebność personelu medycznego, który będzie mógł skorzystać ze szkoleń

1.2.3 Liczba placówek POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych uczestniczących w realizacji świadczeń medycznych w Programie

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

2.1 Populacja młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat – świadczenia medyczne

2.2 Kadra medyczna-szkolenia

### **2.3 Podmioty lecznicze realizujące Program**

III.3 Planowane interwencje

3.1 Dowody skuteczności planowanych działań

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

III.5 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

III.6 Spójność merytoryczna i organizacyjna

III.7 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

III.8 Bezpieczeństwo planowanych interwencji

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

1.2 Część logistyczno-administracyjna

1.3 Część wdrożeniowa Programu

### **IV.2 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu**

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

V.1 Monitorowanie

V.2 Ewaluacja

2.1 Ocena zgłaszalności do programu

2.2. Ocena jakości świadczeń w programie

2.3. Ocena efektywności programu

2.4 Ocena trwałości efektów programu

## **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

VI.1 Koszty jednostkowe

VI.2 Koszty całkowite

VI.3 Źródła finansowania, partnerstwo

VI.4 Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

## **VII. Słowniczek pojęć użytych w Programie Polityki Zdrowotnej**

## **VIII. Bibliografia**

## **I.**

### **OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

#### **1. Opis problemu zdrowotnego**

Problem zdrowotny, do którego odnosi się Program stanowi używanie<sup>1</sup> alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież i młodych dorosłych i powodowane przez to szkody zdrowotne i społeczne. Problemem jest również używanie dwóch lub więcej substancji psychoaktywnych jednocześnie lub naprzemiennie. Z medycznego punktu widzenia, termin substancje psychoaktywne obejmuje wszystkie substancje oddziałujące na ośrodkowy układ nerwowy w tym: alkohol, nikotynę, opiaty, kannabinoły, leki uspokajające i nasenne, kokainę, inne substancje stymulujące, substancje halucynogenne, lotne rozpuszczalniki i inne substancje psychoaktywne, w tym nowe substancje psychoaktywne tzw. „dopalacze” i substancje chemiczne. W Polsce jednak, z uwagi na uregulowania prawne i organizacyjne, termin „substancje psychoaktywne” odnosi się na ogół do innych niż alkohol substancji. Dlatego w niniejszym Programie, aby zachować spójność z polską terminologią, przyjęto nazewnictwo „alkohol i inne substancje psychoaktywne”.

Problem ten wpisuje się w priorytety zdrowotne zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2018, poz.469) : ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji, zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych.

Z badań epidemiologicznych wynika, że problem związany z używaniem a, w dalszym etapie, uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, zaczyna się w młodym wieku – okresie dorastania i kształtowania tożsamości i postaw społecznych. Fazowy przebieg procesów adolescencji, w którym dojrzewanie biologiczne o kilka lat wyprzedza dojrzewanie psychospołeczne jednostki, jest źródłem znacznego ryzyka rozwojowego. Dysharmonia

---

<sup>1</sup>Poprzez termin „używanie” w kontekście problemu zdrowotnego należy rozumieć używanie ryzykowne i szkodliwe alkoholu (określane również terminem nadużywanie) oraz innych substancji psychoaktywnych w odniesieniu do populacji młodych dorosłych (powyżej 18 r.ż) oraz każde używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży (poniżej 18 r.ż.).

***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

rozwojowa w naturalny sposób zwiększa ekspozycję na różne formy ryzyka, w tym eksperymenty z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi. Okres dojrzewania charakteryzuje się największą dynamiką wzrostu wskaźników używania substancji psychoaktywnych, dotyczy to zwłaszcza drugiej dekady życia. Wiek jest więc jednym z najsilniejszych czynników odpowiadających za wzrost rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA, 2006; **Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – EMCDDA, Europejski Raport Narkotykowy, 2017**). Młodzi ludzie chętnie podejmują wiele różnych, nowych dla nich zachowań. Są podatni na wpływ grupy rówieśniczej i różne eksperymenty, często szkodliwe i niebezpieczne dla ich zdrowia i życia. Młodzież pijąca alkohol jest w szczególności narażona na powstawanie różnych zaburzeń psychicznych (NIAAA, 2006). Układ nerwowy u dzieci i młodzieży nadal jest w fazie rozwoju i im wcześniej jest narażony na oddziaływanie substancji psychoaktywnych, tym łatwiej w późniejszym okresie życia rozwija się nadużywanie i uzależnienie (Kaplan i Johnston, 1992; Brown i wsp., 2009; Boys i wsp. 2003). Powyższe jest efektem zmian związanych z dojrzewaniem i odmiennością funkcjonalną ośrodkowego układu nerwowego. Większość substancji uzależniających działa poprzez aktywowanie tzw. układu nagrody. Jednocześnie występuje jeszcze niedojrzałość regulacji kontroli zachowań impulsywnych, co skutkuje wzrostem zapotrzebowania na stymulację niosącą przyjemność.

Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych bardzo często wiąże się z problemami szkolnymi takimi jak opuszczanie zajęć czy problemy w nauce. Może to skutkować długofalowymi konsekwencjami mającymi swoje odzwierciedlenie np. w uzyskaniu wykształcenia poniżej możliwości danej osoby i zdobyciu mniej satysfakcjonującego zawodu. Okres adolescencji przygotowuje młodego człowieka do usamodzielnienia się i wejścia w dorosłość. Zmiany cywilizacyjne i zwiększone wymagania edukacyjne przyczyniły się do znacznego wydłużenia okresu przygotowania młodzieży do dorosłego życia, co sprzyja wielu zachowaniom ryzykownym, w tym nadużywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Wczesna dorosłość jest dla wielu młodych ludzi okresem najbardziej intensywnych kontaktów z tymi substancjami. W raporcie „Diagnoza Społeczna” (Czapliński i Panek 2011) środowisko studenckie zostało uznane za jedną z najbardziej narażonych na narkomanię grup społecznych w Polsce. Znaczna część studentów nadużywająca substancji psychoaktywnych potwierdza początek używania w gimnazjum lub szkole ponadgimnazjalnej. Na tych właśnie etapach edukacji młodzież rozpoczyna, a następnie kontynuuje zażywanie szkodliwych substancji np. podczas nauki na studiach.

## **1.1 Modele używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**

Zdefiniowano różne modele używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, które przedstawiono w skrócie poniżej.

**Używanie eksperymentalne (ang. experimental stage)** dotyczy przyjmowania różnych substancji wielokrotnie, zazwyczaj w grupie rówieśniczej w celu osiągnięcia oczekiwanych doznań. Takie używanie zazwyczaj nie jest jeszcze związane z negatywnymi skutkami zdrowotnymi czy społecznymi.

**Używanie rekreacyjne (towarzyskie) (ang. social stage)** to przyjmowanie substancji w grupie osób, w celu przeżycia przyjemnych doznań, zazwyczaj nie zaburza to normalnego funkcjonowania, może jednak czasem skutkować niebezpiecznymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Interwencje zalecane w dwóch w/w modelach używania obejmują działania o charakterze profilaktyki uniwersalnej (Royal College of General Practitioners (RCGP), Practice standards for young people with substance misuse problems, 2012).

**Używanie ryzykowne (ang. at risk stage)** – dotyczy używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w grupie osób lub samemu, które bazuje na wcześniejszych przyjemnych doświadczeniach z tym związanych, uwarunkowane jest zazwyczaj chęcią poprawy samopoczucia, zmniejszenia napięcia. Przyjmowanie ww. substancji odbywa się często i może mieć już wzorzec regularnego używania. Wyróżnia się wczesne i późne stadium używania ryzykownego (ang. early and late at risk stage) (na podstawie Mirza i Mirza, 2008, 2011; Gilvarry i wsp. 2007). W stadium późnym pojawia się już aktywne poszukiwanie substancji w celu jej przyjęcia. Używanie ryzykowne może prowadzić do doznania różnych szkód zdrowotnych tj. zatrucia, urazy, wypadki (zmiana sprawności psychofizycznej prowokuje powstawanie zagrażających dla danej osoby czy otoczenia sytuacji). W przypadku alkoholu nadużywaniem i niezdrowym spożywaniem alkoholu określa się picie ponad 20 g/d alkoholu przez kobiety i ponad 40 g/d przez mężczyzn. Ryzykowne spożywanie alkoholu - to picie nadmiernych ilości alkoholu nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia nie zostanie zmieniony. World Health Organization (WHO) definiuje picie ryzykowne jako średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g/d przez kobietę i 40–60 g/d przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140-209g, a w przypadku mężczyzn 280–349 g.

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Zdefiniowano również tzw. binge drinking jako wzorzec intensywnego picia, który pociąga za sobą podwyższenie stężenia alkoholu we krwi do wartości co najmniej 0,08 promila. W przypadku osoby dorosłej wzorzec ten odpowiada spożyciu pięciu lub większej liczby drinków (mężczyźni) bądź czterech lub większej liczby drinków (kobiety) w ciągu około dwóch godzin (NIAAA, [www.niaa.nih.gov](http://www.niaa.nih.gov)).

Odnosnie innych substancji psychoaktywnych używa się również w Polsce terminu **używanie problemowe**. Diagnoza problemowego używania narkotyków jest oparta na określeniu funkcji, jakie narkotyk pełni w życiu. Jeśli jest to używanie na tyle poważne, że prowadzi do zmian w stylu życia i orientacji życiowej, to można mówić o używaniu problemowym.

Używanie ryzykowne i problemowe są terminami niemedycznymi. Obowiązująca w Polsce Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10) nie definiuje tego pojęcia. Tę grupę osób uważa się za zagrożoną uzależnieniem. Interwencje zalecane w tym wypadku obejmują działania o charakterze profilaktyki selektywnej i wskazującej realizowanej w lokalnym środowisku (szkoła, placówki zdrowotne pierwszego kontaktu) (RCGP, Practice standards for young people with substance misuse problems, 2012).

Klasyfikacja ICD-10 definiuje natomiast pojęcie **używania szkodliwego** (ang. harmful use, substance abuse) -tj. stanu, w którym używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych spowodowało szkody somatyczne lub psychologiczne (lub znacznie się do tego przyczyniło), włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcjonalne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi. Występuje regularne, częste używanie substancji psychoaktywnej, aktywne jej poszukiwanie, pomimo występowania negatywnych skutków jej używania. Interwencje zalecane w tym wypadku obejmują działania o charakterze profilaktyki selektywnej i wskazującej realizowanej już w dużej mierze przez specjalistyczne placówki leczenia uzależnień (RCGP, Practice standards for young people with substance misuse problems, 2012).

RCGP w opracowanych wytycznych zwraca uwagę, że w przypadku dzieci i młodzieży (poniżej 18 r.ż.) trudno jest ściśle określić co stanowi już ryzykowne używanie danej substancji (RCGP, 2012). W tej populacji kryteria określone dla populacji dorosłych mogą być nieadekwatne w uchwyceniu różnych aspektów rozwojowych powiązanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Uzależnienie to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych. Aby stwierdzić zespół uzależnienia (ang. stage of dependence) (zgodnie z kryteriami diagnostycznymi według ICD-10) muszą być spełnione łącznie przynajmniej trzy z niżej



## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

wymienionych kryteriów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku:

- ✓ Potrzeba zażywania substancji o charakterze przymusu;
- ✓ Obniżona zdolność kontroli odnośnie do ilości, początku, zakończenia;
- ✓ Somatyczny zespół abstynencyjny;
- ✓ Wykazana tolerancja;
- ✓ Narastające zaniedbywanie innych zajęć, poświęcanie coraz więcej czasu na zdobycie, konsumpcję, odpoczywanie po jej następstwach;
- ✓ Utrzymujące się używanie substancji mimo wyraźnie szkodliwych skutków uświadamianych sobie przez konsumenta.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem poszczególnych substancji psychoaktywnych są kodowane w ICD-10 w rozpoznaniu od F10 do F18. Kod F19 odnosi się natomiast do przyjmowania wielu substancji psychoaktywnych, czyli sytuacji popularnie nazywanej uzależnieniem mieszanym.

**Osoby uzależnione są kierowane i leczone w specjalistycznych placówkach leczenia uzależnień. Kryterium wykluczenia związane ze stwierdzonym uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych ma na celu wykluczenie osób, o których wiadomo, że mają takie rozpoznanie wg. klasyfikacji ICD-10 a nie osób, które będą poddawane badaniu przesiewowemu.**

### **1.2 Czynniki ryzyka**

Przyczyny sięgania po alkohol i inne substancje psychoaktywne przez młodzież i młodych dorosłych mogą być różne, w dużej mierze są jednak związane z wiekiem. Okres dojrzewania i wchodzenia w dorosłość jest trudnym czasem, momentem buntów i sięgania po rzeczy zakazane. Sięganie po alkohol lub inne środki odurzające może być próbą ucieczki, być związane z chęcią doznania nowych wrażeń, szukaniem własnego ja, ciekawością oraz myśleniem, że pozwoli to uwolnić się od stresu i poczucia napięcia lub lepiej radzić sobie z codziennością, może mieć bezpośredni związek z przeżywaniem osobistych problemów lub presją grupy rówieśniczej. Na podstawie dostępnej literatury można stwierdzić, że młodzi ludzie najbardziej zagrożeni uzależnieniem odznaczają się charakterystycznymi cechami: słabe kompetencje szkolne, niska samoocena, zaburzenia komunikacji interpersonalnej, obniżona zdolność radzenia sobie ze stresem i lękiem, niska sprawność w podejmowaniu decyzji (Koczaska-Siedlecka, 2009).

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Za osoby szczególnie zagrożone używaniem narkotyków uznaje się (NICE 2017):

- osoby znajdujące się w określonych grupach ryzyka (opisanych poniżej)
- osoby, których sytuacja osobista zwiększa ryzyko sięgania po narkotyki (opisane poniżej)
- osoby stosujące narkotyki lub inne substancje psychoaktywne od czasu do czasu
- osoby, które regularnie nadużywają innych substancji psychoaktywnych takich jak

alkohol.

Możemy wyodrębnić następujące grupy ryzyka i sytuacje związane ze zwiększonym ryzykiem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (na podstawie wytycznych brytyjskich RGCP „Practice standards for young people with substance misuse problems” (2012) oraz National Institute of Health and Care Excellence (NICE, 2017):

- ✓ młodzież i młodzi dorośli znajdujący się pod opieką instytucjonalną
- ✓ młodzież i młodzi dorośli, którzy zostali wyrzuceni ze szkół
- ✓ osoby przejawiające zachowania antyspołeczne, sprawcy przestępstw, osoby przebywające w środowiskach przestępczych
- ✓ młodzież, która jest pod opieką kuratora
- ✓ młodzież z rodzin, w których członek rodziny używa substancji psychoaktywnych
- ✓ młodzież z problemami w nauce, osoby z zaburzeniami rozwojowymi takimi jak np. ADHD, osoby z zaburzeniami psychicznymi
- ✓ osoby trafiające na izby przyjęć lub do innych miejsc udzielania pomocy z urazami, uczestnicy wypadków
- ✓ osoby bezdomne
- ✓ osoby, które w przeszłości stosowały już alkohol i inne substancje psychoaktywne
- ✓ osoby przebywające w środowiskach, w których osoby z ich otoczenia używają alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (szkoły, dyskoteki, bary, akademiki, pozostałe skupiska młodzieży)
- ✓ osoby, które zgłaszają się często po pomoc z dolegliwościami/infekcjami intymnymi lub poszukujące metod antykoncepcji postkoitalnej
- ✓ osoby, u których widoczna jest zmiana zachowania, która może wynikać ze stosowania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

### **1.3 Czynniki chroniące**

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Do czynników chroniących należą: (wg Chodkiewicz i Juczyński 2002):

- poczucie więzi z otoczeniem, pozwalające skutecznie radzić sobie w sytuacjach trudnych,
- zachowania kształtujące i utrwalające się na skutek modelowania, czyli obserwacji i naśladowania osób ważnych: rodziców, rówieśników, postaci ze sfery kultury masowej,
- posiadanie przekonań normatywnych przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych
- zachowania pozwalające młodzieży w sposób konstruktywny realizować ważne zadania rozwojowe i zaspokajać potrzeby;
- umiejętność osiągania celów i zaspokajania potrzeb w konstruktywny sposób zmniejsza ryzyko podejmowania zachowań destrukcyjnych,
- włączenie młodego człowieka do grup realizujących pozytywne cele, które zmniejszają ryzyko zachowań ryzykownych.

### **1.4 Szkody zdrowotne powodowane przez alkohol i inne substancje psychoaktywne**

Problem związany z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych jest często utożsamiany wyłącznie z problematyką uzależnienia. Jest ono podstawowym problemem związanym z używaniem tych środków, warto jednak podkreślić, że uzależnienie nie jest jedynym powikłaniem. W populacji młodych dorosłych (powyżej 18 r.ż) częstym i poważnym problemem są szkody zdrowotne, osobiste i społeczne spowodowane używaniem ryzykownym i szkodliwym (nie spełniającym jeszcze kryteriów uzależnienia). Natomiast w populacji dzieci i młodzieży (poniżej 18 r.ż.) każde używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych może potencjalnie prowadzić do szkód zdrowotnych i osobistych.

Istnieją liczne dowody na to, że picie alkoholu, palenie papierosów i używanie innych substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi powoduje szkody zdrowotne i osobiste (O'Malley i wsp., 1998; Ostaszewski, 2008; Windle, Miller-Tutzauer, Domenico, 1992). W szczególności zwiększa się ryzyko takich problemów jak:

- szkody zdrowotne (zatrucia, urazy, uzależnienia, zakażenia);
- zachowania ryzykowne podejmowane w związku z byciem pod wpływem substancji psychoaktywnych (np. skoki do wody w niebezpiecznych miejscach, przedwczesne i ryzykowne kontakty seksualne bez zabezpieczenia, jazda samochodem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub z pijanym kierowcą);

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- zaniedbywanie obowiązków szkolnych, konflikty z prawem, konflikty z rodzicami, nauczycielami, rówieśnikami, utrata zainteresowań

Młodzi ludzie są w większym stopniu narażeni na szkody zdrowotne wynikłe z używania substancji psychoaktywnych (Canadian Centre on Substance Abuse, 2007). Badania pokazują, że osoby w wieku 15-24 lata doświadczają ich pięć razy częściej niż starsi (Health Canada, 2011). Potencjalnie każde użycie alkoholu, narkotyków, w tym nowych substancji chemicznych, tzw. dopalaczy, może wiązać się z ryzykiem poważnych szkód zdrowotnych. Nowe substancje psychoaktywne tzw. dopalacze i substancje wziewne są silnie toksyczne i mogą powodować poważne i nieodwracalne szkody w młodym organizmie nawet po jednorazowym zażyciu, co skłania do działań prewencyjnych mających na celu odsunięcie inicjacji użycia tych substancji.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, „Zagrożenia dla zdrowia światowego. Śmiertelność i obciążenie chorobami powodowane wybranymi najpoważniejszymi zagrożeniami”, 2009), alkohol jest w Europie na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka zdrowotnego populacji (po papierosach i nadciśnieniu). Spożywanie alkoholu jest przyczyną 12% (u mężczyzn) i 2% (u kobiet) przedwczesnych zgonów oraz niesprawności. Z przyjmowaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wiążą się zarówno przewlekłe, jak i ostre problemy zdrowotne.

Przewlekłe problemy zdrowotne obejmują uzależnienie oraz choroby przewlekłe, w tym choroby zakaźne. Związek ze spożywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych ma ponad 60 chorób i urazów (w tym zaburzenia psychiczne, choroby przewodu pokarmowego, nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia odporności, choroby płuc, choroby układu kostnego i mięśniowego, szkody prenatalne itd.). WHO podaje, że ok. 10% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej trafia do placówki POZ w związku z nadużywaniem alkoholu. Szczególnie częste są zaburzenia funkcjonowania psychicznego powodowane przez alkohol tj.: bezsenność, depresja, niepokój, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia funkcji poznawczych (Anderson i Baumberg, 2006). Podobne skutki na zdrowie psychiczne wywierają **opiaty, kannabinoły, kokaina, inne substancje stymulujące i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki oraz inne substancje psychoaktywne**. W populacji dzieci i młodzieży często współistnieją też takie problemy jak zaburzenia depresyjne, nadpobudliwość psychoruchowa i deficyt uwagi oraz zaburzenia stresowe pourazowe (Dennis i wsp. 2004). **Podkreśla się, że używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych jest często markerem występowania innych problemów psychicznych i rozwojowych (Macleod, 2004).**

### ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

Możliwe jest także wystąpienie stanów ostrych, najczęściej jest to przedawkowanie (zatrucie) alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej oraz urazy. Około 20% pacjentów ostrych dyżurów to osoby nadużywające alkoholu (Cherpitel i wsp. 2005). **Badania pokazują, że 31% wszystkich pacjentów przyjętych na izbę przyjęć oraz 50% pacjentów z poważnymi obrażeniami ciała uzyskuje pozytywny wynik w czasie badania przesiewowego w kierunku używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu** (D'Onofrio, 2002). Hospitalizacje z powodu zatruc etanolem stanowią według różnych źródeł od 2,8% do 26,3% wszystkich nieplanowych przyjęć do Oddziałów Pediatrii (Kamińska i wsp., 2018; Pawłowska-Kamieniak i wsp. 2011; Siniewicz i wsp. 2006). Urazy należą do groźnych następstw spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych zwłaszcza w populacji nieletnich (Hicks i wsp., 1990; Loiselle i wsp., 1993; Stolle i wsp., 2009). Badania pokazują, że w populacji dzieci hospitalizowanych z powodu zatrucia alkoholem 34% doznało jakiegoś urazu, z czego najczęściej (w 45%) był to uraz głowy (Weinberg i Wyatt 2006; Hicks i wsp. 1990). Ponadto dzieci, będąc pod wpływem alkoholu częściej padają ofiarą przemocy (32%) (Moreira i wsp., 2008).

Spożycie alkoholu jest też jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów. Zgodnie z danymi Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) w 2012 r. wśród ogółu zgonów, te związane z alkoholem stanowiły w Polsce 7%. Liczba zgonów związanych pośrednio i bezpośrednio z używaniem alkoholu w Polsce w 2013 r. wyniosła ponad 10 tys. Na tę liczbę składały się zgony głównie z powodu: chorób wątroby (6857), zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu (1448) i zatruc alkoholem (1362) (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2010). Również zażywanie narkotyków uznawane jest za jedną z przyczyn możliwych do uniknięcia zgonów młodych osób w Europie (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – EMCCDA, Europejski Raport Narkotykowy, 2017). Odsetek zgonów spowodowanych narkotykami szacuje się na poziomie 1-2% rocznie, głównie są one związane z używaniem opioidów. Zwiększona śmiertelność jest związana przede wszystkim z przedawkowaniem, inne przyczyny obejmują zakażenia, wypadki, przemoc oraz samobójstwa.

W przypadku alkoholu zazwyczaj szkody zdrowotne są proporcjonalne do spożywanej ilości, jednak w przypadku innych substancji psychoaktywnych, negatywne konsekwencje mogą pojawić się już przy niewielkich dawkach i jednorazowym użyciu. Równie niebezpieczne jest jednorazowe zażycie kilku substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, kokainy, leków z grupy benzodiazepin). Jest to zjawisko **częste w grupie młodzieży i młodych dorosłych**

(EMCDDA, raport 2017). Według polskich badań ESPAD rozpowszechnienie łącznego używania alkoholu i leków jest na poziomie 7,3% (ESPAD 2015), a alkoholu i przetworów konopii – 17,1 % (ESPAD 2007) w grupie uczniów 17-18 letnich. Prowadzić to może do ostrych zatruć, jak również do uzależnienia mieszanego (np. alkohol i amfetamina) i uzależnienia krzyżowego (czyli sytuacji gdy osoba uzależniona od jednej substancji łatwiej uzależnia się od innej substancji, która to pozwala na redukcję objawów abstynencyjnych przy odstawieniu pierwszej substancji, np. alkohol i leki z grupy benzodiazepin). Z uwagi na powyższe zależności, oraz na fakt, iż używanie jednej substancji psychoaktywnej toruje drogę innym substancjom, jak również, iż stosowanie krótkiej interwencji dedykowanej jednej substancji psychoaktywnej wpływa także na ograniczenie używania innych, wysiłki zmierzające do ograniczenia używania np. alkoholu wpływają również na ograniczenie używania innych substancji psychoaktywnych. Dlatego Program ten obejmuje problematykę związaną z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

### **1.5 Szkody społeczno-ekonomiczne powodowane przez alkohol i inne substancje psychoaktywne**

Istnieje wysoka zależność między uzależnieniem od alkoholu a bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznym, niskim poziomem wykształcenia, wypadkami i przemocą w rodzinie, przestępczością i wypadkami samochodowymi.

**Najlepiej zbadane są szkody społeczno-ekonomiczne spowodowane przez alkohol.** Według raportu WHO z 2012 roku skutki ekonomiczne nadużywania alkoholu w Europie szacowano na poziomie 2-3 proc. PKB poszczególnych krajów (Anderson i wsp., WHO 2012). Oszacowania dokonane w Polsce przez Instytut Łazarskiego są zbieżne z danymi europejskimi. Estymacja całościowych kosztów nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w 2011 roku według 3 proc. PKB wyniosła około 45 miliardów zł (Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013). Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) za 2011 r. koszty bezpośrednie (leczenia uzależnienia od alkoholu oraz jego powikłań i intoksykacji) wyniosły 421 mln zł. Natomiast estymacja kosztów pośrednich nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od niego w Polsce może sięgać 37–39 miliardów złotych rocznie. Na koszty pośrednie składają się wydatki ZUS w kategorii absencji chorobowych, koszty utraty produktywności pracy z tytułu nadużywania alkoholu przez pracowników i uzależnienia od niego, koszty wypadków

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców, koszty utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego. Natomiast koszty związane z niedozwolonymi środkami odurzającymi można oszacować na 0,1%-2% PKB danego kraju (**EMCDDA, raport 2017**). W Polsce brakuje dokładnych oszacowań kosztów związanych z używaniem i uzależnieniem od narkotyków. Przedstawione powyżej dane dotyczą całej populacji (nie tylko populacji młodzieży i młodych dorosłych), gdyż brakuje danych odnoszących się do danej grupy wiekowej. Jednak, jak już wspomniano, problem z używaniem substancji psychoaktywnych zaczyna się właśnie w wieku dorastania i wczesnej młodości, dlatego działania profilaktyczne zmierzające do ograniczenia szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych mają szansę być najbardziej efektywne, gdy są kierowane do właśnie tej grupy odbiorców.

**W szczególności bardzo trudne do oszacowania są koszty związane z przestępczością i wykroczeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.** Dane policji ([www.statystyka.policja.pl](http://www.statystyka.policja.pl)) z roku 2012 pokazują, że blisko 24 tys. nietrzeźwych małoletnich dopuściło się przestępstw (rozbój, kradzież, kradzież z włamaniem, zgwałcenie, bójka lub pobicie, uszczerbek na zdrowiu, zabójstwo). W przypadku nietrzeźwych dorosłych liczba ta sięga blisko 100 tys. **Prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem środka odurzającego przez dorosłych sięga 60 tys. osób/rocznie (GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski, 2017).** Z badań wynika, że prawdopodobieństwo spowodowania wypadku drogowego zwiększa się kilkunastokrotnie wraz ze wzrostem stężenia alkoholu we krwi kierującego (aż 36 razy przy stężeniu alkoholu we krwi > 1,5‰) (źródło: PARPA). Odnośnie narkotyków, dane z UE pokazują, że używanie ich jest silnie powiązane z przestępczością - w **2015r. popełniono w UE 1,5 mln przestępstw związanych z narkotykami (EMCDDA, raport 2017).**

## **2. Dane epidemiologiczne**

### **2.1 Populacja młodych dorosłych**

Badania Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS 2015) wskazują, że jednym z ważniejszych czynników różnicujących używanie substancji psychoaktywnych jest wiek. Z badania EZOP (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej) wynika, że rozpowszechnienie uzależnienia od alkoholu w ciągu życia w Polsce wynosi ok 2,2% populacji. Grupa ludzi pijących kiedykolwiek w ciągu życia szkodliwie, stanowi natomiast ponad 10% populacji ludzi dorosłych w naszym kraju. Na

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

szkody zdrowotne i społeczne narażonych jest więc ok. 4 mln. osób. W odniesieniu do narkotyków, wyniki EZOP wskazują, że liczba osób mających z nimi styczność przekracza 1 milion osób w Polsce. Dominującym narkotykiem są przetwory konopi (marihuana i haszysz - ok. 90%). Badanie EZOP dotyczyło dorosłej populacji mieszkańców Polski (18-64 lata).

Dane o rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych w populacji generalnej pozyskiwane są ponadto z badań prowadzonych na ogólnopolskiej losowej próbie dorosłych mieszkańców kraju. Badanie takie przeprowadzone w 2013 r. objęło reprezentatywną próbę mieszkańców Polski (n=1000) z uwzględnieniem płci i wieku (Używanie i postawy wobec substancji psychoaktywnych w populacji generalnej w 2013r.). Badanych pytano o używanie poszczególnych substancji w trzech przedziałach czasowych: w ciągu ostatnich 30 dni (używanie bieżące), 12 miesięcy (aktualne używanie) oraz kiedykolwiek w życiu (eksperymentowanie z daną substancją). Jakikolwiek narkotyk używało w ciągu ostatnich 30 dni 1,5 % respondentów. Najbardziej rozpowszechnioną substancją nielegalną są przetwory konopi. Najczęściej sięgają po nie ludzie młodzi - najwyższe wskaźniki eksperymentowania odnotowano w grupie wiekowej 20-24, bo aż 15%. Częściej po marihuanę sięgają osoby z wyższym wykształceniem - 13% deklaruowało używanie marihuany przynajmniej raz w życiu. Według danych Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) z 2012, połowa osób po raz pierwszy zgłaszających się do placówek leczenia uzależnień, robi to z powodu problemów związanych z używaniem marihuany. Częściowym wytłumaczeniem tego trendu może być fakt, iż marihuana ma o wiele większe stężenie THC (tetrahydrokannabinol) niż kilka lat temu, co oznacza, iż obecnie palący przyjmują jednorazowo większe dawki substancji narkotycznej (dane z Centralnego Laboratorium Kryminalistyczne Policji (CLKP) w 2013 r.). Odnośnie amfetaminy, najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia odnotowano wśród osób w wieku 20-24 lata (7%), z wyższym wykształceniem oraz w miastach, kontakt z nią w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni przed badaniem zadeklarowało odpowiednio 2% i 1% respondentów. Natomiast używanie kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) zadeklarowało 8% badanych w grupie wiekowej 20-24 lat, w grupie wiekowej 15-19 lat odsetek ten był niższy i wyniósł 4%. Kontakt z lekami uspokajającymi i nasennymi (bez wskazań lekarskich) deklaruowało 7% respondentów w grupach 15-19 oraz 20-24 lata. Po leki w celach pozamedycznych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem sięgali najczęściej najmłodszy uczestnicy badania - 3%.

Podsumowując wyniki tego badania, **po substancje nielegalne częściej sięgają badani z młodszych grup wiekowych (15-19 oraz 20-24 lat) oraz osoby z wyższym wykształceniem. Działania profilaktyczne powinny zatem dotyczyć nie tylko wyłącznie**



***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

**młodzieży szkolnej, ale także młodych dorosłych.** Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na wysoki odsetek używania substancji nielegalnych wśród osób młodych z wyższym wykształceniem. Badanie z 2013 r. wśród studentów Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu pokazało, że około 30% badanych przyznało się do zażywania narkotyków (Kalupa i wsp. 2013). Ostatnie badania z 2015r. wśród studentów woj. lubelskiego, lubuskiego i kujawsko-pomorskiego wskazują, że niemal 50% badanych zażywało kiedykolwiek narkotyki. Najczęściej używanym narkotykiem była marihuana (44%), respondenci przyznawali się do stosowania również amfetaminy i ekstazy (10%) (Sokołowska i wsp. 2015, OMR Grupa Badawcza Koziół S. Raport 2015. Narkotyki Powszechne wśród studentów). Wyniki „Badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów”, zrealizowanego w roku 2004 na polskich uczelniach pokazały, że podobnie jak w populacji generalnej, napoje alkoholowe okazały się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród studentów – do aktualnych użytkowników należy 94% studentów. Najbardziej rozpowszechnioną substancją nielegalną była marihuana – 20,6% stanowili aktualni jej użytkownicy, w ciągu ostatnich 30 dni używało ich 10%. Amfetaminę używa często 1,5% studentów, ekstazy – 1,2% (w ciągu ostatnich 30 dni). W jednym z amerykańskich badań 39-44% studentów przyznało się do picia napadowego w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie (Johnston i wsp., 2004; Wechsler i wsp., 2002). W badaniu łódzkich studentów odsetek osób, które w miesiącu poprzedzającym badanie często piły alkohol i jednocześnie doświadczały stanów upojenia wyniósł 29,2% (Chodkiewicz, 2006). Zgodnie z raportem Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2015) rozpowszechnienie picia napadowego (ostatnie 30 dni) wśród studentów wynosi 37,9%. Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych jest więc zdecydowanie wyższe w populacji studentów niż w populacji generalnej.

Wskaźnikiem, za pomocą którego można dokonać próby określenia skali zjawiska problemowego używania substancji psychoaktywnych jest również analiza danych dotyczących zgłaszalności do placówek lecznictwa stacjonarnego. Według danych GUS (Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016r., GUS) w poradniach dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się 172 tys. osób z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a ponad 40 tys. osób – z powodu używania innych środków psychoaktywnych (opiaty, kokaina, leki uspokajające i nasenne, inne substancje pobudzające i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki, itp.). W 2016 r. w ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakładach MONAR leczyło się 8,4 tys. osób, a w ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego 13,3 tys. osób. Dane te nie uwzględniają jednak wieku

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

leczonych pacjentów. Zgodnie z danymi zaczerpniętymi z Map Potrzeb Zdrowotnych po uwzględnieniu specyficzności leczenia zaburzeń psychicznych uzależnienia stanowiły największy udział hospitalizacji wśród osób dorosłych w kraju (44% hospitalizacji w skali kraju, dane na grudzień 2014). Leczenie uzależnień dominowało również w świadczeniach udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej (obejmującej poradnie zdrowia psychicznego oraz zespoły leczenia środowiskowego) i stanowiło 30,5% świadczeń profilowanych udzielonych osobom dorosłym.

### **2.2 Populacja dzieci i młodzieży**

Jednym z najważniejszych badań na temat używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną są ogólnopolskie audytoryjne badania ankietowe – ESPAD (2015) - „European School Survey Project on Alcohol and Drugs”. W badaniu tym oceniano natężenie zjawiska używania przez młodzież w wieku 15-16 lat oraz 17-18 substancji psychoaktywnych na terenie Polski. Najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży jest alkohol. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia alkohol piło 83,8% uczniów z młodszej grupy i 95,8% uczniów z starszej grupy, z czego większość przyznawała się do przekraczania progu nietrzeźwości. Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczyło, chociaż raz w życiu (36,9%) młodszych i 64,4% starszych uczniów. Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjmuje się picie w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Alkohol w tym czasie piło 48,6% uczniów z grupy młodszej i 82,3% uczniów z grupy starszej. W tym czasie chociaż raz upiło się 12,5% i 19,7% uczniów odpowiednio w młodszej i starszej grupie wiekowej. W badaniu przyjęto także obiektywną miarę nadmiernego spożycia przy jednej okazji (>5 drinków). Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem deklarowało 35,8% i 63,7% uczniów odpowiednio młodszych i starszych klas. Szczególny niepokój powinny budzić też znaczne odsetki młodzieży eksperymentującej z alkoholem w połączeniu z lekami (5,7% w młodszej grupie i 7,3% w starszej).

Nikotyna jest drugą co do stopnia rozpowszechnienia legalną substancją psychoaktywną używaną przez młodzież szkolną. Chociaż raz w życiu paliło 56,2% młodszych uczniów i 71,5% uczniów ze starszej grupy.

Odnosnie substancji nielegalnych, to chociaż raz w ciągu całego życia używało marihuany lub haszyszu 25,0 % młodszych uczniów i 43,0% starszych uczniów. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem 10,3% uczniów klas młodszych i 15,4% uczniów klas starszych używało marihuany lub haszyszu. Do problemowych użytkowników przetworów

***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

konopi zidentyfikowanych przy pomocy testu przesiewowego zaliczyć można 7,0% młodszych i 7,6% starszych uczniów.

Porównując wyniki kolejnych badań ESPAD, wydaje się, że rozpowszechnienie picia alkoholu i palenia papierosów nieco spada w populacji młodzieży szkolnej, jednak używanie marihuany/ haszyszu wykazuje tendencje wzrostowe.

Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych wśród młodszych uczniów jest LSD lub inne halucynogeny (5,5%), a wśród starszych uczniów amfetamina (7,1%).

Używanie leków nasennych i uspokajających (bez zaleceń lekarza) dotyczy około 17% młodzieży, przy czym dwukrotnie częściej stosują leki dziewczyny (Sierosławski, 2015).

Rozpowszechnienie używania „dopalaczy” wśród młodszej grupy to 10,3%, a wśród starszych uczniów 12,6% (choć raz w ciągu życia), w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem 4,3% i 3,0%, odpowiednio w młodszej i starszej grupie.

Porównując polską młodzież z ich rówieśnikami w Europie, w Polsce częściej nadużywane są leki uspokajające, marihuana, nowe substancje psychoaktywne tzw. dopalacze i substancje wziewne, częstsze jest również palenie tytoniu. Wskaźniki odnoszące się do tych substancji są obok czeskich, jednymi z najwyższych w Europie.

W badaniu ESPAD (2015) oceniano również postawy młodzieży wobec substancji psychoaktywnych. Wyniki tego badania pokazują, że większość młodzieży uważa się za dobrze zorientowaną w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych, społecznych i innych zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W ocenie badanych o stopniu ryzyka, decyduje bardziej nasilenie używania, niż rodzaj substancji. Niepokój może budzić zwłaszcza niedocenianie ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi. Badanie ESPAD zidentyfikowało również postrzegane przez młodzież szkody, jakich doznają w wyniku używania substancji psychoaktywnych. Najbardziej rozpowszechnią konsekwencją picia alkoholu jest poważna kłótnia, zniszczenie rzeczy lub ubrania wypadek lub uszkodzenie ciała, bójka oraz prowadzenie pojazdu będąc pod wpływem alkoholu, seks bez zabezpieczenia.

Jak pokazują statystyki, problem używania substancji psychoaktywnych dotyczy znacznej części populacji dzieci i młodzieży, obejmującej znacznie szerszy odsetek młodych ludzi niż tylko młodzież z określonymi czynnikami ryzyka, czy ze środowisk zwiększonego ryzyka.

Z danych WHO wynika, że **ok. 10% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej trafia do placówki POZ w związku z nadużywaniem alkoholu. Natomiast 31% wszystkich**

**pacjentów przyjętych na izbę przyjęć uzyskuje pozytywny wynik w czasie badania przesiewowego w kierunku używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu** (D'Onofrio, 2002). Hospitalizacje z powodu zatruc etanolem w populacji dzieci i młodzieży stanowią według różnych źródeł od 2,8% do 26,3% wszystkich nieplanowych przyjęć do Oddziałów Pediatrii (Kamińska i wsp., 2018; Pawłowska-Kamieniak i wsp. 2011; Siniewicz i wsp. 2006).

Przytoczone badania różnią się zastosowaną metodologią, szacowanymi wskaźnikami, utrudnia to wyciągnięcie ostatecznych wniosków dotyczących odsetka osób, które mogą być w grupie używających ryzykownie i szkodliwie alkohol i inne substancje psychoaktywne. Brakuje zwłaszcza danych odnośnie rozpowszechnienia używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji pacjentów POZ i szpitali w Polsce. Wydaje się jednak, że na podstawie przytoczonych dostępnych danych, można przyjąć szeroki szacunek na poziomie 10-30% osób w wieku 15-26 lat, które mogą używać ryzykownie i szkodliwie daną/e substancję/e psychoaktywną/e.

### **3. Opis obecnego postępowania**

Obecnie prowadzone działania możemy podzielić na działania z zakresu profilaktyki uzależnień i działania z zakresu leczenia uzależnień.

Świadczenia z zakresu leczenia uzależnień są w Polsce finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2013 poz.1386), leczenie uzależnień obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych. Podobnie świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu, krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych oraz świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych obejmujące długoterminową rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) i działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych znajdują się w ww. wykazie. Świadczenia te udzielane są w specjalistycznych ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu i placówkach leczenia uzależnień.

Uzupełnieniem świadczeń leczniczych gwarantowanych są także świadczenia (w dużej mierze o charakterze leczniczym i rehabilitacyjnym) udzielane przez prężnie działające w tym obszarze organizacje pozarządowe.

***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

Działania profilaktyczne w zakresie uzależnień realizowane są na poziomie centralnym i regionalnym. W Polsce funkcjonują ogólnopolskie programy związane z profilaktyką uzależnień. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych tworzy bazę do realizacji spójnej polityki wobec alkoholu i przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom jego używania, integruje wszystkie trzy obszary działań – centralny, wojewódzki i gminny – formułując spójne dla nich działania i cele strategiczne. Podobnie, Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, który to określa kierunki działań związanych z polityką państwa odnośnie problemu narkomanii w Polsce.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 uwzględnia tę problematykę w celu operacyjnym numer 2 – Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi w działaniu pn.: „Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem” oraz celu operacyjnym numer 3 - Profilaktyką problemów zdrowia psychicznego i poprawą dobrostanu psychicznego społeczeństwa (dotyczącym m.in. szkoleń kadry medycznej z zakresu wczesnego wykrywania zaburzeń psychicznych), jak również w zadaniu koordynacyjnym dotyczącym opracowania i promocji projektu systemowego wsparcia u młodzieży szkolnej i studenckiej oraz osób starszych w zakresie mechanizmów automotywacji do zmiany stylu życia oraz promocji zachowań prozdrowotnych w obszarze profilaktyki otyłości, aktywności fizycznej, zdrowia psychicznego i przeciwdziałaniu uzależnieniom. Również Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022 odnosi się do tej problematyki w swych celach tj. „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku nałożyła obowiązek uchwalania i realizowania Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Zadania te obejmują m.in.: wspieranie rozwoju programów profilaktyki uniwersalnej - wspieranie programów profilaktycznych na wszystkich poziomach edukacji, wspieranie programów profilaktyki narkomanii adresowanych do rodziców, prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem; zwiększanie dostępności programów ograniczania szkód zdrowotnych. Kwestię problematyki używania

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

alkoholu reguluje natomiast ustawa z 26.10.1982 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.) o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawa z 29.07.2005 r. Problematyka ta jest również uwzględniona w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi określa kierunki polityki państwa wobec alkoholu. Kompleksowo reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Zgodnie z art. 1,2 i 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Na tej podstawie realizowane są gminne i wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne.

Szkoła ma ściśle określone kompetencje w zakresie profilaktyki uzależnień. W szkołach są wdrażane programy profilaktyki uniwersalnej, programy dla rodziców, a także programy adresowane do uczniów używających substancji psychoaktywnych w ramach profilaktyki selektywnej i wskazującej. Szkoły współpracują z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, do których to zadań należy m.in. profilaktyka uzależnień. W realizacji tych zadań szkoła współpracuje z rodziną ucznia, policją, sądem. Pomoc dla osób zagrożonych i eksperymentujących z narkotykami prowadzona jest też w placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz poradniach profilaktyki i terapii uzależnień. W ciągu ostatnich lat w Polsce realizowane były liczne akcje profilaktyczne w szkołach. Ich jakość i skuteczność poddawana jest jednak w wątpliwość. Raport Najwyższej Izby Kontroli (Profilaktyka narkomanii w szkołach, NIK, 2013) wskazuje, że jakość podejmowanych działań profilaktycznych na wszystkich etapach edukacji szkolnej i w szkołach wyższych jest niewystarczająca w stosunku do wagi i skali tego zjawiska. Szkoły w niewystarczającym stopniu realizują rekomendowane programy profilaktyczne dot. uzależnień spełniające określone w systemie rekomendacji standardy jakości. Zaplanowane i wdrażane działania profilaktyczne uznano za nierzetelne i powierzchowne, o bardzo niskiej lub niemożliwej do oceny skuteczności działania.

Mniej liczne były programy profilaktyczne prowadzone na uczelniach. Największy zasięg (ogólnopolski) miał program realizowany na polskich uczelniach wyższych (ponad 120 uczelni w Polsce) w 2005r. pn.” Ogólnopolska sieć uczelni wolnych od narkotyków”. (Krawczyk, 2006). Program ten objął zarówno oddziaływania w ramach profilaktyki uniwersalnej, jak również działania interwencyjne (infolinia telefoniczna, studenckie punkty

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

konsultacyjne, edukacja nauczycieli akademickich, interwencje u osób zażywających narkotyki). Skuteczność tego programu została potwierdzona w badaniu ewaluacyjnym (Pach i wsp. 2006).

Dla osób z problemem narkotykowym funkcjonuje ponadto ogólnopolski telefon zaufania „Narkotyki – Narkomania” (0 801 199 990) oraz poradnia internetowa, prowadzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W poradni internetowej ([www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl)) można uzyskać poradę on-line udzielaną przez specjalistę oraz zapoznać się z bazą placówek pomocowych.

**Działania profilaktyczne o charakterze badań przesiewowych i stosowanie wczesnej krótkiej interwencji w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i szpitalach ogólnych nie są obecnie realizowane w Polsce w ramach świadczeń gwarantowanych.** Przychodnie POZ mają co prawda w swojej ofercie profilaktykę różnych schorzeń, w tym uzależnień, nie obejmują one jednak ustrukturyzowanej interwencji tj. badania przesiewowego i krótkiej interwencji. Dzieci i młodzież w ramach okresowych bilansów zdrowia w 16 i 18 r.ż. mają również jedynie udzielaną poradę dotyczącą zagrożeń wynikających z używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Nie są natomiast przewidziane w ramach świadczeń gwarantowanych badania przesiewowe i krótka interwencja w przypadku osób tego wymagających. **Również w szpitalach ogólnych (w tym na izbach przyjęć i szpitalnych oddziałach ratunkowych) nikt nie prowadzi w/w działań profilaktycznych.** Wyniki badania przeprowadzonego w Polsce dotyczące profilaktyki nadużywania alkoholu (Jakubczyk i wsp., 2015a) pokazują, że lekarze POZ nie dysponują odpowiednimi narzędziami diagnostycznymi i nie zostali odpowiednio przeszkoleni w przedmiotowym zakresie. Jednocześnie personel POZ widzi potrzebę i ma sposobność zastosowania tych procedur w swojej codziennej praktyce. Zwłaszcza jest to wskazane w przypadku chorych, u których nie występują jeszcze konsekwencje somatyczne używania alkoholu. Jedynym znanym i stosowanym przez lekarzy POZ postępowaniem z wyboru jest skierowanie pacjenta na leczenie do ośrodka terapii uzależnień (do którego z dużym prawdopodobieństwem nie dotrze). **Tymczasem, badania i rekomendacje uznanych międzynarodowych organizacji (U.S. Preventive Services Task Force (UPSTF) - Virginia A. Moyer, USPSTF, 2013; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2007, 2010, 2017, 2018, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2015; RCGP, Practice standards for young people with substance misuse problems, 2012) wskazują, że badanie przesiewowe i krótka interwencja stanowią bardzo istotny, i co najważniejsze, skuteczny filar działań w zakresie profilaktyki uzależnień.**

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

W Polsce realizowane były programy profilaktyczne w placówkach POZ o zasięgu regionalnym dotyczące badania przesiewowego i stosowania krótkiej interwencji w przypadku używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu. Miały one zasięg regionalny. Doświadczenia te pozwoliły na zidentyfikowanie problemów, które mogą pojawić się przy wdrażaniu procedury wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji dotyczącej alkoholu w POZ: niskie zainteresowanie lekarzy POZ podnoszeniem kompetencji w tym zakresie, w realizowanych szkoleniach brały udział w większości osoby z wykształceniem pielęgniarskim. Stosowanie dodatkowego wynagrodzenia dla personelu realizującego badanie przesiewowe i krótką interwencję wydaje się być uzasadnione, jednakże warto zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia nieprawidłowości i problemy natury etycznej (motywacja zarobkowa versus troska o dobro pacjenta).

### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu**

**Tłem uzasadniającym potrzebę realizacji Programu są dane statystyczne dotyczące rozpowszechnienia używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży i młodych dorosłych oraz szkody zdrowotne i społeczne, jakie ten problem generuje.** Program wpisuje się w następujące priorytety zdrowotne: „ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji” oraz „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469). Działania finansowane przez płatnika publicznego dotyczą przede wszystkim leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Zgodnie z rekomendacjami międzynarodowych towarzystw (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) najskuteczniejsze są programy profilaktyczne prowadzone w lokalnym środowisku obejmujące zarówno szkołę, rodzinę, służby porządkowe, jak i opiekę medyczną. W Polsce realizowane są programy profilaktyczne, prowadzone w środowisku szkolnym, obejmujące interwencje rodzinne, w działania profilaktyczne zaangażowane są również służby porządkowe. **Brakuje natomiast działań dotyczących sektora zdrowia koordynowanych na poziomie regionalnym. Proponowane w niniejszym Programie świadczenia dotyczą działań profilaktycznych nakierowanych na wczesne wykrywanie problemu związanego z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (badanie przesiewowe oraz stosowanie krótkiej interwencji) realizowane w podmiotach leczniczych POZ**



***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

(obejmujących opieką zdrowotną populację zarówno poniżej, jak i powyżej 18 r. ż.), w tym w tzw. przychodniach studenckich oraz szpitalach ogólnych (w tym na izbach przyjęć (IP) i szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR)) w grupie osób 15-26 lat. W/w świadczenia nie są obecnie realizowane w Polsce.

Program przewiduje również działania edukacyjne kierowane do personelu medycznego ww. podmiotów leczniczych w zakresie identyfikacji osób używających ryzykownie i szkodliwie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz stosowania krótkiej interwencji. W/w działania edukacyjne nie były dotychczas realizowane w Polsce na żadną większą skalę (realizowane były jedynie szkolenia tradycyjne w niektórych regionach Polski). Wyniki przeprowadzonego badania dotyczącego działań profilaktycznych odnośnie alkoholu w placówkach POZ wskazują, że interwencje związane z ryzykownym lub szkodliwym pić alkoholu są bardzo rzadko podejmowane przez lekarzy rodzinnych. Głównym tego powodem wydaje się m. in. brak przygotowania lekarzy do prowadzenia takich działań (Jakubczyk i wsp. 2015b). Personel medyczny (POZ, szpitali ogólnych) mający styczność z osobami używającymi alkoholu i innych substancji psychoaktywnych nie ma odpowiedniej wiedzy i kwalifikacji do prowadzenia działań o charakterze wczesnego wykrywania i udzielania pomocy tym osobom. Potrzebne są więc jednolite, ogólnodostępne, bezpłatne szkolenia, z możliwością prowadzenia praktycznych, interaktywnych lekcji (e-learning).

W Polsce brakuje również standardów i wytycznych dla kadr medycznych (niezwiązanych z leczeniem uzależnień) odnośnie wczesnej identyfikacji i przeprowadzania krótkiej interwencji u osób używających ryzykownie i szkodliwie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Personel medyczny nie dysponuje rekomendacjami odnośnie stosowania odpowiedniego narzędzia przesiewowego w danej sytuacji (np. w ramach POZ, czy w szpitalu na IP w sytuacji zdarzeń tj. zatrucie, uraz itp. związany z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych), w danej grupie wiekowej (populacja > 18 r.ż i poniżej 18 r.ż) i dedykowane danym substancjom psychoaktywnym (alkohol, inne substancje psychoaktywne). W Polsce dostępnych jest obecnie kilka narzędzi przesiewowych odnoszących się do konkretnych substancji psychoaktywnych. Odnośnie alkoholu dostępne są testy przesiewowe dla osób dorosłych (np. Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych [Alcohol Use Disorder Identification Test- AUDIT], Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption- AUDIT-C, test CAGE). Problemowe używanie innych substancji psychoaktywnych w populacji dzieci i młodzieży może być wykrywane za pomocą testów Problemowego Używania Narkotyków [PUN] (dotyczy wszystkich

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

narkotyków) i Problemowego Używania Marihuany [PUM] (dotyczy marihuany). Nie ma na chwilę obecną dostępnych i zwalidowanych w warunkach polskich testów dla populacji dzieci i młodzieży (do 18 r.ż.) uwzględniających łącznie zarówno problematykę alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych. Brakuje też wytycznych w jaki sposób identyfikować osoby dorosłe używające problemowo innych niż alkohol substancji psychoaktywnych.

Podobnie wygląda sytuacja odnośnie stosowania danego rodzaju krótkiej interwencji (istnieje wiele różnych strategii i podejść). Jedynie w przypadku interwencji dotyczących alkoholu w populacji osób dorosłych (>18 r.ż.) ścieżka ta jest opracowana zgodnie z rekomendacjami WHO (Krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu – szkolenia pracowników podstawowej opieki zdrowotnej – podręcznik WHO).

Program przewiduje również działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym kierowane do populacji w wieku 15-26 lat, które będą uzupełnieniem ogólnopolskich i regionalnych programów w tym zakresie.

Program ten ma za zadanie wypełnienie luki w działaniach profilaktycznych w zakresie uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych realizowanych w podmiotach leczniczych w Polsce (nie zajmujących się leczeniem uzależnień). Stanowi uzupełnienie oferty świadczeń w ramach kontraktu z NFZ i działań profilaktycznych finansowanych z innych źródeł.

Planowane w Programie interwencje mają potwierdzoną skuteczność kliniczną (patrz rozdz. Dowody skuteczności planowanych interwencji).

## **II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI**

### **1. Cel główny**

Celem niniejszego Programu jest ograniczenie używania<sup>2</sup> alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych i społecznych poprzez prowadzenie proponowanych działań profilaktycznych w populacji młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat na terenie i co najmniej w okresie trwania Programu.

---

<sup>2</sup>Poprzez termin „ograniczenie używania” w kontekście celu Programu należy rozumieć ograniczenie używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w odniesieniu do populacji młodych dorosłych (powyżej 18 r.ż) oraz całkowite zaprzestanie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży (poniżej 18 r.ż.).

## **2.Cele szczegółowe**

### **Cele szczegółowe obejmują:**

- ✓ Zwiększenie wykrywalności i wczesna identyfikacja osób w wieku 15-26, w tym wśród młodzieży akademickiej używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych poprzez stosowanie przez personel medyczny badań przesiewowych w placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich oraz szpitalach ogólnych realizujących Program w okresie jego trwania (na poziomie 20% osób objętych działaniami programu).
- ✓ Zmniejszenie natężenia używania <sup>3</sup>alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u osób w wieku 15-26 lat, w tym wśród młodzieży akademickiej objętej interwencją o około 15% poprzez stosowanie przez personel medyczny krótkiej interwencji w placówkach POZ, w tym w przychodniach studenckich oraz szpitalach ogólnych w okresie realizacji Programu.
- ✓ Zwiększenie wiedzy i umiejętności praktycznych personelu POZ oraz szpitali ogólnych (lekarze rodzinni, interniści, pielęgniarki, edukatorzy zdrowia, personel IP/SOR) objętych szkoleniami w ramach Programu w zakresie substancji psychoaktywnych oraz wczesnej identyfikacji i stosowania krótkiej interwencji u osób używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (zakłada się, że minimum 80% uczestników szkolenia zwiększy swoją wiedzę i umiejętności praktyczne w tym zakresie). Cel będzie realizowany poprzez stworzenie internetowej platformy szkoleniowej (e-learning).
- ✓ Opracowanie wytycznych działań służących wzrostowi świadomości i poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych personelu placówek ochrony zdrowia (niezwiązanych z leczeniem uzależnień) odnośnie wczesnego wykrywania, leczenia i dalszego postępowania z osobami używającymi alkoholu i innych substancji psychoaktywnych poprzez wykorzystywanie opracowanych w ramach programu stosownych rekomendacji
- ✓ Zwiększenie poziomu wiedzy na temat ryzyka, konsekwencji zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat, jak również o

---

<sup>3</sup>W odniesieniu do populacji młodzieży poniżej 18 r.ż celem jest całkowite zaprzestanie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

dostępnych miejscach i formach pomocy poprzez organizację akcji informacyjno-edukacyjnych prowadzonych w okresie realizacji Programu (zakłada się zwiększenie poziomu wiedzy u co najmniej 50% osób objętych akcjami edukacyjno-informacyjnymi).

**3. Oczekiwane efekty i mierniki efektywności odpowiadające celom Programu Polityki Zdrowotnej**

**Oczekiwane efekty odpowiadają celom szczegółowym programu:**

- ✓ Zwiększenie odsetka osób z wcześniej rozpoznany problemem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w wieku 15-26 lat, w tym wśród młodzieży akademickiej na poziomie POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych realizujących Program w okresie jego trwania
- ✓ Zmniejszenie natężenia używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji osób objętych krótką interwencją terapeutyczną w okresie trwania Programu
- ✓ Wzrost poziomu wiedzy i umiejętności praktycznych personelu POZ, w tym przychodni studenckich i szpitali ogólnych (w tym personelu IP/SOR) w zakresie wczesnej identyfikacji i stosowanie krótkiej interwencji u osób używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz uwrażliwienie ich na ten problem
- ✓ Stworzona określona ścieżka postępowania profilaktycznego (rekomendacje) w zakresie używania i uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich oraz w szpitalach ogólnych
- ✓ Wzrost świadomości i wiedzy o ryzyku, konsekwencjach zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat objętych wsparciem w programie

Program zakłada wskazanie mierników na maksymalnie 3-4 lata realizacji Programu. Po tym okresie sugeruje się wnikliwą analizę realizacji Programu i zaproponowanie ewentualnych zmian.

**Zakładane mierniki efektywności Programu:**

- ✓ Odsetek osób z wcześniej rozpoznany problemem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji w wieku 15-26 lat w POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych - wzrost o ok. 20% - miernik weryfikowany za pomocą zestawień statystycznych przed wdrożeniem Programu w podmiotach leczniczych i po zakończeniu Programu (mierzony tylko w podmiotach leczniczych objętych programem)

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- ✓ liczba wykonanych badań przesiewowych w kierunku stosowania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w POZ, przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych - min. 31 tys. (wyniki będą odnoszone do stanu wyjściowego na poziomie 0 w podmiotach, w których będzie prowadzony program).
- ✓ liczba osób objętych krótką interwencją w POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych – min. 6 tys. (wyniki będą odnoszone do stanu wyjściowego na poziomie 0 w podmiotach, w których będzie prowadzony program).
- ✓ odsetek osób u których zastosowana krótka interwencja/e okazała się skuteczna (ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych) - miernik weryfikowany na podstawie zestawień statystycznych z podmiotów leczniczych realizujących Program (na podstawie karty oceny skuteczności krótkiej interwencji) – co najmniej 15%<sup>4</sup>
- ✓ odsetek uczestników szkoleń (lekarze, pielęgniarki, edukatorzy zdrowia, personel IP/SOR) deklarujących wzrost wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w okresie realizacji Programu - co najmniej 80% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety przed i po szkoleniu w formie e-learning)
- ✓ liczba pracowników ochrony zdrowia (z placówek POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych), którzy skorzystali ze szkolenia w formie e-learning – co najmniej po 3 osoby z danego podmiotu biorącego udział w programie
- ✓ odsetek osób deklarujących zmianę postaw i świadomości wobec używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych - co najmniej 50% osób objętych akcjami edukacyjno-informacyjnymi (miernik weryfikowany za pomocą ankiet - na stronie internetowej oraz ankiet przeprowadzanych przed wdrożeniem programu i po jego zakończeniu)

---

<sup>4</sup> Z uwagi na fakt, że „ograniczenie używania” w kontekście celu Programu należy rozumieć jako ograniczenie używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w odniesieniu do populacji młodych dorosłych (powyżej 18 r.ż) oraz całkowite zaprzestanie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży (poniżej 18 r.ż.) miernik w odniesieniu do poziomu co najmniej 15% należy odnieść zarówno do populacji młodych dorosłych (powyżej 18 r.ż.), jak i młodzieży (poniżej 18 r.ż.). Innymi słowy miernik efektywności zostanie osiągnięty w momencie weryfikacji, iż co najmniej 15% osób z populacji młodych dorosłych objętych działaniami programu (powyżej 18 r.ż.) ograniczy używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w sposób ryzykowny i szkodliwy oraz co najmniej 15% osób objętych działaniami programu w populacji młodzieży (poniżej 18 r.ż.) całkowicie zaprzestanie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

- ✓ liczba rozkolportowanych broszur informacyjno-edukacyjnych dotyczących prowadzonych w ramach Programu działań – co najmniej 10 razy więcej sztuk niż osób objętych badaniami

### **III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

#### **1. Populacja docelowa**

##### **1.1 Populacja docelowa Programu**

Populacją podlegającą włączeniu do programu jest populacja osób w wieku 15-26 r.ż., w tym populacja studentów. Wyodrębnienie subpopulacji młodzieży studenckiej uzasadnione jest dużym (większym niż w populacji generalnej osób dorosłych) rozpowszechnieniem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (Czapliński, Panek 2011). Uzasadnieniem kierowania Programu do grupy ryzyka w określonym przedziale wiekowym jest fakt, że to właśnie okres dojrzewania i wchodzenia w dorosłość, jak również okres studiów jest czasem, gdy zwykle rozpoczyna się problem z ryzykownym używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i/lub uzależnieniem. Jest to populacja szczególnie narażona na kontakt z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi, jak również szkodliwe skutki zdrowotne i psychospołeczne, związane zarówno z uzależnieniem, jak i ich używaniem (które nie spełnia kryteriów uzależnienia).

Dolna i górna granica wieku (15-26 lat) grupy docelowej podyktowana jest dwoma przesłankami. Po pierwsze, proponowane w Programie interwencje (test przesiewowy i krótka interwencja) są skuteczne u młodzieży i dorosłych powyżej 15 r.ż ( NICE, 2007; 2010; Kaminer i wsp., 2008), dlatego grupę docelową w tym Programie stanowi młodzież od 15 r.ż. Po drugie, jako górną granicę wieku przyjęto 26 lat z uwagi na objęcie Programem populacji studentów w Polsce. Należy jednak podkreślić, że określenia „młody dorosły” jest bardzo różnie definiowane. WHO pod pojęciem „młody dorosły” (ang. young adult) definiuje osoby w wieku 20-24 lata, z kolei „młodzież” jest definiowana jako osoby w wieku 10-19 (ang. adolescent).

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

Program dotyczy prewencji używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w grupie osób w wieku 15-26 lat. Uzasadnione jest to wzorami używania tych substancji przez młodzież i młodych dorosłych (łączenie różnych substancji psychoaktywnych).

Osoby w przedziale wieku 15-26 lat są kwalifikowane jako osoby w wieku aktywności zawodowej, a więc negatywne skutki zdrowotne związane z problematyką używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wpływają bezpośrednio na zasoby pracy. Co więcej, problem ten powinno się również rozpatrywać w perspektywie długoterminowej z uwagi na fakt, iż osoby te rozpoczynają dopiero pracę zawodową i problem ten może przewijać się na przestrzeni wielu dalszych lat ich aktywności zawodowej.

Adresatami Programu będzie również personel medyczny podmiotów leczniczych POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych, w szczególności pielęgniarki, edukatorzy zdrowia, lekarze pediatrzy/rodzinni/interniści/lekarze innych specjalności pracujący na IP/SOR. Do tej grupy osób zostaną skierowane działania edukacyjne, wskazujące na konieczność zwrócenia uwagi na problem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Szkolenia będą miały na celu podniesienie poziomu wiedzy w zakresie identyfikacji młodych osób używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, wczesnego wykrywania i stosowania procedury leczniczej w postaci krótkiej interwencji. Wymieniona grupa pracowników medycznych będzie głównym odbiorcą szkoleń i po ukończeniu kursu w postaci e-learning będzie mogła udzielać świadczeń medycznych w ramach Programu.

### **1.2 Oszacowanie populacji, której włączenie do Programu jest możliwe**

#### **1.2.1 Liczebność populacji docelowej (młodzież i młodzi dorośli w wieku 15-26 lat)**

Według danych GUS za rok 2016r. (Rocznik statystyczny, 2017) można szacować liczebność populacji w wieku 15-26 lat na ok. 5,3 mln osób. W populacji tej znajdują się studenci szkół wyższych, którzy stanowią grupę 1,35 mln osób (Rocznik statystyczny, GUS, 2017). Zaplanowane w ramach niniejszego programu akcje informacyjno-edukacyjne mogą swoim zasięgiem dotrzeć do ogółu tej populacji (czyli ok. 5,3mln w całej Polsce). Natomiast świadczenia medyczne (badanie przesiewowe i krótka interwencja) będą kierowane do części osób z tej populacji, co wynika z dostępnej na Program alokacji środków finansowych. Zakłada się, że w ramach dostępnej alokacji na Program wykonanych zostanie co najmniej 31 tys. badań przesiewowych i zastosowanych zostanie 6–7 tys. krótkich interwencji (przy założeniu, że średnio 20% osób objętych badaniem przesiewowym będzie wymagało krótkiej interwencji i

### ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

jeden uczestnik otrzyma 2 lub 3 krótkie interwencje) w ciągu 3 lat jego realizacji. Odsetek osób w populacji 15-26 lat, który może używać i nadużywać alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i być możliwy do uchwycenia w warunkach POZ, w tym przychodni studenckich i szpitali ogólnych waha się w granicach 10-30%. Na potrzeby oszacowania przyjęto wartość uśrednioną – 20%. Biorąc pod uwagę minimalnie 2 i maksymalnie 3 krótkie interwencje dla jednego pacjenta, świadczeniami medycznymi (w ramach badania przesiewowego) w Programie może zostać objęte szacunkowo: od ok. 31 tys. – 40 tys. osób (ok. 0,6-1% całej populacji w Polsce w grupie wiekowej 15-26 lat) w zależności od zainteresowania i możliwości przeznaczenia większej kwoty na program, natomiast liczba udzielonych w ramach Programu świadczeń medycznych w postaci krótkiej interwencji wyniesie ok. 6-7 tys. (tj. u ok. 20 % osób zdiagnozowanych na podstawie przesiewu zostanie wykonana krótka interwencja). Zatem łącznie w ramach programu planuje się wykonanie około 40 tys. świadczeń medycznych. Dodatkowo zakłada się, że istotna, choć mniejsza liczba testów przesiewowych (ok. 10 tys.) może zostać wypełniona poprzez internet.

#### **1.2.2 Liczebność personelu medycznego, który będzie mógł skorzystać ze szkoleń**

Podstawową grupą docelową szkoleń jest personel POZ (w tym przychodni studenckich) obejmujący pracujących tam lekarzy, pielęgniarki, edukatorów zdrowia oraz personel szpitali ogólnych, w tym pracownicy IP i SOR obejmujący lekarzy i pielęgniarki. Nie zakłada się ustalonych proporcji osób uczestniczących w szkoleniach w podziale na lekarze/pielęgniarki/edukatorzy zdrowia. Wszystkie trzy grupy zawodowe mogą udzielać (po przeszkoleniu), przewidzianych w Programie świadczeń.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia ujętych w raporcie „Podstawowa Opieka Zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie w Polsce” w roku 2015 praktykowało nieco ponad 32 tys. lekarzy POZ, w ponad 6 200 podmiotach. Zgodnie z Raportem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych) w 2016 roku do realizacji umów w ramach POZ zgłoszono 38 tys. pielęgniarek. Łącznie grupa lekarzy i pielęgniarek pracujących w POZ to ok. 70 tys. osób. W szpitalach ogólnych w Polsce pracuje 86 tys. lekarzy i 135 tys. pielęgniarek (Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ, 2017), łącznie grupa lekarzy i pielęgniarek pracujących w szpitalach to ok. 221 tys. Nie zidentyfikowano danych na temat liczby edukatorów zdrowia, dlatego nie uwzględniono tej grupy w szacunkach personelu POZ, który zostanie przeszkolony.

Szacuje się, że w okresie realizacji Programu ze szkoleń w formie e-learningu (ogólnodostępnych, o zasięgu ogólnopolskim), skorzysta min. po 3 osoby z danego podmiotu biorącego udział w programie. Dalszym założeniem jest że ze szkolenia skorzysta łącznie ok.



**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

6% personelu pracującego w POZ (lekarze, pielęgniarki, edukatorzy zdrowia), czyli min. 4 000 osób oraz ok. 2 % personelu medycznego szpitali ogólnych, w tym izb przyjęć, czyli min. 4 000 osób, czyli łącznie min. 8 000 osób spośród łącznych grup lekarzy, pielęgniarek w POZ i szpitalach ogólnych wskazanych wyżej (w tym po 3 osoby z danego podmiotu biorącego udział w programie). Odbycie szkolenia będzie poświadczane certyfikatem, który będzie wymagany do udzielania świadczeń medycznych w ramach Programu. Zakres szkoleń został sprecyzowany w podrozdziale III.3.2.1 Opracowanie szczegółowego scenariusza szkoleń w formie e-learning.

**1.2.3 Liczba placówek POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych uczestniczących w realizacji świadczeń medycznych w Programie**

Realizatorzy programu nawiążą współpracę z: podmiotami POZ (obejmującymi świadczeniami zarówno dzieci i młodzież poniżej 18 r.ż, jak i dorosłych) - (min. 20), w tym tzw. „przychodniami studenckimi” (min.3) oraz szpitalami ogólnymi (min.2). Realizator będzie koordynował działania we wszystkich w/w placówkach przez okres realizacji Programu.

**2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej**

**2.1 Populacja młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat - świadczenia medyczne**

Świadczenia medyczne w ramach Programu udzielane będą osobom w wieku 15-26 lat objętych opieką w ramach POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych. Świadczenia medyczne będą realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej i szpitalach posiadających w swoich strukturach Izbę Przyjęć i/lub Szpitalny Oddział Ratunkowy, jako dodatkowe świadczenie finansowane ze środków Programu. Studenci, którzy odbywają studia poza miejscem zamieszkania mogą wybrać dowolny podmiot POZ w miejscowości, gdzie studiują. W większości miast, w których funkcjonują uczelnie wyższe dostępne są tzw. przychodnie studenckie, gdzie znaczny odsetek świadczeniobiorców stanowią studenci. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w tych przychodniach odbywa się na tych samych zasadach, co w innych podmiotach leczniczych POZ i jest finansowane przez płatnika publicznego (NFZ). Uzasadnieniem ich wyszczególnienia jest wysoki odsetek leczących się w takich placówkach studentów, czyli grupy docelowej Programu.

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Wszystkim dzieciom do 18 r.ż. oraz każdej osobie studiującej do 26 r.ż. przysługuje bezpłatna opieka medyczna w ramach świadczeń gwarantowanych i są oni pacjentami danej placówki POZ zgodnie z deklaracją wyboru. Ze świadczeń w ramach Programu będą mogli skorzystać również pozostałe osoby (do 26 lat niezależnie od tego czy są ubezpieczone) w sytuacji gdy zgłoszą się do placówki realizującej Program. Dodatkowo, świadczenia medyczne będą udzielane osobom w wieku 15-26 lat przez personel szpitali (Izby Przyjęć, Szpitalne Oddziały Ratunkowe), gdzie trafią z powodu powikłań związanych z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (zatrucia, wypadki, urazy, inne).

Osoby w wieku 15-26 lat będą informowane o możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach Programu. Informacja taka i zaproszenie do udziału w Programie będzie udzielane w podmiotach leczniczych POZ, w tym przychodniach studenckich oraz szpitalach ogólnych, gdzie w/w zgłoszą się z powodu zachorowania, innej wizyty kontrolnej lub okresowego bilansu zdrowia (w przypadku młodzieży w wieku 16 i 18 lat). **Zgoda na udział w programie stanowi warunek włączenia do programu dla każdego uczestnika. W przypadku osoby nieletniej udział w programie i udzielenie świadczenia medycznego tej osobie wymaga dodatkowo uzyskania zgody opiekuna prawnego tej osoby.** Ponadto realizatorzy będą prowadzili działania informacyjne w co najmniej: placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich, szpitalach ogólnych, miejscowych klubach, pubach, dyskotekach, szkołach oraz na uczelniach wyższych. Będą więc one kierowane zarówno do populacji generalnej w wieku 15-26 lat, **w szczególności zaś z uwagi na zasięg działań do grup ryzyka i osób znajdujących się w sytuacjach ryzyka** o których mowa w rozdziale 1.2 Czynniki ryzyka. Realizator rozdystrybuuje broszury i plakaty informacyjne w w/w miejscach dotyczące realizowanego Programu, będą one poza młodzieżą i młodymi dorosłymi kierowane również do ich rodzin. Dodatkowo, na poziomie ogólnopolskim, informacja o prowadzonych działaniach dostępna będzie na stronie informacyjnej Programu oraz w mediach społecznościowych.

### **Kryteria wyłączenia**

Podkreślić należy, że grupą docelową interwencji nie są osoby uzależnione od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, ale osoby używające i nadużywające alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Osoby uzależnione od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych nie będą włączane do Programu, będą one kierowane do placówek leczenia uzależnień, gdzie mogą otrzymać pomoc w ramach świadczeń gwarantowanych. Do udziału w Programie (oferowane świadczenia zdrowotne) nie będą kwalifikowane również osoby w wieku innym niż z przedziału 15-26 lat.

## **2.2 Kadra medyczna - szkolenia**

Do udziału w szkoleniach będą zapraszani w pierwszej kolejności pracownicy placówek POZ, w tym przychodni studenckich, personel szpitali ogólnych, w tym zwłaszcza IP i SOR z placówek realizujących Program. Wymieniona grupa pracowników medycznych będzie głównym odbiorcą szkoleń i po ukończeniu kursu w postaci e-learning będzie mogła udzielać świadczeń medycznych w ramach Programu. Ponadto ze szkoleń w postaci e-learning będzie mógł skorzystać w/w personel medyczny z innych placówek zdrowia. Akcje informacyjne dotyczące e-learningu będą prowadzone przez realizatora merytorycznego, który będzie odpowiedzialny m. in. za stworzenie platformy szkoleniowej, jak i na szczeblach regionalnych (przez realizatorów Programu w danym makroregionie Polski). Realizator zobowiązany będzie ponadto do przeprowadzenia kampanii edukacyjno-informacyjnej, uwzględniającej m.in. informację na odnośnych stronach internetowych, w prasie branżowej, poprzez organizacje zrzeszające dane grupy zawodowe, poprzez spotkania informacyjno-edukacyjne z odbiorcami szkoleń (z elementami ewaluacji), przez okres min. 6-12 m-cy.

## **2.3 Podmioty lecznicze realizujące Program**

Realizatorzy programu w danym makroregionie wyłonią placówki medyczne, które będą realizowały Program i nawiążą z nimi współpracę. Każdy realizator nawiąże współpracę z min. 20 placówkami POZ (obejmującymi świadczeniami zarówno dzieci i młodzież poniżej 18 r.ż, jak i dorosłych), w tym min. 3 przychodniami studenckimi oraz min. 2 szpitalami ogólnymi. Realizator będzie koordynował działania we wszystkich w/w placówkach przez okres realizacji Programu.

Ważnym elementem Programu jest planowana po zakończeniu wszystkich działań w Programie pogłębiona analiza (ewaluacja) jego wdrażania. Będzie ona przeprowadzona przez Radę Programu i będzie podstawą do dalszych decyzji odnośnie kształtu realizacji Programu. Dlatego też przedstawione założenia odnośnie liczby osób objętych interwencją w Programie, mierników oraz budżetu zostaną przedstawione w perspektywie 4-letniej.

## **3. Planowane interwencje**

**Zaleca się aby planowane interwencje sformułowane w Działaniach 1 - 3 były prowadzone przez Radę Programu.**

**DZIAŁANIE 1: Opracowanie rekomendacji dla placówek zdrowotnych w zakresie profilaktyki i postępowania w przypadku używania i nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież i młodych dorosłych**

Celem tego działania jest opracowanie jednolitej koncepcji postępowania dla kadr medycznych (niezwiązanych z leczeniem uzależnień) z młodzieżą i młodymi dorosłymi, z w/w problemem. Rekomendacje mają być kierowane w szczególności do:

- podmiotów leczniczych POZ, w tym przychodni studenckich;
- szpitali ogólnych (IP/SOR).

W chwili obecnej nie ma powszechnie przyjętego algorytmu postępowania określającego jak identyfikować i odpowiednio postępować z osobą używającą alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Dostępne są jedynie wytyczne odnośnie stosowania krótkiej interwencji w przypadku używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu w populacji osób dorosłych w POZ, które nie były jednak wdrażane na poziomie ogólnopolskim. Powszechnie znane lekarzom rodzinnym zalecenia dotyczą kierowania do placówek leczenia uzależnień osób, u których stwierdza się już zespół uzależnienia. Personel medyczny nie dysponuje rekomendacjami odnośnie stosowania odpowiedniego narzędzia przesiewowego w danej sytuacji (np. w ramach POZ, czy w szpitalu na IP/SOR) oraz w danej grupie wiekowej (populacja poniżej i powyżej 18 r.ż). W Polsce dostępnych jest obecnie kilka narzędzi przesiewowych odnoszących się do konkretnych substancji psychoaktywnych. Odnośnie alkoholu dostępne są testy przesiewowe dla osób dorosłych (np. AUDIT, AUDIT-C, CAGE). Problemowe używanie innych substancji psychoaktywnych w populacji dzieci i młodzieży (< 18 r.ż.) może być wykrywane za pomocą testów PUN (dotyczy wszystkich narkotyków) i PUM (dotyczy marihuany). **Nie ma na chwilę obecną dostępnych i zwalidowanych w warunkach polskich testów dla populacji dzieci i młodzieży (do 18 r.ż.) uwzględniających łącznie zarówno problematykę alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych. Brakuje też wytycznych w jaki sposób identyfikować osoby dorosłe używające problemowo innych niż alkohol substancji psychoaktywnych w warunkach POZ, jak i w szpitalach ogólnych.** Podobnie wygląda problem związany z różnymi rodzajami krótkich interwencji terapeutycznych – jest wiele rodzajów, natomiast nie jest jasne który rodzaj w polskich warunkach byłby najbardziej optymalny w odniesieniu do placówek POZ i izb przyjęć oraz w odniesieniu do populacji do 18 r.ż i dorosłych (po 18 r.ż). W ramach tego działania mają zostać opracowane/wybrane/zwalidowane narzędzia do przesiewowej oceny używania/nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, wybrane/opracowane procedury krótkiej

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

interwencji oraz opracowany algorytm postępowania z taką osobą. Do celów badania przesiewowego w kierunku używania ryzykownego/problemowego lub uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w dwóch populacjach: poniżej i powyżej 18 r.ż. **niezbędne są 2 rodzaje narzędzi:**

1. narzędzie do oceny przesiewowej ryzyka uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (do oceny łącznie za pomocą jednego testu) w populacji powyżej 18 r.ż
2. narzędzie do oceny przesiewowej ryzyka uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (łącznie za pomocą jednego testu) w populacji poniżej 18 r.ż.

Testy te nie mają być stosowane przez specjalistów ds. leczenia uzależnień ale przy lekarzy nie zajmujących się na co dzień uzależnieniami np. lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych, lekarzy pracujących na SOR, którzy potrzebują jednego krótkiego testu, do kompleksowej oceny problematyki uzależnienia.

Rekomendacje te mają być dedykowane w/w placówkom medycznym i służyć wczesnej identyfikacji i udzielaniu właściwej pomocy osobom używającym alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

**W ramach Działania 1 zostanie również opracowana ankieta satysfakcji przeznaczona dla pacjentów, jak i personelu medycznego służąca do oceny jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu.**

**DZIAŁANIE 2: Opracowanie i realizacja szkoleń w formie e-learning dla kadry medycznej mającej kontakt z młodzieżą i młodymi dorosłymi używającymi alkohol i inne substancje psychoaktywne.**

**2.1 Opracowanie szczegółowego scenariusza szkoleń w formie e-learning**

Minimalny zakres lekcji powinien obejmować:

- I moduł: charakterystyka poszczególnych substancji psychoaktywnych, rozpowszechnienie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
- II moduł: grupy ryzyka i sytuacje ryzyka używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, czynniki chroniące
- III moduł: modele używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, szkody zdrowotne i społeczne związane z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

IV: moduł: podstawy nawiązania kontaktu terapeutycznego, wywiad i dialog motywujący, metody przesiewowej oceny w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

V: zastosowanie krótkiej interwencji u osób dorosłych (powyżej 18 r.ż.)

VI: zastosowanie krótkiej interwencji u młodzieży (poniżej 18 r.ż.)

VII: ścieżka postępowania z osobą używającą lub uzależnioną od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnej, dostępne formy leczenia i miejsca, gdzie można uzyskać pomoc.

Szkolenia powinny być opracowane i prowadzone przez lekarzy specjalistów psychiatrów, psychologów oraz terapeutów uzależnień (preferowane jest, aby osoby te posiadały stopień doktora nauk medycznych lub w przypadku psychologów odpowiedni stopień doktorski oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie kliniczne w terapii uzależnień, preferowane jest doświadczenie w pracy z osobami w wieku rozwojowym). W przypadku terapeuty uzależnień wymagany będzie certyfikat psychoterapeuty uzależnień. Szkolenia powinny opierać się na opracowanych wcześniej rekomendacjach.

Tematyka szkoleń powinna być skoncentrowana na używaniu i nadużywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (nie uzależnieniu) przez młodzież i młodych dorosłych, możliwych szkodach zdrowotnych, rodzinnych i społecznych z tym związanych, oceną ryzyka używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, metodami screeningu oraz zastosowaniem krótkich interwencji i wytycznych co do dalszego postępowania z pacjentem. Szkolenia e-learning mają być praktyczną, ogólnodostępną, interaktywną formą ułatwiającą opanowanie tej tematyki. Powinny one składać się z części teoretycznej oraz praktycznej (w postaci przykładowej scenki z pacjentem). Szkolenia będą zamieszczone na platformie internetowej, dostępne bezpłatnie. Grupą docelową szkoleń będzie przede wszystkim personel medyczny placówek POZ, w tym przychodni studenckich i szpitali ogólnych realizujących Program. Ponadto ze szkoleń w postaci e-learning będą mogli skorzystać pozostali pracownicy medyczni z innych placówek zdrowia. Każdy moduł powinien rozpoczynać się i kończyć testem sprawdzającym poziom wiedzy w danym temacie. Szkolenie będzie zakończone wydaniem stosownego certyfikatu potwierdzającego kwalifikacje w tej tematyce, na podstawie którego możliwe będzie udzielanie świadczeń medycznych w ramach Programu. Działanie to będzie miało zasięg ogólnopolski.

### **2.2 Utworzenie platformy szkoleniowej i jej utrzymanie przez okres realizacji Programu**

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Realizacja tego zadania może zostać zlecona podwykonawcy. Platforma szkoleniowa powinna funkcjonować co najmniej w okresie realizacji Programu (przez minimum 3 lata).

### **2.3 Przeprowadzenie akcji informacyjnej kierowanej do odbiorców e-learningu**

Działania te powinny mieć zasięg ogólnopolski i trwać minimum 6-12 miesięcy. W szczególności akcje te powinny obejmować: informację w prasie specjalistycznej, na odnośnych stronach internetowych, w mediach społecznościowych, informacje rozesłane bezpośrednio do podmiotów POZ i szpitali, informacje poprzez organizacje zrzeszające dane grupy zawodowe. Realizator będzie także zobowiązany do organizacji spotkań informacyjno-edukacyjnych z odbiorcami szkoleń (z elementami ewaluacji). Działania te mają na celu dotarcie do jak najszerszego grona odbiorców w Polsce, w tym do tych lekarzy, pielęgniarek i edukatorów zdrowia, którzy nie będą zaangażowani w realizację świadczeń medycznych w Programie.

## **DZIAŁANIE 3: Opracowanie merytoryczne kampanii informacyjno-edukacyjnej kierowanej do młodzieży i młodych dorosłych w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.**

**Realizator będzie zobowiązany do przygotowania następujących materiałów:**

### **3.1 Opracowanie merytoryczne i graficzne broszur informacyjno-edukacyjnych oraz plakatów kierowanych do młodzieży i młodych dorosłych oraz ich rodzin**

Szczegółowy zakres tematyczny broszury oraz plakatu opracuje realizator w uzgodnieniu z innymi zainteresowanymi podmiotami (w tym innymi realizatorami). Minimalny zakres broszury powinien zawierać informacje dotyczące szkód zdrowotnych i społecznych, czynników i sytuacji ryzyka związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, czynników chroniących, korzyści związanych z nieużywaniem tych substancji, odniesienie do strony internetowej Programu oraz informacje o dostępnych formach i miejscach gdzie można uzyskać pomoc. Broszura powinna być umieszczona na stronie i możliwa do pobrania i wydrukowania. Zalecane jest opracowanie broszury i plakatu z wykorzystaniem elementów infografiki. Działania powinny być dostosowane w swojej formie przekazu do specyfiki grupy docelowej (15-26 r.ż.).

### **3.2 Utworzenie i utrzymanie przez okres realizacji Programu strony internetowej oraz profilu w mediach społecznościowych**

Wszystkie informacje zamieszczane na stronie internetowej powinny być zgodne z obowiązującymi wytycznymi oraz aktualną wiedzą medyczną. W celu dotarcia do jak największej liczby osób, promocja prowadzonych działań powinna również odbywać się z wykorzystaniem mediów społecznościowych poprzez założony i aktywny profil Programu.

Na stronie internetowej powinny znajdować się:

- ✓ podstawowe informacje o szkodach zdrowotnych i społecznych powodowanych przez alkohol i inne substancje psychoaktywne; informacje kierowane do młodzieży i młodych dorosłych używających substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin
- ✓ czynnikach i sytuacjach związanych ze zwiększonym ryzykiem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, czynnikach chroniących;
- ✓ korzyściach związanych z nieużywaniem tych substancji;
- ✓ forum nadzorowane przez psychologa/terapeutę uzależnień z możliwością zadawania pytań, zakładany czas na udzielenie odpowiedzi to maksymalnie 48 godzin; forum skierowane do młodzieży i młodych dorosłych używających substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin
- ✓ test/y przesiewowy w kierunku oceny ryzyka używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wraz z jego interpretacją i informacją zwrotną odnośnie proponowanych działań. Do wypełnienia formularza testu przesiewowego nie będzie konieczności wskazania żadnych danych osobowych – jako miernik Programu będą liczone jednostki wypełnionych formularzy. Żadne dane związane z wypełnieniem formularza również nie będą zbierane.
- ✓ materiał promujący zdrowy styl życia i unikanie używek zrealizowany z udziałem znanego youtubera/celebryty
- ✓ informacje o dostępnych formach i miejscach gdzie można uzyskać pomoc kierowane w szczególności do młodzieży i młodych dorosłych oraz ich rodzin. Dane te powinny zawierać co najmniej adres, telefon, adres strony internetowej. Realizator powinien w trakcie trwania Programu aktualizować bazę.
- ✓ informacje dotyczące aktualnie realizowanych programów profilaktycznych w zakresie uzależnień finansowanych z innych źródeł, linki do najważniejszych stron źródłowych w tej tematyce (m.in.: [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl); [www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl);



**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

www.narkomania.org.pl;

www.programyrekomendowane.pl;

www.kbpn.gov.pl)

Wszystkie materiały opracowane w działaniach 1, 2 oraz 3 powinny zostać udostępniane bezpłatnie placówkom zdrowia, organom administracji, organizacjom pozarządowym, innym zainteresowanym podmiotom.

Materiały powinny zostać opracowane przez doświadczony personel, tzn. psychiatrów /psychologów/terapeutów uzależnień (preferowane posiadanie co najmniej stopnia naukowego doktora lub udokumentowany dorobek naukowy z dziedziny projektu lub co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w obszarze uzależnień, preferowany certyfikat terapeuty uzależnień, preferowane kwalifikacje i doświadczenie w pracy z osobami w wieku rozwojowym).

Rada Programu będzie zobowiązana do utrzymania i serwisu strony i profilu w mediach społecznościowych przez okres 3 lat. Rada może zlecić podwykonawcy/om prace techniczne i administracyjne związane m.in. z utworzeniem i obsługą platformy szkoleniowej, strony internetowej czy projektem graficznym materiałów informacyjno-edukacyjnych.

**DZIAŁANIE 4: Realizacja świadczeń zdrowotnych w placówkach POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych**

Każdy realizator zobowiązany będzie do nawiązania współpracy z min. 20 placówkami POZ (obejmującymi świadczeniami zarówno dzieci i młodzież poniżej 18 r.ż, jak i dorosłych), w tym z min. 3 przychodniami studenckimi oraz min. 2 szpitalami ogólnymi.

Placówki POZ są swoistym „sitem”, przez które przechodzi każdy, kto zachoruje. Ponadto, personel placówek POZ zna zazwyczaj środowisko swoich pacjentów, ich rodziny i jest w stanie ocenić potencjalne narażenie młodego człowieka na kontakt z substancjami psychoaktywnymi. W ramach świadczeń gwarantowanych przeprowadza się tu też działania profilaktyczne oraz okresowy bilans zdrowia u dzieci i młodzieży. W większości miast, w których funkcjonują uczelnie wyższe dostępne są tzw. przychodnie studenckie, gdzie znaczny odsetek świadczeniobiorców stanowią studenci. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w tych poradniach odbywa się na tych samych zasadach, co w innych placówkach POZ i jest finansowane przez płatnika publicznego (NFZ). Kolejnym miejscem, do którego trafia często pacjent po zażyciu alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych są szpitale ogólne (głównie izby przyjęć, szpitalne oddziały ratunkowe, ale również: oddziały toksykologiczne, internistyczne, urazowo-ortopedyczne, ginekologiczne, chorób zakaźnych, inne). Okoliczności przyjęcia do szpitala są ściśle powiązane z używaniem alkoholu lub innych substancji

***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

psychoaktywnych i jest to najodpowiedniejsza sposobność, aby zastosować działania prewencyjne tj. krótka interwencja. **Badanie przesiewowe to działania mające na celu w odniesieniu do alkoholu wychwycenie osób, które piją alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy, w odniesieniu do innych substancji psychoaktywnych wychwycenie problemowego używania tych substancji. Badanie przesiewowe obejmuje wykonanie testów przesiewowych, specyficznych w odniesieniu do różnych substancji.** Test jest wykonywany przez lekarza lub inną osobę przeprowadzającą badanie przesiewowe lub wypełniany przez samego badanego. Szczegółowy scenariusz badania wykonywanego w ramach Programu zostanie opracowany przez realizatora merytorycznego uwzględniając wytyczne międzynarodowe dotyczące przeprowadzania badania przesiewowego w kierunku alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

**Krótką interwencją to ograniczona czasowo (zazwyczaj 5-15 min.) empatyczna i ustrukturyzowana rozmowa, której celem jest to, aby pacjent w bezpośrednim, bezpiecznym kontakcie z autorytetem medycznym uświadomił sobie jaki jest jego osobisty wzór używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, jak również aby dowiedział się o osobistym ryzyku i zagrożeniach, co może mu pomóc podjąć decyzję o zmianie wzoru używania oraz aby się dowiedział jakimi metodami może ten cel osiągnąć.** Kluczowe elementy krótkich interwencji obejmują aktywne słuchanie, zadawanie pytań otwartych, afirmowanie, odzwierciedlanie i podsumowywanie. Krótkie interwencje mają też zachęcać do przejścia odpowiedzialności za swoje decyzje. Krótka interwencja może obejmować jedną lub kilka porad, których celem jest pomoc jednostce w zmniejszeniu albo przerwaniu używania alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej. Większość rodzajów krótkiej interwencji korzysta w mniejszym lub większym stopniu z dwóch kluczowych koncepcji: etapów zmiany zachowania oraz dialogu motywującego (Miller i Rollnick, 2012). Dialog motywujący to kooperacyjny styl rozmowy wzmacniający motywację i zdecydowanie jednostki, by dokonać zmian. Dostępne są szczegółowe wytyczne dotyczące krótkich interwencji w kierunku alkoholu w populacji osób dorosłych, brak jest natomiast polskich wytycznych dotyczących prowadzenia krótkiej interwencji w kierunku alkoholu w populacji młodzieży, jak również polskich wytycznych dotyczących krótkich interwencji w kierunku innych substancji psychoaktywnych, zarówno w odniesieniu do populacji młodzieży, jak i dorosłych. Scenariusz krótkiej interwencji zastosowanej w ramach programu i wytyczne dotyczące sposobu jej prowadzenia zostanie opracowany przez realizatora merytorycznego. Zgodnie z dowodami naukowymi największą skuteczność w odniesieniu do alkoholu mają

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

krótkie powtarzane interwencje (brief multicontact interventions) wykonywane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. (Jonas DE i wsp. 2012 a, Jonas De i wsp. 2012b)

**Świadczenia medyczne (tj. badanie przesiewowe oraz krótkie interwencje) w ramach Programu udzielane będą osobom w wieku 15-26 lat w placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich oraz w szpitalach ogólnych (zawierających w swojej strukturze IP i/lub SOR).**

**Zaplanowano następujące sposoby udzielania świadczeń medycznych w ramach Programu:**

- ✓ świadczenia udzielane w placówkach POZ planowo osobom w wieku 16 i 18 lat (podczas okresowego bilansu zdrowia w 16 i 18 r.ż.), będą one obejmowały dodatkową przesiewową ocenę w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zastosowanie krótkiej/ich interwencji (jeśli potrzeba) oraz wręczenie broszury informacyjno-edukacyjnej.
- ✓ świadczenia udzielane w placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich, w sytuacji gdy zgłosi się tam pacjent w wieku 15-26 lat, który będzie chciał skorzystać ze świadczeń medycznych oferowanych w Programie. Świadczenia te obejmą ocenę przesiewową, krótką/ie interwencję/e (jeśli potrzebna) oraz wręczenie broszury informacyjno-edukacyjnej
- ✓ świadczenia udzielane w placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich doraźnie, w sytuacji gdy pacjent zgłasza się na wizytę do lekarza. Będą one proponowane i udzielane osobom w wieku 15-26 lat w postaci dodatkowej oceny w kierunku używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przeprowadzanej przy okazji danej wizyty, zastosowania krótkiej/ich interwencji (jeśli potrzeba) oraz wręczenia broszury informacyjno-edukacyjnej
- ✓ świadczenia doraźne udzielane w szpitalach ogólnych (gdy pacjent zostaje przyjęty do szpitala z powodu powikłań związanych z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych tj.: zatrucia, wypadki, urazy, inne) dla osób w wieku 15-26 lat. Świadczenia te będą uzupełnieniem interwencji w POZ i będą dotyczyły z założenia osób, które mają kontakt ze służbą zdrowia z powodu zażycia tych środków. Będą one miały charakter badania przesiewowego i krótkiej interwencji wraz z wręceniem broszury informacyjno-edukacyjnej i dalszym przekierowaniem do placówki POZ (najbliższej realizującej Program w danym regionie) i zaleceniem zgłoszenia się tam na wizytę kontrolną.

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

Udzielenie świadczenia w ramach programu będzie warunkowane udzieleniem przez tę osobę zgody na udział, w przypadku osoby nieletniej również uzyskaniem zgody opiekuna prawnego tej osoby.

**Rodzaje wizyt przewidzianych w Programie obejmują: pierwszą wizytę diagnostyczną oraz drugą i trzecią wizytę kontrolną.**

**1. Pierwsza wizyta - porada diagnostyczna**

Wykorzystując obecność pacjenta w placówce POZ, w tym w przychodni studenckiej (czy to planową podczas okresowych bilansów zdrowia, czy przy okazji wizyty, na którą zgłosił się pacjent z jakąś dolegliwością), personel placówki będzie proponował osobom w wieku 15-26 lat skorzystanie ze świadczeń medycznych oferowanych w ramach Programu. Pierwsza wizyta diagnostyczna będzie się również odbywała w szpitalach ogólnych zawierających w swoich strukturach IP i/lub SOR, w sytuacji gdy trafi tam pacjent z powodu powikłań chorobowych związanych z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Elementami tej porady będą:

- badanie przesiewowe w kierunku używania i nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych za pomocą wybranych narzędzi przesiewowej oceny (wskazanych przez realizatora merytorycznego). Jeśli badanie przesiewowe nie wskaże u danej osoby na takie ryzyko, zostanie mu udzielona porada dotycząca unikania używek oraz wręczona broszura informacyjno-edukacyjna i uczestnictwo tej osoby w Programie kończy się na tym etapie. Jeśli natomiast wynik testu przesiewowego będzie pozytywny, osobie zostaje podczas tej wizyty udzielona pierwsza krótka interwencja. W każdym przypadku przed wykonaniem badania przesiewowego konieczne będzie uzyskanie zgody na badanie, zachowanie dyskrecji, omówienie wyników testu.

- krótka interwencja dostosowana do wieku i problemu używania alkoholu czy innej substancji psychoaktywnej (opracowana/wybrana przez realizatora merytorycznego) trwająca 5-15 min. udzielana osobom z pozytywnym wynikiem testu przesiewowego

- wręczenie broszury informacyjno-edukacyjnej

- zaproszenie na wizytę kontrolną za miesiąc (w przypadku osób z pozytywnym wynikiem testu przesiewowego)

**2. Druga wizyta - kontrolna**

Celem drugiej wizyty kontrolnej jest ocena skuteczności udzielonej uprzednio (na pierwszej wizycie diagnostycznej) krótkiej interwencji oraz ewentualne (jeśli potrzebne) zastosowanie

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

kolejnej (drugiej) krótkiej interwencji. Wizyta ta odbywa się w POZ. Elementy tej wizyty obejmują:

- ocena skuteczności poprzedniej krótkiej interwencji, która dokonywana będzie na podstawie wskaźników zaprzestania/ograniczenia używania alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej. Wskaźniki te będą dotyczyły częstotliwości i ilości spożywanego alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (odnośnie alkoholu: liczby dni podczas których spożywany jest alkohol/tydzień, ilość standardowych porcji alkoholu spożywanych/dzień, liczba dni, w których alkohol spożywany jest w nadmiernych ilościach ang. binge drinking), jak również okoliczności zażywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (samemu, w towarzystwie), występowania negatywnych konsekwencji ich zażywania oraz gotowości do zmiany. Podsumowanie oceny odnotowywane będzie na karcie kontrolnej (wzór opracowany przez realizatora merytorycznego)

- krótka interwencja (jeśli potrzebna)
- zaproszenie na wizytę kontrolną za miesiąc (jeśli w ocenie udzielającego świadczenie potrzebna jest jeszcze jedna krótka interwencja)

### **3. Trzecia wizyta kontrolna**

Jeśli w ocenie udzielającego świadczenie potrzebna jest kolejna wizyta, zaprasza on uczestnika na kolejną - trzecią wizytę kontrolną. Wizyta ta odbywa się w POZ. Elementy tej wizyty obejmują:

- ocenę skuteczności poprzedniej krótkiej interwencji, która dokonywana będzie na podstawie wskaźników zaprzestania/ograniczenia używania alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej (tak jak w trakcie drugiej wizyty kontrolnej) a jej wynik odnotowywany będzie na karcie kontrolnej

- krótką interwencję (jeśli potrzebna)
- ocenę czy potrzebne są dalsze oddziaływania i ewentualne skierowanie uczestnika do dalszego leczenia w ramach specjalistycznej opieki (poradni leczenia uzależnień, poradni lub oddziału terapii uzależnienia od alkoholu, poradni zdrowia psychicznego lub na wizytę kontrolną w POZ) już ramach świadczeń gwarantowanych.

W ramach Programu przewiduje się minimum 2, a maksymalnie 3 wizyty kontrolne dla jednego uczestnika przeprowadzane w odstępach 1 miesiąca w ramach których możliwe będzie zastosowanie oddziaływań o charakterze krótkiej interwencji (skuteczność powtarzanych krótkich interwencji, wykonywanych najczęściej w comiesięcznych odstępach, była już wcześniej potwierdzona w badaniach, Jonas DE i wsp. 2012a, Jonas DE i wsp. 2012b). Na

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

każdej kolejnej (drugiej i trzeciej) wizycie będzie dokonywana ocena skuteczności poprzedniej interwencji oceniana na podstawie wskaźników zaprzestania/ograniczenia używania danej substancji psychoaktywnej. Podczas wizyty kontrolnej osoba udzielająca świadczenia zdecyduje, czy konieczne jest zastosowanie kolejnej krótkiej interwencji oraz podejmie decyzję co do dalszej potrzeby oddziaływań z daną osobą. W przypadku braku skuteczności trzech krótkich interwencji lub modelu używania wskazującego na uzależnienie, osoba taka zostanie skierowana do placówek leczenia uzależnień celem dalszego podjęcia leczenia. Świadczenia te będą realizowane już w ramach świadczeń gwarantowanych. Informacje o skuteczności prowadzonych w ramach Programu oddziaływań oraz o wykonanych świadczeniach zostaną odnotowane na karcie kontrolnej. Za wypełnienie karty kontrolnej odpowiedzialna będzie osoba realizująca świadczenie w ramach programu w danej placówce zdrowia. **Nad całością dokumentacji będzie czuwał w danej placówce powołany do tego koordynator.** Zakłada się, że personel medyczny przeprowadzi min. 31 tys. badań przesiewowych w ciągu 3 lat realizacji Programu.

W przypadku świadczeń planowych (podczas okresowego bilansu zdrowia dla 16 i 18-latków), danej osobie można proponować dodatkową ocenę w ramach Programu, którą może realizować pielęgniarka/edukator zdrowia lub lekarz. W przypadku osób, które zgłaszają się na wizytę do lekarza z powodu jakiejś dolegliwości, lekarz może sam przeprowadzić badanie lub przekierować do osoby w placówce zdrowia, która zrealizuje świadczenie profilaktyczne.

Tak jak wspomniano wcześniej udzielenie świadczenia osobie poniżej 18 r.z wymaga zgody opiekuna prawnego/rodzica. Opiekun prawny/rodzic będzie informowany o szczegółach interwencji. Zostanie przeprowadzona rozmowa edukacyjna, w trakcie której zostanie mu wręczona broszura edukacyjno-informacyjna a w przypadku pozytywnego wyniku testu przesiewowego u osoby nieletniej **rodzic/opiekun prawny zostanie proszony o udział w dalszym procesie terapeutycznym i zostanie mu udzielona informacja o planie terapeutycznym i wszelkich innych źródłach, gdzie może otrzymać informacje o problemie uzależnienia (strona internetowa programu, kontakty do odpowiednich instytucji) oraz o dalszych zaleceniach.**

Zasadą jest, że pacjent, który zgłosi się do danej placówki zdrowia, musi otrzymać interwencję profilaktyczną jak najszybciej, wykorzystując jego obecność danego dnia w placówce. W przypadku pierwszej interwencji profilaktycznej udzielonej w szpitalu, personel powinien dalej przekierować daną osobę do placówki POZ, która realizuje Program z zaleceniem zgłoszenia się na wizytę kontrolną. Kolejne wizyty kontrolne powinny odbywać się w miesięcznych odstępach czasu. Wizyty kontrolne dotyczą tylko pacjentów z pozytywnym wynikiem testu przesiewowego przeprowadzanego podczas wizyty diagnostycznej.

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Personel udzielający świadczenia w POZ, w tym w przychodniach studenckich, obejmie pielęgniarki, lekarzy (pediatrów, lekarzy rodzinnych, internistów) i edukatorów zdrowia. Dodatkowo, świadczenia medyczne będą udzielane przez personel medyczny szpitali ogólnych (pielęgniarki i lekarze), a zwłaszcza personel IP/SOR. Z każdej współpracującej placówki zdrowia realizator będzie rekrutował personel medyczny na szkolenia w formie e-learning. Świadczenia zdrowotne będą mogły być realizowane przez osoby, które przeszły szkolenie z tego zakresu (e-learning) i posiadają certyfikat jego ukończenia.

Za przeprowadzenie oceny przesiewowej i zastosowanie krótkiej interwencji będzie przysługiwało wynagrodzenie (m. in. dodatek do wynagrodzenia dla zatrudnionych lub utworzenie nowego stanowiska pracy – np. edukator zdrowia). Z uwagi na przeciążenie pracą i realizacją innych programów profilaktycznych pracowników medycznych placówek POZ, sugeruje się zatrudnianie do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu dodatkowego personelu np. edukatorów zdrowia.

Realizator będzie koordynował działania we wszystkich w/w placówkach przez okres trwania Programu.

### **DZIAŁANIE 5: Akcje edukacyjno-informacyjne o zasięgu regionalnym kierowane do młodzieży i młodych dorosłych, w tym grup będących w sytuacjach zwiększonego ryzyka używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin.**

Planowane są następujące działania do realizacji w okresie co najmniej 24 miesiące:

#### **5.1 Druk i dystrybucja broszury informacyjno-edukacyjnej oraz plakatów (opracowanych przez realizatora merytorycznego) w miejscach, gdzie przebywa młodzież i młodzi dorośli, w tym m.in. w:**

- szkoły, uczelnie wyższe, akademiki
- kluby, puby, dyskoteki, festiwale, koncerty
- posterunki policji
- placówki ochrony zdrowia (poradnie POZ, w tym przychodnie studenckie, szpitale ogólne zawierające w swoich strukturach IP/SOR)

**5.2 Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej w lokalnym środowisku, obejmujących co najmniej: działania prowadzone w mediach lokalnych, szkołach, uczelniach wyższych, placówkach zdrowia uwzględniające informacją o miejscach, gdzie można skorzystać z Programu, otrzymać pomoc i wsparcie, informacją o stronie**

internetowej Programu i profilu w mediach społecznościowych. Realizator może przewidzieć również inne działania w ramach tych akcji.

### **3.1 Dowody skuteczności planowanych działań**

Najszerze, systematycznie uaktualniane, rekomendacje dotyczące wszystkich aspektów związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych są zamieszczone na stronach United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), Royal College of General Practitioners (RCGP), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) oraz National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2007, 2010, 2017, 2018).

Używanie jednej substancji psychoaktywnej toruje drogę używaniu innej, dlatego najczęściej zaleca się działania uwzględniające ryzyko związane z używaniem różnych substancji psychoaktywnych (CCSA, RCGP, UNODC). **Krótkie interwencje odnoszą się do konkretnej substancji psychoaktywnej, której dana osoba używa. Jednak wiadomo, że skuteczne interwencje dotyczące danej substancji zapobiegają sięganiu również po inne substancje psychoaktywne.** Ma to szczególne znaczenie w populacji młodzieży i młodych dorosłych, u których zazwyczaj występuje używanie więcej niż jednej substancji psychoaktywnej (EMCDDA, raport 2017). RCGP w dokumencie „Practice standards for young people with substance misuse problems, 2012” **zwraca też uwagę, że w przypadku młodych ludzi, trudno jest ściśle określić co stanowi ryzykowne/problemowe używanie danej substancji. U dzieci i młodzieży kryteria używania ryzykownego i nadużywania substancji psychoaktywnych określone dla populacji dorosłych mogą być nieadekwatne w uchwyceniu różnych aspektów rozwojowych powiązanych z używaniem tych substancji.**

CCSA, RCGP oraz EMCDDA (Jones i wsp. 2006) rekomendują wieloskładnikowe interwencje obejmujące różnorodne działania w środowisku obejmujące m.in.: szkołę, placówki zdrowia, posterunki policji kierowane do osób używających lub nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

Profilaktyka w postaci wczesnej identyfikacji osób używających lub nadużywających alkoholu lub/ oraz innych substancji psychoaktywnych i stosowania krótkiej interwencji terapeutycznej jest bardzo skuteczną formą ograniczania używania tych substancji (Rodgers 2018, Kumar, i Malhotra 2000, Baker i wsp. 2005, Copeland i wsp. 2001, Covi i wsp. 2002), zmniejszania szkód zdrowotnych i społecznych. **Krótkie interwencje mają zazwyczaj na celu ograniczenia używania danej substancji oraz wyeliminowanie niebezpiecznych zachowań**



(tj. picie napadowe) lub używanie kilku substancji psychoaktywnych jednocześnie. Przyczynia się to do zmniejszenia negatywnych następstw zdrowotnych i społecznych. Polegają one zazwyczaj na kilku krótkich (5-15 min.) sesjach prowadzonych przez przeszkolonego specjalistę (Moyer i wsp. 2002). Taką interwencję może prowadzić lekarz, pielęgniarka lub asystent lekarza (Moyer i wsp. 2005). Badania pokazują, że najbardziej skuteczne są krótkie, powtarzane kilka razy interwencje (UPSTF 2018; NICE, 2007; Whitlock i wsp., 2004, Chambers i wsp. 2016, Miller i wsp. 1995). Są one szczególnie skuteczne u osób bez cech uzależnienia, u których nie wystąpiły jeszcze poważniejsze problemy związane z używaniem alkoholu, w tym w populacji młodych ludzi (Whitlock i wsp., 2004). Badania odnośnie ich zastosowania w populacji pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie pokazały, że osoby te redukowały istotnie spożywanie alkoholu (przeciętnie o 27%) porównaniu z grupą kontrolną i zmniejszają umieralność spowodowaną alkoholem (Whitlock i wsp. 2004; Cuijpers i wsp. 2004), Bien i wsp. 1993; USPSTF, 2018). W najprostszej formie krótka interwencja polega na przekazaniu pacjentowi informacji zwrotnej, opartej na ocenie zagrożenia jego zdrowia związanego ze szkodliwym używaniem danej substancji i udzielaniu porady.

Badania przesiewowe w kierunku używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej są zalecane przez USPSTF (UPSTF, 2018) u osób >18 r.ż., przez NICE (NICE, 2010) u osób od 16r. ż., jak również przez UNODC - od 15 r.ż. (USPSTF, 2018; NICE, 2010, UNODC, 2015). National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) wskazuje natomiast na potrzebę objęcia badaniami przesiewowymi i krótką interwencją także młodszych i nie definiuje minimalnego wieku. NIAAA w tym celu opracował rekomendacje i przewodnik dla klinicystów (NIAAA, 2011, Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide). USPSTF (2018) dodatkowo wskazuje także, że krótkie interwencje są szczególnie skuteczne w populacji studentów używających ryzykownie i szkodliwie alkoholu (ang. college students), co odpowiada wiekowi 18-24 lata. Mogą być one przeprowadzane zarówno w POZ (Jonas i wsp. 2012), jak również w **przychodniach studenckich (Larimer i Crounce, 2002)**. Wszystkie w/w organizacje zalecają prowadzenia takich działań przez personel POZ, szpitali ogólnych (w tym izb przyjęć) w połączeniu ze stosowaniem krótkiej lub rozszerzonej (jeśli potrzebna) interwencji i ewentualnym skierowaniem do dalszej pomocy. **Sytuacja, w której pacjent otrzymuje doraźną pomoc w związku ze szkodami zdrowotnymi spowodowanymi pićm alkoholu, jest momentem, w którym jest on szczególnie otwarty na taką interwencję. Jedno z badań pokazuje także, że dodatkowe interwencje zastosowane po tej na ostrym dyżurze,**

**zwiększają dodatkowo skuteczność tych oddziaływań (Longabaugh i wsp., 2001). W jednym z badań (D’Onofrio i Degutis, 2005) wykazano również, że pracownicy ostrego dyżuru akceptują stosowanie krótkich interwencji w przypadku pacjentów używających alkohol.**

W większości zalecanym narzędziem przesiewowym jest test AUDIT, AUDIT-C, FAST lub Paddington Alcohol TEST (PAT) – w sytuacjach na izbie przyjęć (NICE, 2010, USPTF, 2018, UNODC, 2015). Zalecane są również testy obejmujące przesiewową ocenę zarówno w kierunku alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych takie jak CRAFFT [dla młodzieży] oraz opracowany przez WHO test ASSIST [dla młodzieży i dorosłych] (NICE, 2010, UNODC, 2015), żaden z tych testów nie jest dostępny w Polsce.

Odnośnie innych niż alkohol substancji psychoaktywnych, wytyczne opracowane przez NICE (2007, 2017, 2018) UNODC, EMCDDA oraz RCGP zalecają przeprowadzanie w POZ w grupach ryzyka u młodzieży i młodych dorosłych ocenę ryzyka używania innych substancji psychoaktywnych oraz stosowanie krótkiej interwencji terapeutycznej wraz z informacją gdzie można uzyskać dalszą pomoc (NICE 2007, 2017, 2018, UNODC, RCGP). Wytyczne NICE (2017, 2018) zalecają screening podczas okresowych kontroli w POZ, jak również w grupach ryzyka oraz na izbach przyjęć w sytuacjach, gdy trafia tam pacjent w związku z zażywaniem substancji psychoaktywnej. NICE zaleca do oceny przesiewowej test CRAFFT. W przypadku zidentyfikowania pacjenta używającego problemowo (nadużywającego) substancje psychoaktywne, NICE zaleca przeprowadzenie krótkiej interwencji (NICE 2007), natomiast w przypadku stwierdzenia jedynie używania okazjonalnego albo rekreacyjnego zaleca rozważenie treningu umiejętności społecznych (NICE 2017). W przypadku braku skuteczności krótkiej interwencji, NICE zaleca skierowanie na terapię dla osób uzależnionych. **Odnośnie stosowania krótkich interwencji poniżej 15 r.ż rekomendacje są podzielone. NICE oraz RCGP zalecają stosowanie tych działań dopiero powyżej 15-16 r.ż (NICE, 2007; 2010; RCGP, 2012; Kaminer i wsp., 2008).**

Wytyczne opracowane przez USPSTF (2014) dotyczące profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (ang. drug) są obecnie w trakcie rewizji. **Na chwilę obecną USPSTF (2014) konkluduje, że nie jest możliwe oszacowanie korzyści płynących ze stosowania krótkich interwencji, zaleca natomiast klinicystom rozważenie stosowania screeningu wśród młodzieży w kierunku używania tych substancji oraz rozważenie stosowania krótkich interwencji obejmujących łącznie różne substancje psychoaktywne.** American Academy of Pediatrics (Kulig i wsp., 2005; Levy i wsp. 2011), jak i UNODC, RCGP

***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

oraz American Medical Association's (AMA) (Guidelines for Adolescent Preventive Services) podkreślają, aby wykonywać badania przesiewowe w kierunku alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych (którzy nie szukają w tym zakresie pomocy) podczas okresowych badań kontrolnych i rutynowych wizyt w POZ oraz na izbach przyjęć. **Organizacje te** zalecają włączenie do codziennej praktyki pediatrów i lekarzy rodzinnych rutynowej oceny przesiewowej i stosowanie krótkich interwencji w przypadku zidentyfikowania problemowego używania tych substancji. Najczęściej zalecane jest użycie kwestionariusza CRAFFT (NICE 2007, 2010; Knight i wsp., 1999; Knight i wsp. 2003; Knight i wsp. 2003), Drug and Alcohol Problem Quick Screen (DAP) (NICE, 2010) lub ASSIST (UNODC, WHO). Wszystkie trzy kwestionariusze dotyczą używania i nadużywania zarówno alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych. NICE zaleca również w populacji <18 r.ż zadanie kilku prostych pytań odnośnie jaka substancja, jak często i w jakich okolicznościach jest używana (NICE 2007).

NICE oraz RCGP zalecają ponadto szkolenia personelu POZ z przeprowadzania przesiewowej oceny w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz stosowania krótkiej interwencji w warunkach placówek POZ. Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę i kompetencje personelu medycznego dot. tej problematyki znajduje uzasadnienie też w rekomendacjach PARPA (2018) oraz Krajowego Biura s. Przeciwdziałania Narkomanii (Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2017-2022).

**Według NICE (2007) i UNODC skuteczne są również działania edukacyjno-informacyjne przeprowadzane w placówkach POZ, innych placówkach zdrowotnych (izby przyjęć), a także w miejscach związanych z ryzykiem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych t.j.: akademiki, kluby, dyskoteki.** Pozwalają one na dotarcie do grupy okazjonalnych użytkowników. NICE zaleca również stosowanie zróżnicowanych form przekazu informacji t.j.: internet – strona z możliwością testu przesiewowego online i interaktywnej pomocy udzielanej przez specjalistów, media społecznościowe, tradycyjne ulotki. Odnośnie profilaktyki uzależnień, działania w postaci akcji edukacyjno-informacyjnych na poziomie lokalnym są bardziej skuteczne niż kampanie ogólnokrajowe kierowane do ogółu populacji, szczególnie w połączeniu z innymi interwencjami o charakterze profilaktyki selektywnej i wskazującej kierowanymi do osób używających lub nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych lub znajdujących się w sytuacjach wysokiego narażenia na używanie tych substancji. Natomiast skuteczność ogólnokrajowych kampanii, kierowanych do ogółu populacji, koncentrujących się jedynie na ostrzeżeniu o ryzyku

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

związanym z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych jest kwestionowana (UNODC).

#### **4. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu Polityki Zdrowotnej**

Udział w programie będzie dobrowolny i bezpłatny. Świadczenia medyczne w ramach Programu będą udzielane osobom w wieku 15-26 lat w ramach POZ, w tym przychodni studenckich i szpitali ogólnych posiadających w swoich strukturach IP i/lub SOR. Sposoby udzielania świadczeń opisano w działaniu 4.

Personel medyczny POZ i szpitali ogólnych będzie proponował osobom w wieku 15-26 lat wzięcie udziału w badaniu przesiewowym w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W przypadku osób nieletnich, konieczne będzie również uzyskanie zgody rodzica/opiekuna prawnego. Ważne jest, aby zapewnić nieletnim możliwość przeprowadzenia badania bez udziału rodzica/opiekuna prawnego.

Świadczenia w ramach Programu będą udzielane w dniach i godzinach funkcjonowania danej placówki zdrowia (min. 5 dni w tygodniu, w tym również w godzinach popołudniowych, w przypadku szpitali ogólnych 24 godz. przez 7 dni w tygodniu).

#### **5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych**

Świadczenia medyczne będą realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej, jako dodatkowe świadczenie finansowane ze środków Programu oraz w szpitalach ogólnych.

**Działania profilaktyczne o charakterze badań przesiewowych i stosowanie wczesnej krótkiej interwencji w podmiotach leczniczych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i szpitalach ogólnych (IP/SOR) nie są obecnie realizowane w formule proponowanej w Programie w ramach świadczeń gwarantowanych.** Przychodnie POZ mają co prawda w swojej ofercie profilaktykę różnych schorzeń, w tym uzależnień, nie obejmują one jednak ustrukturyzowanej interwencji tj. badanie przesiewowe i krótka interwencja. Dzieci i młodzież w ramach okresowych bilansów zdrowia w 16 i 18 r.ż. mają również jedynie udzielaną poradę dotyczącą zagrożeń wynikających z używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Nie są natomiast przewidziane w ramach świadczeń gwarantowanych badania przesiewowe i krótka interwencja w przypadku osób tego wymagających. Również w szpitalach ogólnych (w tym na izbach przyjęć i szpitalnych oddziałach ratunkowych) nikt nie prowadzi w/w działań profilaktycznych. Świadczenia

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

medyczne przewidziane w Programie nie są więc finansowane, w takim samym zakresie ze środków publicznych. Część osób objętych interwencją profilaktyczną w ramach Programu może zostać dalej skierowana na kontrolne wizyty do placówek POZ lub do placówek leczenia uzależnień lub też na konsultację do Centrum Zdrowia Psychicznego. Świadczenia w tym zakresie będą dalej finansowane ze środków publicznych.

### **6. Spójność merytoryczna i organizacyjna**

Zaproponowany program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Celem niniejszego Programu jest ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych i społecznych w populacji młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat na terenie Polski. Przyczyni się to do zwiększenia liczby osób z wcześniej rozpoznany problemem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zmniejszenie natężenia używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji osób objętych interwencją w Programie oraz zredukowania szkód zdrowotnych i społecznych związanych z tym problemem.

### **7. Sposób zakończenia udziału w Programie Polityki Zdrowotnej**

Jeśli badanie przesiewowe nie wskaże na ryzyko związane z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, uczestnik kończy udział w Programie na etapie pierwszej wizyty (diagnostycznej). W przypadku pozytywnego wyniku testu przesiewowego, uczestnik jest zapraszany na kolejną wizytę (kontrolną). W części dotyczącej prowadzonych krótkich interwencji terapeutycznych (maks.3), zakończeniem udziału w Programie może mieć miejsce podczas drugiej (jeśli w ocenie przeprowadzającego interwencję jest to wystarczające) lub trzeciej wizyty kontrolnej. Uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału na każdym jego etapie. Część osób objętych interwencją może zostać skierowana dalej na kontrolne wizyty w POZ, placówek leczenia uzależnień lub poradni zdrowia psychicznego. Świadczenia w tym zakresie będą dalej finansowane ze środków publicznych.

W części dotyczącej szkoleń personelu medycznego, zakończenie szkolenia wraz z uzyskaniem certyfikatu będzie równoznaczne z zakończeniem udziału w tej części Programu. Personel medyczny będzie mógł stosować zdobytą wiedzę w ramach realizowanych świadczeń

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

medycznych w Programie oraz po zakończeniu Programu wykorzystywać dalej zdobytą wiedzę i umiejętności praktyczne w swojej codziennej praktyce.

### **8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Działania informacyjno-edukacyjne oraz szkoleniowe związane z realizacją Programu nie niosą ze sobą ryzyka zdrowotnego i nie stanowią problemu z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego. Za opracowanie merytoryczne materiałów informacyjnych, edukacyjnych i szkoleniowych odpowiedzialny będzie realizator merytoryczny, który będzie musiał spełnić stosowne wymagania (opisane poniżej). Realizator merytoryczny zapewni, że wszelkie materiały zostaną opracowane przez lekarzy specjalistów psychiatrów, psychologów oraz terapeutów uzależnień (preferowane jest, aby osoby te posiadały stopień doktora nauk medycznych lub w przypadku psychologów odpowiedni stopień doktorski oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie kliniczne w terapii uzależnień) oraz w przypadku terapeutów certyfikat terapeuty uzależnień.

Przewidziany test/y przesiewowy online (na stronie internetowej Programu), pozwalający na wstępne oszacowanie ryzyka związanego z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, nie będzie stanowił badania diagnostycznego, a jedynie informacje dla osoby go wypełniającej o ryzyku i konieczności zgłoszenia się do lekarza/terapeuty, co zostanie wyraźnie podkreślone przy interpretacji testu.

Przy realizacji świadczeń medycznych (badanie przesiewowe i krótka interwencja) stosowane będą metody uznane za bezpieczne dla pacjentów, których wyboru dokona realizator merytoryczny. Realizator zapewni, że udzielane świadczenia medyczne (w placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich oraz szpitalach ogólnych) będą udzielane z poszanowaniem praw pacjenta przez personel medyczny danych placówek, który ukończył stosowne szkolenie e-learning.

Bezpieczeństwo danych medycznych, które są danymi szczególnie wrażliwymi, należeć będzie do realizatora w danym regionie Polski, który odpowiedzialny będzie za administrowanie bezpieczeństwem informacji. Wszystkie dane osobowe pozyskane w trakcie realizacji programu będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Program nie zakłada stosowania żadnych substancji leczniczych.

## **IV. Organizacja Programu Polityki Zdrowotnej**

## **1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów**

### **1.1 Część logistyczno-administracyjna**

Realizatorzy Programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego naboru wniosków o dofinansowanie projektu, a ich wybór nastąpi w oparciu o m. in. zapisy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz *Wytucznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014 - 2020*.

**W naborze realizatorów Programu wnioski będą mogły składać m. in. następujące podmioty:**

- ✓ uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym*,
- ✓ instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia działające w oparciu o ustawę z 30 kwietnia 2010 r. *o instytutach badawczych*.

**Wskazane byłoby, aby realizator nawiązał partnerstwo z co najmniej jedną organizacją rządową zajmującą się problematyką związaną z używaniem i uzależnieniem od alkoholu i z co najmniej jedną organizacją rządową zajmującą się problematyką związaną z używaniem i uzależnieniem od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych.**

- ✓ podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub
- ✓ podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>5</sup>

### **1.2. Część wdrożeniowa Programu**

Zadania Programu realizowane będą przez: realizatorów makroregionalnych. Ponadto powołana zostanie Rada Programu. W skład Rady Programu wejdzie po jednej osobie od każdego realizatora. Radzie będzie przewodniczył ekspert oddelegowany przez realizatora merytorycznego (spełniający warunki opisane poniżej – pkt.2). Rada Programu odpowiedzialna będzie za opracowanie formularzy do zestawień statystycznych z placówek realizujących Program oraz ankiet ewaluacyjnych (oceniającej jakość świadczeń w Programie oraz ankiety oceniającej postawy wobec problematyki używania substancji psychoaktywnych). Rada będzie

---

<sup>5</sup> podmioty lecznicze zawierające w swojej strukturze Izby Przyjęć/SOR, dalej w szczególności Poradnie i/lub oddziały szpitalne zajmujące się profilaktyką i leczeniem uzależnień w zakresie określonym w przedmiotowym programie oraz inne komórki organizacyjne udzielające świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej, a także podmioty zawierające inne poradnie i/lub oddziały szpitalne w szczególności udzielające świadczeń z zakresu ortopedii, interny, neurologii, pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii, pomocy w nagłych wypadkach.

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

również odpowiedzialna za ocenę realizacji wdrażanych działań Programu, nadzór nad prowadzeniem systemu monitorowania uczestników Programu, ewaluację Programu wraz z przygotowaniem raportu końcowego oraz opracowanie mechanizmu/sposobu mającego na celu ewentualne uniknięcie ryzyka podwójnego finansowania świadczeń (m. in. poprzez uwzględnienie i skoordynowanie działań Programu

z działaniami oferowanymi w ramach Narodowego Programu Zdrowia). Planowany okres realizacji Programu to ok. 4 lata, z czego pierwsze 6-12 miesięcy przeznaczone będzie głównie na działania przygotowawcze. Jeszcze w trakcie lub po tym okresie, rozpocznie się realizacja właściwych działań w Programie. Realizatorzy w danym regionie Polski będą zobowiązani do prowadzenia ww. działań przez okres ok. 3 lat. Realizacja projektów musi zostać tak zaplanowana aby zakończyć ich wdrażanie w okresie kwalifikowalności, sugeruje się czerwiec 2023 r.

Harmonogram realizacji działań w Programie przedstawiono poniżej.

<b>Etap realizacji</b>	<b>Termin realizacji</b>	<b>Zadania</b>
<b>Etap (przygotowawczy)</b>	<b>I 2019 r.</b>	1. Konkurs na realizatorów programu (w tym realizatora merytorycznego)
	<b>Pierwsze 6-12 miesięcy realizacji Programu</b>	2. Utworzenie Rady Programu 3. Działania merytoryczne: Opracowanie rekomendacji dla placówek medycznych (wraz z walidacją testów) Opracowanie i wdrożenie platformy szkoleniowej (e-learning) Opracowanie i wdrożenie kampanii informacyjno-edukacyjnej (strony internetowej Programu i profilu w mediach społecznościowych oraz materiałów informacyjno-edukacyjnych )  4. Działania wdrożeniowe: Wybór placówek medycznych, które będą realizowały Program i nawiązanie współpracy



**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

		Zatrudnienie/oddelegowanie personelu medycznego, który będzie realizował działania w Programie, inne działania organizacyjne w placówkach medycznych Rekrutacja personelu w/w placówek na szkolenia e-learning
<b>Etap II – realizacji</b>	<b>II kwartał 2020-do końca I kwartału 2023 rok</b>	5. Działania merytoryczne: Realizacja szkoleń e-learning wraz z działaniami informacyjnymi o zasięgu ogólnopolskim kierowanymi do odbiorców e-learningu Utrzymanie strony internetowej z aktywnym forum i profilu w mediach społecznościowych 6. Działania wdrożeniowe: Realizacja świadczeń medycznych w placówkach zdrowia Działania edukacyjno-informacyjne o zasięgu regionalnym kierowane do młodzieży i młodych dorosłych 7. Prowadzenie monitoringu Programu – Rada Programu
<b>Etap III – pogłębiona analiza Programu</b>	<b>–2023</b>	8. Przygotowanie przez Radę Programu analizy. 9. Analiza zaproponowanych w programie rozwiązań wraz z rekomendacjami możliwych zmian / usprawnień. 10. Dokonanie ewentualnych zmian w programie.
<b>Etap IV – realizacja po zmianach/podsumowanie</b>	<b>–2023</b>	11. Dalsza realizacja Programu po ewentualnych zmianach 12. Opracowanie przez Radę Programu raportu końcowego

## **2. Kompetencje/warunki i niezbędne do realizacji Programu**

W ramach ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia konkursu wybrani zostaną realizatorzy programu, którzy będą musieli spełnić określone w naborze wymagania.

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

Do Rady powinny być oddelegowane osoby od danego realizatora, które koordynują wdrażanie Programu. Przewodniczący Rady (oddelegowany przez realizatora merytorycznego) powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, tzn. posiadać specjalizację z zakresu psychiatrii, tytuł co najmniej doktora n.med., doświadczenie w koordynowaniu programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej/badań naukowych, oraz doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi (co najmniej 5 lat).

Jednostka POZ oraz szpitale ogólne z którymi realizator nawiąże współpracę powinny mieć zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych.

### **V. MONITOROWANIE I EWALUACJA**

#### **V.1 Sposób monitorowania**

Przewiduje się, iż w ramach programu powołany zostanie zespół monitorujący w postaci Rady Programu, do którego oddelegowana zostanie 1 osoba od każdego realizatora programu. Zadaniem Rady będzie monitorowanie realizacji Programu. Spotkania Rady powinny odbywać się co najmniej dwa razy w roku. Ocenie Rady zostanie poddane przede wszystkim: zgłaszalność do Programu, jakość świadczeń oraz skuteczna analiza efektywności interwencji, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu jego trwania. Wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji Programu będą poddane szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej, tak jak ma to miejsce w przypadku innych ogólnopolskich programów profilaktyki. Rada będzie przedstawiała MZ coroczny raport z realizacji działań w Programie. Po ok. 4 latach realizacji Programu (na koniec I kwartału 2023r.) Rada przedstawi pogłębioną ewaluację Programu i zaproponuje ewentualne modyfikacje. Ewaluacja Programu powinna również zostać zlecona do wykonania niezależnemu podmiotowi zewnętrznemu po zakończeniu realizacji Programu lub po zrealizowaniu większej jego części.

#### **V.2. Sposób ewaluacji**

##### **V.2.1 Ocena zgłaszalności do programu**

Zgłaszalność do Programu będzie oceniana na podstawie danych otrzymanych od realizatorów Programu dotyczących procentowej liczby osób, które uczestniczyły w Programie w stosunku do liczby osób, którym zaproponowano udział w programie. Mierniki odnoszące się do oceny zgłaszalności:

- ✓ liczby osób, które uczestniczyły w Programie w stosunku do liczby osób, którym zaproponowano udział w programie
- ✓ liczba osób u których przeprowadzono badanie przesiewowe

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- ✓ liczba osób u których przeprowadzono krótką interwencję
- ✓ liczba personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach -e-learning (w podziale na pielęgniarki pracujące w POZ, pielęgniarki pracujące w szpitalu, lekarzy POZ, lekarzy pracujących w szpitalach, edukatorów zdrowia)
- ✓ liczba odsłon stron internetowych
- ✓ liczba wypełnionych testów przesiewowych na stronie internetowej Programu
- ✓ liczba udzielonych porad poprzez moderowane forum na stronie internetowej Programu
- ✓ liczba placówek POZ, w tym przychodni studenckich i szpitali ogólnych, zawierających w swoich strukturach IP i/lub SOR, biorących udział w Programie
- ✓ liczbę osób, które zrezygnowały/nie zakwalifikowały się do udziału w programie (wraz z podaniem przyczyn).

### **V.2.2. Ocena jakości świadczeń w programie**

Kontrola jakości świadczeń w programie odbywać się będzie na bieżąco na podstawie sprawozdań przedkładanych przez realizatorów programu oraz obserwacji realizacji Programu. Ocena jakości usług medycznych świadczonych w ramach Programu przez placówki POZ, w tym przychodnie studenckie oraz szpitale ogólne będzie oceniana za pomocą ankiety satysfakcji (wzory ankiet zostaną przygotowane przez Radę Programu). **Monitorowaniu podlegać będzie również liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie (wraz z poznaniem powodów rezygnacji). Weryfikowane będą powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu.**

Ocena jakości szkoleń w Programie będzie monitorowana za pomocą ankiety po przeprowadzonych szkoleniach. Do oceny jakości materiałów edukacyjno-informacyjnych, które zostały zamieszczone na stronie internetowej zostaną zaproszone osoby odwiedzające stronę internetową.

### **V.2.3. Ocena efektywności programu**

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie osiągnięcia zaplanowanych w programie mierników. W ramach ewaluacji wykorzystywane będą następujące wskaźniki:

- ✓ odsetek osób z wcześniej rozpoznany problemem używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych w populacji osób w wieku 15-26 lat w POZ, w tym przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych - ok. 20%

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

- ✓ odsetek osób u których zastosowana krótka interwencja/e okazała się skuteczna (ograniczenie natężenia przyjmowania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych) - miernik weryfikowany na kolejnej wizycie kontrolnej w POZ, przychodni studenckiej– co najmniej 15%
- ✓ odsetek uczestników szkoleń deklarujących wzrost wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w okresie realizacji Programu - co najmniej 80% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety przed i po szkoleniu)
- ✓ liczba pracowników ochrony zdrowia (z placówek POZ, w tym przychodni studenckich, szpitali ogólnych, którzy skorzystali ze szkolenia w formie e-learning-- co najmniej po 3 osoby z danego podmiotu biorącego udział w programie )
- ✓ odsetek osób deklarujących zmianę postaw i świadomości wobec używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych - co najmniej 50% osób objętych akcjami edukacyjno-informacyjnymi (miernik weryfikowany za pomocą ankiet - na stronie internetowej)

### **V.2.4. Ocena trwałości efektów Programu**

Ciągłość i trwałość programu zostanie zachowana. Opracowany i przetestowany program polityki zdrowotnej zostanie udostępniony dla jednostek samorządu terytorialnego w celu jego kontynuacji, przy niezbędnych modyfikacjach, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych i/lub ewentualnie innych środków.

Pacjent będzie mógł skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w przypadku potrzeby skorzystania ze świadczeń lekarza POZ lub specjalisty w placówkach leczenia uzależnień, ewentualnie konsultacji w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego.

Przeszkolony personel medyczny będzie mógł wykorzystywać zdobytą wiedzę i doświadczenie również po okresie zakończenia realizacji Programu. Jeśli ewaluacja Programu wykaże skuteczność badań przesiewowych i krótkich interwencji stosowanych w ramach okresowych bilansów zdrowia w 16 i 18 r.ż, działania te będą mogły zostać na stałe wpisane w scenariusz tych badań. Podobnie, świadczenia udzielane w szpitalach ogólnych, w tym na IP i SOR w sytuacjach przyjęcia pacjenta z powodów powiązanych z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, będą mogły być procedurą wpisaną na stałe w zestaw świadczeń udzielanych tym osobom.

Program ten ma szansę przynieść długotrwałą poprawę w zakresie wczesnej wykrywalności używania i nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

stosowania skutecznej na tym etapie interwencji. Personel medyczny będzie mógł podnieść swoją wiedzę zarówno poprzez uczestnictwo w szkoleniach (e-learning), jak i nabyć praktyczne umiejętności dzięki realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu. Ma to szansę zapoczątkować nowe podejście do profilaktyki uzależnień realizowane przez placówki medyczne pierwszego kontaktu. Dodatkowo, powstała w wyniku realizacji Programu platforma szkoleniowa będzie mogła dalej służyć kolejnym zainteresowanym (być może nie tylko kadry medycznej, ale i wszystkim mających styczność z młodzieżą i młodymi dorosłymi np. policji, straży miejskiej, pedagogom, psychologom szkolnym, pracownikom socjalnym, innym).

### **VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Wysokość zaplanowanej alokacji na konkurs, w którym wyłonieni zostaną realizatorzy programu wynosi 5 mln zł. Ponadto, w końcowej fazie realizacji Programu planowana jest pogłębiona analiza jego wdrażania, która będzie podstawą do dalszych decyzji odnośnie kształtu i/lub budżetu Programu.

Koszty będą ponoszone zgodnie z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020* oraz *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020*, dostępnych pod adresem: <https://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020/>

Zaleca się rozliczenie kosztów metodami uproszczonymi, opisanymi w ww. *Wytycznych*. Szczegółowy opis sposobu rozliczania zostanie doprecyzowany w umowie o dofinansowanie projektu.

#### **1. Koszty jednostkowe**

Poniższa tabela przedstawia koszty jednostkowe poszczególnych działań. Są to szacunkowe koszty. Przy szacowaniu kosztów uwzględniono limity określone w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020*, przeprowadzono konsultacje ze stosownymi jednostkami odnośnie proponowanych kosztów. Realizator programu wykaże szczegółowy budżet, z tym, że ostateczne wartości kosztów jednostkowych jakie zostaną zastosowane w programie (w zakresie świadczeń medycznych) będą znane po akceptacji sposobu oszacowania stawek jednostkowych przez

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju i będą stanowiły załącznik do regulaminu konkursu na realizację przedmiotowego programu.

L.p	Działanie	Opis	Wycena	
1	Świadczenie medyczne - wizyta pierwsza diagnostyczna (POZ, przychodnie studenckie, szpitale ogólne)	z oceną przesiewową	Podczas pierwszej wizyty przeprowadzana jest ocena przesiewowa w kierunku używania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Jeśli wynik testu jest negatywny, wręczana jest broszura informacyjno-edukacyjna i wizyta kończy się na tym etapie Czas trwania 5-10 min	60,00 zł*
2	Świadczenie medyczne - wizyta pierwsza diagnostyczna (POZ, przychodnie studenckie, szpitale)	z oceną przesiewową i zastosowaniem krótkiej interwencji	Podczas pierwszej wizyty przeprowadzana jest ocena przesiewowa w kierunku używania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Jeśli wynik testu jest pozytywny zastosowana zostaje krótka interwencja terapeutyczna oraz wręczona broszura informacyjno-edukacyjna Czas trwania 10-15 min	75,00 zł*
3	Świadczenia medyczne - wizyta kontrolna -druga i trzecia (POZ, przychodnie studenckie)	Ocena skuteczności zastosowanej uprzednio krótkiej interwencji i zastosowanie kolejnej krótkiej interwencji (jeśli potrzebna) Czas trwania 10-15 min	60,00 zł*	
4	Opracowanie rekomendacji wraz z walidacją test/ów przesiewowych	Opracowanie rekomendacji dla placówek zdrowotnych w		

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

	opracowaniem scenariuszy krótkich interwencji	zakresie profilaktyki i postępowania w przypadku używania i nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież i młodych dorosłych	ok. 3% wartości programu/projektu
5	Opracowanie interaktywnego wykładu na platformę szkoleniową	Wykład powinien zawierać oprócz omówienia tematu, przykładową scenkę z pacjentem obrazującą dany problem oraz test wstępny oraz końcowy	7 000,00 zł
6	Transfer scenariusza wykładu na postać multimedialną	Transfer scenariusza wykładu na postać multimedialną, w tym przykładowa scena z pacjentem (nakręcona z aktorem), nagranie wykładu, transfer testu wstępnego i końcowego	11 000,00 zł
7	Koszt utworzenia platformy szkoleniowej	Stworzenie platformy szkoleniowej	ok. 0,5% wartości programu/projektu

*\* jest to proponowany, szacunkowy koszt badania przesiewowego i krótkiej interwencji, który może ulec nieznacznym zmianom w związku z zatwierdzeniem przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju ostatecznej wersji metodologii wyliczania stawek jednostkowych dla Programu.*

**Pozostałe koszty opierają się na cenach rynkowych.**

### **Koszty całkowite**

Koszty całkowite przewidziane w Programie to 5 mln. zł. Szacunkowe koszty realizacji działań w Programie przedstawiono poniżej.

#### **Działania 1, 2 oraz 3**

Zakłada się, że na działania edukacyjne jak opracowanie rekomendacji, opracowanie i wdrożenie szkoleń w postaci e-learning, opracowanie i realizacji działań informacyjno-edukacyjnych na poziomie ogólnopolskim – strona www, profil w mediach społecznościowych,

***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

broszura informacyjno-edukacyjna oraz plakat zostanie przeznaczone ok. 10% kosztów merytorycznych programu.

**Szczegółowy budżet (stanowiący 10% programu) przedstawia się następująco:**

opracowanie rekomendacji wraz z walidacją test/ów przesiewowych i opracowaniem scenariuszy krótkich interwencji – ok. 3%

opracowanie szkoleń i transfer scenariusza szkoleń na postać multimedialną - ok. 1%

utworzenie platformy szkoleniowej – ok. 0,5%

utrzymanie i serwis przez 36m-cy – ok. 3%

opracowanie i realizacja działań informacyjno-edukacyjnych na poziomie ogólnopolskim:

strona www z moderowanym przez 36 m-cy forum, profil w mediach społecznościowych – ok. 1%

broszura informacyjno-edukacyjna oraz plakat (opracowanie merytoryczne i graficzne) – ok. 0,5%

akcje informacyjne kierowane do odbiorców e-learning – ok. 1%

**- Działania 3 i 4 (ok. 90% wartości programu)**

Zakłada się, że na działania w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych w placówkach POZ i szpitalach ogólnych oraz akcje informacyjno-edukacyjne o zasięgu regionalnym zostanie przeznaczone łącznie ok. 90% budżetu Programu, w tym koszty pośrednie (związane z zarządzaniem i administracją w projekcie).

Sugeruje się aby Proponowany budżet przedstawiał się następująco:

realizacja świadczeń medycznych w placówkach POZ, w tym przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych – ok. 52% (w tym koszt samych świadczeń i koszt obsługi świadczeń w ramach Programu w POZ, szpitalach)

akcje informacyjno-edukacyjne o zasięgu regionalnym – ok. 18%

koszty pośrednie (zarządzanie projektami, obsługa administracyjna itp.) – ok. 20%

**Dalsze finansowanie Programu będzie zależeć od wyników pogłębionej analizy efektywności Programu oraz możliwości finansowych.**

**Koszty w podziale na lata realizacji Programu przedstawiają się następująco:**



**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

2019	2020	2021	2022	2023
400 000,00 zł	1 300 000,00 zł	1 450 000,00 zł	1 450 000,00 zł	400 000 zł

W przypadku, gdy alokacja na program zostanie zwiększona to proporcjonalnie do zwiększonej alokacji zostaną zwiększone wskaźniki/mierniki (poza tymi odnoszącymi się do opracowania rekomendacji. Jednocześnie w przypadku, gdy nie zgłoszą się realizatorzy na całą kwotę alokacji wskaźniki/mierniki zostaną osiągnięte w proporcjonalnie mniejszym stopniu.

### **3. Źródła finansowania, partnerstwo**

Projekt, w ramach którego realizowany będzie Program, współfinansowany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Przy realizacji programu możliwe będzie występowanie partnerstwa. W przypadku realizatora merytorycznym warunkiem obligatoryjnym powinno być partnerstwo z organizacjami rządowymi działającymi w obszarze uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 - 2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.). Zachęca się również realizatorów do nawiązywania współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Powinna ona stanowić element fakultatywny Programu.

### **4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne**

Z uwagi na brak systemowych rozwiązań w zakresie finansowania ze środków publicznych programów skoncentrowanych na wczesnym wykrywaniu i interwencji u osób używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, uzasadnione jest podjęcie działań mających na celu wypełnienie tej luki. Prawidłowe, wczesne rozpoznanie i wdrożone leczenie (krótka interwencja) zmniejsza natężenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i przyczynia się do ograniczenia szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z tym problemem. Program ten ma szansę przynieść trwałą poprawę w tym zakresie poprzez podniesienie kompetencji lekarzy, pielęgniarek i edukatorów zdrowia pracujących w POZ oraz personelu medycznego szpitali ogólnych. Personel medyczny będzie mógł podnieść swoją wiedzę zarówno poprzez uczestnictwo w szkoleniach (e-learning),

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

jak i nabyć praktyczne umiejętności dzięki realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu. Ma to szansę zapoczątkować nowe podejście do profilaktyki uzależnień realizowane przez placówki medyczne. Dodatkowo, powstała w wyniku realizacji Programu platforma szkoleniowa będzie mogła dalej służyć kolejnym zainteresowanych (być może nie tylko kadry medycznej, ale i wszystkim mających styczność z młodzieżą i młodymi dorosłymi np. policji, straży miejskiej, pedagogom, psychologom szkolnym, pracownikom socjalnym, innym).

### **VII. SŁOWNICZEK POJĘĆ UŻYTYCH W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**AUDIT-** Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych (Alcohol Use Disorder Identification Test)- test przesiewowy stworzony przez Światową Organizację Zdrowia. Test charakteryzuje się 90-procentową czułością i trafnością. Zawiera dziesięć pytań, które dotyczą trzech obszarów używania alkoholu: picia ryzykownego, szkodliwego i uzależnienia od alkoholu (picia nałogowego). Każdemu z pytań jest przypisany zestaw odpowiedzi do wyboru. Każda z odpowiedzi ma przyporządkowaną punktację (od 1 do 4). Uzyskiwana punktacja daje ostateczną sumę punktów podlegającą ocenie, czyli wynik całkowity. Test przeprowadza się w formie kwestionariusza w drodze wywiadu z osobą, a także można go wypełnić samodzielnie, jednak warunkiem trafności wyniku jest pełna uczciwość w odpowiadaniu na pytania. W przypadku nieuczciwości wyniki testu pozostają nietrafne

**AUDIT-C-** Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption, test przesiewowy składający się z trzech pytań, którego zadaniem jest wychwycenie picia ryzykownego lub uzależnienia

**Binge drinking-** wzorzec intensywnego picia, który pociąga za sobą podwyższenie stężenia alkoholu we krwi do wartości co najmniej 0,08 promila. W przypadku osoby dorosłej wzorzec ten odpowiada spożyciu pięciu lub większej liczby drinków (mężczyźni) bądź czterech lub większej liczby drinków (kobiety) w ciągu około dwóch godzin (NIAAA, [www.niaa.nih.gov](http://www.niaa.nih.gov))

**CAGE-** należy do grupy testów przesiewowych, których zadaniem jest wychwycenie osób przejawiających wczesne symptomy picia ryzykownego i/lub szkodliwego, a także objawy uzależnienia. Składa się z czterech pytań. Nazwa pochodzi od pierwszych liter najważniejszych słów w pytaniach, w wersji angielskiej: Cut - zredukować, Angry - zły, Guilty - winny, Empty – pusty

**„Dopalacze”-** patrz nowe substancje psychoaktywne

**Badanie przesiewowe** to działania mające na celu w odniesieniu do alkoholu wychwycenie osób, które piją alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy, w odniesieniu do innych substancji psychoaktywnych wychwycenie problemowego używania tych substancji. Badanie przesiewowe obejmuje wykonanie testów przesiewowych, specyficznych w odniesieniu do różnych substancji. Test jest wykonywany przez lekarza lub inną osobę przeprowadzającą badanie przesiewowe lub wypełniany przez samego badanego. W Polsce dostępnych jest obecnie kilka narzędzi przesiewowych odnoszących się do konkretnych substancji psychoaktywnych. Odnośnie alkoholu dostępne są testy przesiewowe dla osób dorosłych (np.

## **Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych [Alcohol Use Disorder Identification Test-AUDIT], Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption- AUDIT-C, test CAGE). Problemowe używanie innych substancji psychoaktywnych w populacji dzieci i młodzieży może być wykrywane za pomocą testów Problemowego Używania Narkotyków [PUN] (dotyczy wszystkich narkotyków) i Problemowego Używania Marihuany [PUM] (dotyczy marihuany).

**Krótką interwencją** to ograniczona czasowo (zazwyczaj 5-15 min.) empatyczna i ustrukturyzowana rozmowa, której celem jest zmotywowanie pacjenta w niekonfrontacyjny sposób do rozważenia i/lub zaplanowania zmiany w zakresie używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz wsparcie go w realizacji tego działania. Kluczowe elementy krótkich interwencji obejmują aktywne słuchanie, zadawanie pytań otwartych, afirmowanie, odzwierciedlanie i podsumowywanie. Krótkie interwencje mają też zachęcać do przejścia odpowiedzialności za swoje decyzje. Krótka interwencja może obejmować jedną lub kilka porad, których celem jest pomoc jednostce w zmniejszeniu albo przerwaniu używania alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej.

**Nowe substancje psychoaktywne- (NSP)** tzw. „dopalacze”, znane na świecie pod wieloma nazwami (np. designer drugs, smarts, legal highs, herbal highs czy boosters), określają grupę substancji lub ich mieszanek o faktycznym lub rzekomym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy. Polski termin „dopalacze” obejmuje szeroki zakres produktów, od mieszanek ziołowych po syntetyczne lub „autorskie” narkotyki i „tabletki imprezowe”, które używane są na różne sposoby (palone, wciągane przez nos, połykane). Produkty te sprzedawane są np. jako odświeżacze powietrza, nawozy dla kwiatów, kadzidła ziołowe, sole kąpielowe, saszetki zapachowe, środki do czyszczenia komputerów, kleje do mocowania wąsów i brody u manekinów, zmielone kryształki do przewidywania pogody, absorbery promieniowania elektromagnetycznego czy cząstki boga. Niejednokrotnie produkty sprzedawane jako „dopalacze” zawierają mieszanki różnych substancji, które mogą potęgować swoje działanie. Ich łączny efekt farmakologiczny i toksykologiczny może poważnie zagrażać zdrowiu i życiu użytkowników, a nietypowe objawy zatrucia dodatkowo utrudniają leczenie. Osoby kupujące takie produkty nigdy nie mogą mieć pewności jaki jest ich skład oraz zawartość – stąd dawka, intensywność wywołanych efektów, a także toksyczność jest trudna do oceny przed zastosowaniem.

Zgodnie z nowelizacją z dnia 20 lipca 2018 r. „Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii” terminem nowa substancja psychoaktywna – określamy każdą substancję lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działającą na ośrodkowy układ nerwowy, inną niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzającą zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji. Wykaz tych substancji zawarty jest w „Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych”.

**Ograniczenie używania-** przez termin „ograniczenie używania” w kontekście celu Programu należy rozumieć ograniczenie używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w odniesieniu do populacji młodych dorosłych (powyżej 18 r.ż) oraz całkowite zaprzestanie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży (poniżej 18 r.ż.).

**Przychodnie studenckie-** podmioty lecznicze udzielające świadczeń w ramach podstawowej

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych  
u młodzieży i młodych dorosłych**

opieki zdrowotnej, w których główny odsetek świadczeniobiorców stanowią studenci

**PUN-** test Problemowego Używania Narkotyków, test przesiewowy dotyczący wszystkich narkotyków

**PUM-** test Problemowego Używania Marihuany, test przesiewowy, dotyczy marihuany

**Ryzykowne spożywanie alkoholu** - to picie nadmiernych ilości alkoholu nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia nie zostanie zmieniony. World Health Organization (WHO) definiuje picie ryzykowne jako średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g/d przez kobietę i 40–60 g/d przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140-209g, a w przypadku mężczyzn 280–349 g.

**Substancje psychoaktywne-** wszystkie substancje oddziałujące na ośrodkowy układ nerwowy w tym alkohol, nikotyna, opiaty, kannabinoły, leki uspokajające i nasenne, kokaina, inne substancje stymulujące, substancje halucynogenne, lotne rozpuszczalniki i inne substancje psychoaktywne, w tym i nowe substancje chemiczne tzw. dopalacze

**Uzależnienie** to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych. Aby stwierdzić zespół uzależnienia (ang. stage of dependence) (zgodnie z kryteriami diagnostycznymi według ICD-10) muszą być spełnione łącznie przynajmniej trzy z niżej wymienionych kryteriów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku:

Potrzeba zażywania substancji o charakterze przymusu;

Obniżona zdolność kontroli odnośnie do ilości, początku, zakończenia;

Somatyczny zespół abstynencyjny;

Wykazana tolerancja;

Narastające zaniedbywanie innych zajęć, poświęcanie coraz więcej czasu na zdobycie, konsumpcję, odpoczywanie po jej następstwach;

Utrzymujące się używanie substancji mimo wyraźnie szkodliwych skutków uświadamianych sobie przez konsumenta.

**Używanie-** przez termin „używanie” w kontekście problemu zdrowotnego należy rozumieć używanie ryzykowne i szkodliwe alkoholu (określane również terminem nadużywanie) oraz innych substancji psychoaktywnych w odniesieniu do populacji młodych dorosłych (powyżej 18 r.ż) oraz każde używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży (poniżej 18 r.ż.).

Wyjaśnienie: Wytyczne opracowane przez różne organizacje na świecie przyjmują różne definicje używania ryzykownego i szkodliwego alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji dzieci i młodzieży. Podkreślają one, że kryteria określone dla populacji dorosłych

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

mogą być nieadekwatne w populacji dzieci i młodzieży oraz, że każde zażycie alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej w tej populacji może prowadzić do szkód zdrowotnych i społecznych. Warto jednak podkreślić, że w Polsce spożywanie alkoholu przez młodzież w wieku około 18 lat (np. podczas 18 urodzin) jest bardzo szeroko rozpowszechnione i uważane w niektórych środowiskach za normę społeczną. Niemniej, na potrzeby realizacji tego Programu przyjęto granicę 18 lat (gdyż jest to granica wieku dorosłego w polskim systemie prawnym) przyjmując, że każde używanie alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej u osoby poniżej 18 r.ż. należy traktować jako potencjalnie ryzykowne i szkodliwe.

**Używanie eksperymentalne** (ang. experimental stage) dotyczy przyjmowania różnych substancji wielokrotnie, zazwyczaj w grupie rówieśniczej w celu osiągnięcia oczekiwanych doznań. Takie używanie zazwyczaj nie jest jeszcze związane z negatywnymi skutkami zdrowotnymi czy społecznymi.

**Używanie problemowe narkotyków** (w tym też przetworów konopi)- używanie na tyle poważne, że prowadzi do pewnych zmian w stylu życia i orientacji życiowej [def. wg Okulicz-Kozaryn, Sierosławski, Kocoń 2008) Rozpoznanie używania problemowego obejmuje współwystępowanie dwóch czynników: używania narkotyku/marihuany oraz zmiany w obszarze przynajmniej jednej ze sfer funkcjonowania związanej z używaniem narkotyku/marihuany

1. w relacjach z otoczeniem

- pogorszenie kontaktu z rodzicami albo z rodzeństwem
- zmiana przyjaciół
- gorsze funkcjonowanie w szkole
- upośledzenie kontroli zachowania
- problemy prawne
- problemy finansowe

2. w wymiarze psychofizycznym

- zmiany związane ze snem i jedzeniem
- zmiany w funkcjonowaniu poznawczym

**Używanie rekreacyjne** (towarzyskie) (ang. social stage) to przyjmowanie substancji w grupie osób, w celu przeżycia przyjemnych doznań, zazwyczaj nie zaburza to normalnego funkcjonowania, może jednak czasem skutkować niebezpiecznymi konsekwencjami zdrowotnymi.

## ***Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych***

**Używanie ryzykowne** (ang. at risk stage) – dotyczy używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w grupie osób lub samemu, które bazuje na wcześniejszych przyjemnych doświadczeniach z tym związanych, uwarunkowane jest zazwyczaj chęcią poprawy samopoczucia, zmniejszenia napięcia. Przyjmowanie ww. substancji odbywa się często i może mieć już wzorzec regularnego używania. Wyróżnia się wczesne i późne stadium używania ryzykownego (ang. early and late at risk stage) (na podstawie Mirza i Mirza, 2008, 2011; Gilvarry i wsp. 2007). W stadium późnym pojawia się już aktywne poszukiwanie substancji w celu jej przyjęcia. Używanie ryzykowne może prowadzić do doznania różnych szkód zdrowotnych tj. zatrucia, urazy, wypadki (zmiana sprawności psychofizycznej prowokuje powstawanie zagrażających dla danej osoby czy otoczenia sytuacji).

**Używanie szkodliwe** (ang. harmful use, substance abuse) – stan, w którym używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych spowodowało szkody somatyczne lub psychologiczne (lub znacznie się do tego przyczyniło), włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcjonalne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi. Występuje regularne, częste używanie substancji psychoaktywnej, aktywne jej poszukiwanie, pomimo występowania negatywnych skutków jej używania.

## **VIII. BIBLIOGRAFIA**

- Albert L. Siu, MD, MSPH, for the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2015. *Ann Intern Med.* 2015;163:622-634. doi:10.7326/M15-2023.
- American Medical Association's (AMA) (Guidelines for Adolescent Preventive Services) [www.ama-assn.org/ama/pub/category/1980.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1980.html)
- Anderson P., Baumberg B. (2006) *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies (2006). Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Wyd. Parpamedia, 2007.
- Anderson P., Møller L., Galea G. *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012.
- Baker A, Lee NK, Claire M, et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction.* 2005;100(3):367-78

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- Bien, T.H.; Miller, W.R.; and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88(3):315-336, 1993.
- Boys, A., Farrell, M., Taylor, C. et al (2003) Psychiatric morbidity and substance misuse in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *British Journal of Psychiatry* 182:509-517.
- Brown, S., McGue, M., Maggs, J. et al (2009) Underage Alcohol Use Summary of Developmental Processes and Mechanisms: Ages 16-20. *Alcohol Research and Health* 32 (1):41-52.
- Canadian Centre on Substance Abuse. 2007. Substance abuse in Canada: Youth in focus. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Canadian Centre on Substance Abuse. 2013. A Case for Investing in Youth Substance Abuse Prevention.
- CBOS, 2015. "Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych".
- Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) [www.cinn.gov.pl](http://www.cinn.gov.pl)
- Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji (CLKP) [www.clkp.policja.pl](http://www.clkp.policja.pl)
- Chambers JE, Brooks AC, Medvin R, Metzger DS, Lauby J, Carpenedo CM, Favor KE, Kirby KC. Examining multi-session brief intervention for substance use in primary care: research methods of a randomized controlled trial. *Addiction Science & Clinical Practice* 2016;11:8
- Chodkiewicz J. Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych. *Alkoholizm i Narkomania* 2006, Tom 19: nr 2, 107-119.
- Chodkiewicz J, Juczyński Z. Problem używania środków psychoaktywnych przez młodzież. Badania uczniów szkół łódzkich, [http://www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2002/4/AiN\\_4-2002-03.pdf](http://www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2002/4/AiN_4-2002-03.pdf)
- Covi L, Hess JM, Schroeder JR, Preston KL. A dose response study of cognitive behavioral therapy in cocaine abusers. *J Subst Abuse Treat.* 2002;23(3):191-7

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat.* 2001;21(2):55-64
- Cuijpers, P.; Riper, H.; and Lemmers, L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: A meta-analysis. *Addiction* 99:839-845, 2004.
- Czapiński J, Panek T (red). *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków.* Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2012.
- Dane statystyczne policji: [www.statystyka.policja.pl](http://www.statystyka.policja.pl)
- Dennis ML, Funk R, Godley SH, Godley MD, Waldron H. Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) and Timeline Followback (TLFB; Form 90) among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction* 2004 Nov;99 Suppl 2:120-8
- D’Onofrio, G., and Degutis, L.C. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine* 9:627-638, 2002.
- D’Onofrio, G., and Degutis, L. Screening and brief intervention in the emergency department. *Alcohol Research & Health* 28(2):63-72, 2004/2005.
- *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013.
- ESPAD (2015) - „European School Survey Project on Alcohol and Drugs”
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Standards and guidelines. [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).
- EZOP (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej), 2012.
- Garus-Pakowska A, Moczulski R, Drozdowska M. Stosowanie dopalaczy przez studentów wybranych łódzkich uczelni. *Cz. I. Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(2): 350-355.
- Gilvarry E. Substance abuse in young people. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(1):55-80.



**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- Gilvarry, E, McArdle, P. (2007) Alcohol, Drugs and Young People: Clinical Approaches. London: Mac Keith Press.
- GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski, 2017.
- GUS, Rocznik statystyczny 2017.
- GUS, Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016r.
- Health Canada. (2011). Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: Summary of results for 2011. Retrieved August 29, 2012 from [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/\\_2011/summary-sommaire-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2011/summary-sommaire-eng.php).
- Hicks BA, Morris JA Jr, Bass SM, Holcomb GW 3rd, Neblett WW. Alcohol and the adolescent trauma population. *J. Pediatr. Surg.* 1990; 25(9): 944–949.
- Instytut Psychiatrii i Neurologii wspólnie z Instytutem Zdrowia Publicznego w Berkeley, Kalifornia (Cherpitel, C.J., Ye Y., Moskalewicz J., Świątkiewicz G., (2005) Screening for Alcohol Problems in Two Emergency Services Samples in Poland: Comparison of the RAPS4, CAGE and AUDIT. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 201-207.
- Jakubczyk A, Rehm J, Manthey J, Gual A, Wojnar M. Rozpoznawanie uzależnienia od alkoholu przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej: polskie wyniki europejskiego projektu badawczego Alcoholism in Primary Care. *Alcoholism and Drug Addiction*, 28 (2015) 163-171.
- Jakubczyk A, Michalska A, Szejko N, Wojnar M. Stosunek lekarzy rodzinnych do interwencji związanych z używaniem alkoholu – polskie wyniki międzynarodowego projektu badawczego ODHIN. *Alcoholism and Drug Addiction*. June 2015, Pages 91-102
- Jones L., Sumnall H., Witty K., Wareing M., McVeigh J. and Bellis M.A. (2006), ‘A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people’, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, November 2006. Jonas DE a, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and metaanalysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2012;157(9):645-54

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- Jonas DE b , Garbutt JC, Brown JM, Amick HR, Brownley KA, Council CL, Viera AJ, Wilkins TM, Schwartz CJ, Richmond EM, Yeatts J, Swinson Evans T, Wood SD, Harris RP. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Jul. Report No.: 12-EHC055-E
- Johnston LD, O'Malley PM; Bachman JG; Schulenberg JE. Monitoring the Future, National Survey Results on Drug Use, 1975-2003. Volume II: College Students and Adults Ages 19-45. NIH Pub. No. 04-5508. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2004.
- Kalupa W, Marcinkowski JT, Kara I i wsp. Palenie tytoniu i zażywanie środków narkotycznych wśród studentów poznańskich uczelni – analiza porównawcza. *Probl Hig Epidemiol* 2013, 94(4): 883-888.
- Kaminer, Y., Bureson, J. & Burke, R. (2008) Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47 (12): 33-42.
- Kamińska H, Gawlik A, Gawlik, T, Małeczka-Tendera E. Hospitalizacje z powodu zatruc alkoholem etylowym wśród dzieci i młodzieży – dane pochodzące z jednego szpitala klinicznego w Polsce *Psychiatr. Pol.* 2018; 52(2): 387–39.
- Kapłan H. B., Johnston R.J.: Relationships between circumstances surrounding initial illicit drug use and escalation of use. Moderating effects of gender and early adolescent experiences, w: M. Glantz, R. Pickens (red.), *Vulnerability to drug abuse*, American Psychological Association, Washington DC 1992, s. 299-358.
- Knight, J.R., Shrier, L., Bravender, T., et al (1999) A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 153:591-596.
- Knight, J.R., Sherritt, L., Shrier, L., et al (2002) Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 156:607-614.
- Knight, J.R., Sherritt, L., Harris, S.K., et al (2003) Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27 (1):67-73.

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- Koczaska-Siedlecka A (red.). Młodzież i substancje psychoaktywne, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009.
- Krawczyk E. Uczelnie wolne od uzależnień. SIN 2006, 4(35): 7-13.
- Kulig JW and the Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification and management of substance abuse. Pediatrics 2005;115(3):816-821
- Kumar S, Malhotra A. Brief interventions in substance abuse. Indian J Psychiatry 2000; 42(2): 172–18
- Larimer, M.E., and Cronce, J.M. Identification, prevention, and treatment: A review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. Journal of Studies on Alcohol (Suppl. 14):148-163, 2002.
- Levy SJ, Kokotailo PK,;Committee on Substance Abuse. Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. Pediatrics. 2011;128:e1330-40.
- Loiselle JM, Baker MD, Templeton JM Jr, Schwartz G, Drott H. Substance abuse in adolescent trauma. Ann. Emerg. Med. 1993; 22(10): 1530–1534.
- Longabaugh, R.; Woolard, R.F.; Nirenberg, T.D.; et al. Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. Journal of Studies on Alcohol 62:806-816, 2001.
- Mirza KAH, Mirza S. Adolescent substance misuse. Psychiatry 2008, 7: 357-362.
- Mirza KAH, Sudesh RM, Mirza S. Substance Misuse in Young People. W: Skuse D, Bruce H, Dowdney L, Mrazek D. Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Practice, Second Edition. John Wiley & Sons 2011.
- Mirza, KAH, Yandoli, D. & McAdam, E (2012) Beyond branded therapies: systemic /family interventions for young people with substance misuse. Child and Adolescent Mental Health Journal.
- Malczewski A, Misiurek A. Używanie i postawy wobec substancji psychoaktywnych w populacji generalnej w 2013r. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A. et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 2004; 363:1579–1588.
- Mapy Potrzeb Zdrowotnych <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-szpitalne-ustawowe-2018/> , <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-dla-30-grup-chorob/>
- Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. In: Mattson ME, editor. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH Monograph Series, vol. 2. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1995.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, 3rd ed. Helping people change. New York (NY): Guilford Press; 2012
- Moreira TC, Belmonte EL, Vieira FR, Noto AR, Ferigolo M, Barros HM. Community violence and alcohol abuse among adolescents: A sex comparison. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2008; 84(3): 244–250.
- Moyer, A.; Finney, J.W, Swearingen, C.E.; and Vergun, P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 97:279-292, 2002.
- Moyer A, Finney, JW. Brief interventions for alcohol problems: Factors that facilitate implementation. *Alcohol Research & Health* 28(1):44-50, 2004/2005.
- Narkotyki powszechne wśród studentów. <http://www.sfera.umk.pl/20295/narkotyki-powszechne-wsrod-studentow/> (21.08.2016).
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2007. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2010. Alcohol-use disorders: prevention.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2017. Drug misuse prevention: target interventions.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).2018. Drug misuse prevention.

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA council approves definition of binge drinking. NIAAA Newsletter. 2004 Winter. Retrieved September 23, 2005, [https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter\\_Number3.pdf](https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf) (dostęp 19.02.2018).
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Alcohol Alert, No. 67, “Underage Drinking,” 2006.
- O’Malley P., Johnston L, Bachman J. (1998). Alcohol use among adolescents. Alcohol Health and Research World 22(2), 85–93.
- OMR Grupa Badawcza, Kozieł S. Raport: Badanie stanu zdrowia oraz korzystania z używek wśród studentów. Zielona Góra 2015. <http://www.polityka-spoleczna.lubuskie.pl/pl/>
- Wydział-Polityki-Spolecznej/Uzaleznienia (21.08.2016).
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) w 2012. Alcohol-attributable fractions for all-cause deaths, 2012
- Ostaszewski K. (2008). Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Alkoholizm i Narkomania 21(4), 363-389.
- Pach J, Tobiasz-Adamczyk B, Krawczyk E i wsp. Zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych przez studentów medycyny, badanie ewaluacyjne. Prz Lek 2006, 63(6): 393-397.
- Pawłowska-Kamieniak A, Mroczkowska-Juchkiewicz A, Gołyska D, Pac-Kożuchowska E.
- Analiza społeczno-kliniczna przypadków upojenia alkoholowego u dzieci. Probl. Hig. Epidemiol. 2011; 92(3): 692–694.
- Podstawowa Opieka Zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie w Polsce w roku 2015, NFZ
- (Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ, 2017).
- Raport Naczelnej Izby Kontroli (Profilaktyka narkomanii w szkołach, NIK, 2013).

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

- Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, 2016.
- Rocznik statystyczny Instytutu Psychiatrii i Neurologii, 2010
- Rodgers C. Brief interventions for alcohol and other drug use. Aust Prescr 2018;41:117-21
- Royal College of General Practitioners. Practise Standards for young people with substance misuse problems. College Center for Quality Improvement. June 2012, publication number CCQI 127.
- Sierosławski. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD 2015.
- Siniewicz K, Sysa V, Chruślińska E, Mazurowski W, Wosik-Erenbek M, Paśnik J i wsp. Narastający problem nadużywania alkoholu u dzieci i młodzieży w środowisku łódzkim. Przegląd Pediatryczny 2006; 36(4): 273–276.
- Sokołowska B, Wachulak N, Piaszczyk D, Borzęcki A. Problem uzależnień wśród studentów wybranych uczelni województwa lubelskiego. Forum Med Rodz 2015, 9(3): 197-199.
- Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: Epidemiology, consequences, and interventions. Dtsch Arztebl. Int. 2009; 106(19): 323–328.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). 2015 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). Table 6.84B—Tobacco Product and Alcohol Use in Past Month among Persons Aged 18 to 22, by College Enrollment Status: Percentages, 2014 and 2015.
- „Studenci 2004”. Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów dostępny na [www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl).
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). International standards for drug use prevention. United Nations, Vienna, 2015.
- US Preventive Services Task Force. 2018. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults US

**Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

Preventive Services Task Force Recommendation Statement. November 13, 2018, JAMA, 2018;320(18):1899-1909.

- Wechsler H, Lee JE, Kuo M et al. Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993-2001. Journal of American College Health 50:203-217, 2002.
- Weinberg L, Wyatt JP. Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. Emerg. Med. J. 2006; 23(10): 774–776.
- Whitlock, E.P.; Polen, M.R.; Green, C.A.; et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine 140:557-568, 2004.
- WHO Publication No. WHO/MSD/MSB/00, 4, 2000. Geneva, Switzerland: author, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2000. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.
- WHO. Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for Use in Primary Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010;
- WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders.
- Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2010.
- WHO. Zagrożenia dla zdrowia światowego. Śmiertelność i obciążenie chorobami powodowane wybranymi najpoważniejszymi zagrożeniami”. Raport Światowej Organizacji Zdrowia, 2009.
- Windle M, Miller-Tutzauer C, Domenico D. (1992). Alcohol use, suicidal behavior, and risky activities among adolescents. Journal of Research on Adolescence 2(4), 317–330.
- Virginia A. Moyer MD, MSPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. May 2013