

**UCHWAŁA NR XII/91/25
RADY MIEJSKIEJ W WYSZKOWIE**

z dnia 27 marca 2025 r.

**w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
w populacji młodzieży w Gminie Wyszków na lata 2025 – 2026**

Na podstawie art.7 ust.1 pkt 5, art.18 ust.2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U.z 2024 r., poz.1465 z późn.zm.) oraz art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn.zm.) Rada Miejska w Wyszkanie uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Program profilaktyki uzależnień od alkoholu innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży w Gminie Wyszków na lata 2025 – 2026” , stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Wyszkowa.

§ 3. Traci moc uchwała Nr IX/62/24 Rady Miejskiej w Wyszkanie z dnia 20 grudnia 2024 r. w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży w Gminie Wyszków na lata 2025 – 2026.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

Adam Szczerba

**Program profilaktyki uzależnień od alkoholu
i innych substancji psychoaktywnych
w populacji młodzieży
w Gminie Wyszków
na lata 2025-2026**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.)



GMINA WYSZKÓW

Nazwa programu:

Program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży w Gminie Wyszków na lata 2025-2026

Okres realizacji programu: 2025-2026**Autorzy programu:** dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

dr n. o zdrowiu Mateusz Grajek

CHILICO – Karolina Sobczyk

Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT: Rekomendacja nr 12/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych

Kontynuacja/trwałość programu:

Program nie był do tej pory realizowany w Gminie Wyszków.

Dane kontaktowe:

Urząd Miejski w Wyszkowie

Wydział Edukacji i Spraw Społecznych

Al. Róż 2

07-200 Wyszków

e-mail: profilaktyka@wyszkow.pl

tel.: 607 239 331

Data opracowania programu: sierpień 2024

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego:	4
2. Dane epidemiologiczne:.....	11
3. Opis obecnego postępowania.....	16
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	20
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	22
1. Cel główny:	22
2. Cele szczegółowe:	22
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	22
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	23
1. Populacja docelowa	23
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej (oświadczenie).....	23
3. Planowane interwencje:	24
Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej	25
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	29
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	29
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	30
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:30	
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	30
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	33
1. Monitorowanie.....	33
2. Ewaluacja.....	33
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	35
1. Koszty jednostkowe	35
2. Planowane koszty całkowite	35
3. Źródło finansowania	36

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego:

Uzależnienia stanowią paradoks współczesnego społeczeństwa wiedzy i edukacji. Polega on na zwiększaniu się liczby uzależnionych od substancji i czynności w warunkach masowej edukacji, dostępu do wiedzy oraz licznych działań profilaktyczno-prewencyjnych. Liczba osób uzależnionych rośnie z dekady na dekadę, a jednocześnie głębokim przeobrażeniem ulega ich struktura – widoczną tendencją jest wzrost zagrożeń w młodym pokoleniu oraz zachwianie skuteczności czynników ochronnych na poziomie rodziny¹. Uzasadnione jest wręcz stwierdzenie, że obecne modele edukacyjno-prewencyjne (szkolne i środowiskowe) są mało skuteczne, wynikiem czego są m.in.: utrzymywanie się znacznej liczby osób pijących w sposób ryzykowny i szkodliwy (ok. 27% Polaków²), wysoki odsetek młodych ludzi uzależnionych od technologii cyfrowych (problem ten dotyczy około 20% 15–19-latków³) oraz rosnąca liczba młodych ludzi eksperymentujących z narkotykami lub mających z nimi kontakt co najmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy (około 10% populacji 15–34-latków⁴).

Okres adolescencji jest czasem ogromnych zmian w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Szczególnie znacząca dla młodego człowieka pozostaje ostatnia z wymienionych. Wchodzi on w nowe grupy społeczne, dające poczucie przynależności, umożliwiające eksperymentowanie, dostarczające nowych doznań. Doświadczenia zdobyte w grupie rówieśniczej mają ogromne znaczenie dla dalszego funkcjonowania i pełnienia kolejnych ról w życiu dorosłym. Adolescent aby zyskać aprobatę i akceptację musi dostosować się do grupy, nawet, gdy powoduje to podjęcie zachowań ryzykownych. Środowisko rówieśnicze może mieć wpływ zarówno konstruktywny, jak i destruktywny. Grupy destruktywne zachęcają do spożywania środków odurzających, działań dewiacyjnych i konfliktów z prawem⁵. Pomimo coraz większej wiedzy i lepszej dostępności do informacji o szkodliwości i zagrożeniach, jakie niosą za sobą substancje psychoaktywne, niestety już od wczesnych lat dorastania młodzież sięga po używki, które spożywane cyklicznie prowadzą do uzależniania i negatywnych konsekwencji⁶. W świetle ogromnego problemu społecznego,

¹ Jędrzejko M., Chmielewska M., Uzależnienia – choroba XXI wieku, *Kwartalnik Policyjny* 4/2020, s. 4-9.

² Zwrot w modelach konsumpcji, 2 edycja raportu *Alkohol w Polsce*, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2023.

³ M. Dębski, M. Bigaj, *Młodzi cyfrowi*, Gdańsk 2019; M. Jędrzejko, A. Taper, T. Kozłowski, *Cyberzaburzenia*, Wydawnictwo WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2020, s. 23.

⁴ Europejski raport narkotykowy 2019, EMCDDA, Luksemburg 2019, s. 43.

⁵ Szymaniak K., *Problem uzależnień adolescentów od substancji psychoaktywnych w percepcji młodzieży licealnej*, *Krakowskie Studia Małopolskie* 2020, nr 3 (27), s. 160-173.

⁶ Jędrzejko M., Chmielewska M., *Uzależnienia – choroba XXI wieku...* op. cit.

jakim jest nadużywanie alkoholu i narkotyków wśród dzieci i młodzieży należy niewątpliwie podejmować w tej populacji działania w obszarze profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, czego wyrazem jest niniejszy Program.

Alkohol oraz problemy zdrowotne związane z jego nadużywaniem to jedna z najpoważniejszych globalnych kwestii z obszaru zdrowia publicznego. Jej doniosłość wyraża się nie tylko w problemach natury czysto medycznej i epidemiologicznej, ale także w silnym negatywnym oddziaływaniu na życie rodzinne oraz stosunki społeczne, a także ekonomię. Odzwierciedleniem skali problemów związanych z nadużywaniem alkoholu jest fakt, iż jest to trzeci najważniejszy czynnik ryzyka przedwczesnego zgonu i ogólnego złego stanu zdrowia, po niskiej masie urodzeniowej oraz ryzykownych zachowaniach seksualnych. Każdy z tych dwóch pozostałych czynników ryzyka może jednak być powiązany z nieodpowiednim używaniem alkoholu, co potęguje pośrednio jego negatywne oddziaływanie na globalny obraz epidemiologiczny⁷.

Problemy zdrowotne związane z używaniem innych substancji psychoaktywnych pozostają mniej rozpowszechnione w skali globalnej, jednak ich skutki zdrowotne w perspektywie indywidualnej bywają znacząco większe. Wyższe jest także ryzyko ich wystąpienia w przypadku osób używających innych substancji niż alkohol. W nie mniejszym stopniu problematyka ta ma również wymiar społeczny, niosąc za sobą szereg możliwych negatywnych konsekwencji w życiu społecznym i rodzinnym, a także zwiększając niebezpieczeństwo wykluczenia społecznego jednostek⁸.

Z zaburzeniami psychicznymi oraz ich następstwami dla ogólnego funkcjonowania zmaga się coraz większa liczba Polaków. Zgodnie z danymi płynącymi z Map Potrzeb Zdrowotnych w roku 2018 liczba pacjentów leczonych w opiece psychiatrycznej wynosiła ponad 1,5 mln osób, w tym ponad 268 tys. osób leczono z powodu problemów z uzależnieniami. W roku 2023 było to już odpowiednio - prawie 1,6 mln. osób oraz ponad 271 tys. osób⁹.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 umieszcza zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – kody F10-F19 (Tabela I)¹⁰.

Tab. I. Zaburzenia psychiczne wg Międzynarodowej Klasyfikacji ICD–10.

Rozdział V. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

⁷ Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, Genewa 2010 oraz European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020. WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2012.

⁸ World Drug Report 2024. United Nations Office on Drugs and Crime. Nowy Jork 2024 [<https://www.unodc.org/>].

⁹ Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].

¹⁰ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, tom I, wydanie 2008 [stat.gov.pl].

Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19)	
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających, w tym kofeiny
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, tom I, wydanie 2008 [stat.gov.pl].

Zgodnie z definicją Teensona i wsp. substancją psychoaktywną jest: „związek chemiczny niezaliczany do pokarmów, który ma wpływ na funkcjonowanie biologiczne ludzi lub zwierząt”¹¹. Zajączkowski natomiast podaje, że substancjami psychoaktywnymi są „wszystkie te środki, które działając na mózg osoby je zażywającej, prowadzą do zmiany stanów świadomości, zwłaszcza odbioru i oceny bodźców zewnętrznych”¹². Substancje te, działając na człowieka zmieniają jego samopoczucie i odbiór otaczającej rzeczywistości. Osoba je zażywająca jest np. w stanie stłumić przeżywane negatywne emocje i polepszyć swój nastrój. Istotną cechą tych zmian jest ich krótkotrwałość, a czas działania zależy jest od typu substancji, jej dawki oraz stopnia uzależnienia¹³.

Według kryteriów diagnostycznych ICD–10, zespół uzależnienia można zdiagnozować przy występowaniu trzech lub więcej z sześciu objawów osiowych, przez co najmniej miesiąc lub jeżeli utrzymywały się one krócej niż jeden miesiąc, ale występowały w sposób powtarzający się w ciągu ostatniego roku. Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych obejmuje objawy behawioralne, poznawcze i fizjologiczne, które rozwijają się po wielokrotnym użyciu danej substancji i które zazwyczaj obejmują silną potrzebę przyjmowania środka, trudności z kontrolowaniem jego używania, uporczywe używanie pomimo szkodliwych następstw, przedkładanie przyjmowania środków ponad inne zajęcia i zobowiązania, zwiększoną tolerancję, a czasem występowanie objawów fizycznych zespołu

¹¹ Teenson M., Degenhardt L., Hall W. Uzależnienia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne; Gdańsk: 2005, s.12.

¹² Zajączkowski K. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; Warszawa 2003, s. 7.

¹³ Ibidem.

abstynencyjnego. Zespół uzależnienia może dotyczyć pojedynczej substancji psychoaktywnej (np. tytoniu, alkoholu lub diazepam), określonej klasy substancji (np. opioidów), bądź wielu różnych środków wykazujących odmienne właściwości farmakologiczne¹⁴.

Wśród kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia wg Klasyfikacji ICD-10 wymienić należy¹⁵:

1. Silne pragnienia przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania,
2. Trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości,
3. Fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji, w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych,
4. Stwierdzenie tolerancji, mianowicie w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe,
5. Z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania.
6. Przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów takich jawnie szkodliwych następstw, jak: uszkodzenie wątroby w skutek intensywnego picia, stany obniżonego nastroju w wyniku okresów intensywnego przyjmowania substancji albo polekowe upośledzenie funkcji poznawczych itp.

Za sprzyjające powstaniu zespołu uzależnienia uznaje się czynniki biologiczne, psychologiczne (takie cechy osobowości jak: impulsywność i upośledzenie kontroli zachowań), społeczne (normy używania i akceptacji alkoholu) i środowiskowe (wpływy środowiska społecznego, sąsiedzkiego oraz rodziny)¹⁶. W Rekomendacji Prezesa AOTMiT, na podstawie której opracowano niniejszy Program, wskazuje się w populacji młodzieży na takie czynniki ryzyka, jak obecność w historii rodziny przypadków uzależnienia od substancji psychoaktywnych, obecność kontaktów z rówieśnikami, u których stwierdza się obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz wszelkie niekorzyści wynikające z miejsca

¹⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, tom I, wydanie 2008 [stat.gov.pl].

¹⁵ Wojnar M., Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu, PARPA, Warszawa 2017, s. 9-10.

¹⁶ Kowalewski I.: Zespół uzależnienia od alkoholu wśród dorosłych. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2016.

bytowania i stosunków społecznych¹⁷. Dodatkowo, zgodnie z raportem Instytutu Profilaktyki Zintegrowanej¹⁸ wśród czynników ryzyka zachowań ryzykowanych wśród młodzieży, w tym ryzyka uzależnienia, znajdują się m.in.:

- bycie osobą doznającą przemocy fizycznej, werbalnej lub o podtekście seksualnym,
- bycie osobą stosującą przemoc fizyczną, werbalną lub o podtekście seksualnym,
- częste odczuwanie poczucia samotności, przygnębienia i chęci płaczu,
- doświadczanie myśli samobójczych,
- upijanie się, zażywanie narkotyków lub dopalaczy,
- częste wagarowanie w ciągu ostatnich 4 tygodni nauki.

W ostatnich latach zauważyć można również nowe oblicza alkoholizmu – tzw. alkoholizm wysokofunkcjonujący (HFA). Charakteryzuje on osoby, u których można zaobserwować zaburzenia w spożywaniu alkoholu, jednak nie spełniają one kryteriów diagnostycznych zawartych w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych. Podstawowa różnica związana jest z faktem, iż pomimo zaburzeń związanych z ilością bądź wzorami spożywania alkoholu, osoby te zachowują zdolność kierowania swoim życiem: pracują, prowadzą firmy, wychowują dzieci, nie wchodzą w konflikt z prawem¹⁹.

W praktyce klinicznej rozpowszechnione są różne podejścia terapeutyczne leczenia uzależnienia, oparte na etiologii uzależnienia. Warto przytoczyć chociażby typologię alkoholizmu Lescha²⁰, w której wyróżniono 4 następujące podgrupy osób uzależnionych od alkoholu:

- typ I – okazjonalne używanie alkoholu, które z czasem przechodzi w nawykowe, dochodzi do szybkiej utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu, który jest spożywany w celu usunięcia objawów abstynencyjnych, brak jest motywacji do leczenia (pojawia się ona dopiero w momencie poważnych powikłań zdrowotnych, charakterystyczne jest występowanie alkoholizmu w rodzinie);
- typ II (lękowy) – pacjenci spożywają alkohol w celu zmniejszenia lęku, jako sposób na radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i wywołującymi je emocjami;
- typ III (depresyjny) – pacjenci nadużywają alkoholu w celu poprawy nastroju, a także z uwagi na jego efekt nasenny;

¹⁷ Rekomendacja nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. [<https://bip.aotm.gov.pl/>].

¹⁸ Łoś M. i wsp., Mapa czynników ryzyka i chroniących młodzież przed zachowaniami ryzykownymi, Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, Raport I z badań, Narodowy Program Zdrowia, Warszawa 2017 [<https://ipzin.org/>].

¹⁹ Morawska K., Chodkiewicz, J., High-functioning alcoholics -a separate type? The search for common features in current alcoholism typologies. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2020, 19, s. 411-417.

²⁰ Lesch O.M., Kefer J., Lentner S., Mader R., Marx B., Musalek M. et al. Diagnosis of chronic alcoholismclassificatory problems. *Psychopathology* 1990, 23: 88–96.

- typ IV (organiczny) – dotyczy pacjentów ze zmianami ośrodkowego układu nerwowego, przed 14 r.ż.

Wg Cloningera²¹ natomiast istnieją dwa typy alkoholizmu. Do typu 1 (z wyraźnym wpływem środowiskowym) zaliczane są przypadki osób, u których uzależnienie rozwinęło się po 25 r.ż. W typie tym występują długotrwałe ciągi alkoholowe z naprzemiennymi okresami abstynencji. W trakcie ciągu alkoholowego ma miejsce odbarczenie się z poczucia odpowiedzialności za nałóg, natomiast w okresach abstynencji występuje silne poczucie winy. Typ ten charakteryzuje się też tendencją do przechodzenia ze słabo nasilonego do gwałtownego spożywania alkoholu, z możliwością wystąpienia poalkoholowego uszkodzenia wątroby. Ponadto najczęściej dotyczy osobowości neurotycznej, schizoidalnej, biernej, perfekcjonistycznej i depresyjnej, a także jest typowy dla większości kobiet. Typ 2 z kolei dotyczy głównie młodych mężczyzn w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości, u których bardzo często mają miejsce konflikty z prawem oraz których cechują zachowania antyspołeczne. Koreluje z typem osobowości ekstrawertywnej, impulsywnej i asocjalnej. Ponadto uznawany jest za dziedziczony w linii męskiej.

Na podstawie typów alkoholizmu wyodrębnionych przez Cloningera, Baal²² wyodrębnił typy A i B narkomanii. Narkomanów z grupy B, w porównaniu z grupą A, charakteryzuje wcześniejsza inicjacja narkotykowa, większe problemy wychowawcze w szkole oraz częstsze występowanie problemu nadużywania substancji psychoaktywnych przez członków rodziny. Innym kryterium charakteryzującym określony sposób używania narkotyków jest temperament. W tym przypadku wyróżnia się następujące typy: rozważni/ostrożni, niedojrzali „wielobracze”, zagrożeni/obawiający się²³. Pierwsza grupa, najmniej zagrożona narkomanią, to osoby cechujące się m.in. zachowawczością, brakiem skłonności do ryzyka, zasadniczością, silnymi przekonaniem o swoich racjach. Druga grupa, zagrożona w najwyższym stopniu, to osoby energiczne, pobudliwe, preferujące zmiany, otwarte na zmiany i skłonne do ryzyka, pewne siebie. Trzecia grupa, średnio zagrożona narkomanią, to indywidualiści, źle tolerujący wysiłek fizyczny i dyskomfort psychiczny, ekstrawaganczy, szybko tracący panowanie nad sobą.

W przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, sposób funkcjonowania osoby uzależnionej pozostaje w bezpośrednim związku z typem substancji, której używa. Z tego względu, użyteczna teoretycznie oraz praktycznie jest

²¹ Cloninger C.R., Sigvardsson S., Gilligan S., von Knorring A., Reich T., Bohman M.: Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse*. 1988, 7:3–16

²² Cierpiałkowska L, Ziarko M. Psychologia uzależnień – alkoholizm. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010, s. 169.

²³ Hornowska E. Uzależnienia a temperament. Wokół temperamentalnego czynnika ryzyka uzależnień. W: *Oblicza współczesnych uzależnień*, L. Cierpiałkowska (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 43-73.

klasyfikacja substancji psychoaktywnych według T. Dimoff'a i S. Carpera²⁴. Wyróżniono w niej następujące typy substancji: środki tłumiące (leki nasenne i uspokajające oraz środki wziewne; do tej grupy należy również alkohol), środki pobudzające (kofeina, nikotyna, amfetaminy, kokaina), halucynogeny (marihuana i haszysz, meskalina, LSD, psylocybina, PCP) oraz opiaty (morfina, kodeina, heroina, opium, meperdyna, petydyna, hydromorfon, oksykodon, pentazocyna, propoksyfen).

Współcześnie szczególnego znaczenia nabiera problem stosowania substancji psychoaktywnych zwanych potocznie dopalaczami (ang. *legal highs*, *smarts*, *designer drugs*). Jest to grupa różnych substancji lub ich mieszanek o rzekomym bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym, nieznajdujących się na liście substancji kontrolowanych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Substancje te mogą mieć pochodzenie naturalne, syntetyczne lub półsyntetyczne, a celem ich zażywania jest wywołanie efektu zbliżonego do działania narkotyków²⁵. Ze względu na ogromną i stale wzrastającą różnorodność tego typu substancji, ich potencjał uzależniający, skutki łączenia z innymi substancjami psychoaktywnymi i lekami oraz realne ryzyko zdrowotne związane z ich zażywaniem, nie są do końca poznane. Zatrucie spowodowane dopalaczami może jednak doprowadzić do zgonu już w trakcie pierwszego zażycia, co czyni je szczególnie niebezpiecznymi.

Poza negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi uzależnienia od substancji psychoaktywnych, bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na szkody społeczne. Największe krzywdy w tym przypadku dotyczą członków rodziny osoby uzależnionej. Niejednokrotnie z nadużywaniem substancji psychoaktywnych związana jest przemoc domowa, negatywne wzorce rodzicielskie, negatywne wzorce dla rodzeństwa, trudności ekonomiczne. Dodatkowo osoba uzależniona nierzadko zaniedbuje obowiązki rodzinne, a także, w przypadku osób dorosłych - zawodowe, doprowadzając często do utraty pracy, co w konsekwencji wpływa na funkcjonowanie ekonomiczne całej rodziny. Zaniedbania ulegają także więzi społeczne. Osoba chora z czasem rezygnuje z dotychczasowych aktywności na rzecz działań związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, krąg znajomych ogranicza do osób akceptujących i zgadzających się na jej destrukcyjne działania. W skrajnych przypadkach uzależnienie wiąże się z wchodzeniem w konflikt z prawem poprzez awantury, udział w bójkach, zachowania agresywne pod wpływem alkoholu i środków odurzających, niejednokrotnie kradzieże^{26,27}.

²⁴ Dimoff T, Carper S. Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books, Warszawa 1994 .

²⁵ Matyjek S., Dopalacze – nieprzewidywalne narkotyki, problem społeczno-prawny, Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna, 2019, tom 8, numer 1, s. 251-273.

²⁶ Ciosek M. Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. Studia Gdańskie. Wizje Rzeczyw 2011, 8: 270-282.

Kluczowym warunkiem wychodzenia z uzależnień jest zrealizowanie pełnego programu terapeutycznego, którego punktem wyjściowym jest prawidłowa diagnoza. Fakt stwierdzenia uzależnienia to nic innego jak tylko zobiektywizowanie występowania problemów psychosomatycznych i społecznych. Kluczem jest odszukanie przyczyn, które prowadziły do powstania uzależnienia, a dokładnie – powstania ścieżki zachowań autodestrukcyjnych. Koniecznie trzeba podkreślić, że proces leczenia jest złożony, najczęściej długotrwały i ma charakter indywidualny. Jego zasadniczym celem jest „uporanie się” z bezpośrednimi skutkami uzależnienia oraz zbudowanie takich zachowań osoby chorej, które umożliwią jej trwanie w abstynencji lub/i kontrolowanie swoich zachowań ryzykownych. Podjęcie terapii stanowi warunek zmian w środowisku wewnętrznym człowieka, jak i w jego otoczeniu zewnętrznym. Obecnie realizowanych jest wiele modeli terapii, od psychodynamicznej, poprzez behawioralno-poznawczą, po autorskie rozwiązania psychoterapeutów oraz specjalistów terapii uzależnień²⁸.

2. Dane epidemiologiczne:

2.1. Zazywanie substancji psychoaktywnych

Alkohol jest w Polsce napojem konsumowanym powszechnie. Od 15 lat spożycie wynosi nie mniej niż 9 l 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W 2022 roku w Polsce wypito 9,37 l i było to wyraźnie mniej niż rok wcześniej (według danych za 2021 rok – 9,73 l). Zgodnie z wynikami badania pt. „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce w 2020 roku”²⁹, przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie 2 000 dorosłych respondentów, ponad 80% badanych piło w ciągu 12 miesięcy przed badaniem przynajmniej jeden rodzaj alkoholu. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem nie piło 19,2% osób. Rozpowszechnienie abstynencji jest znacznie wyższe wśród kobiet (26,5%) niż mężczyzn (12,6%). Pod względem częstości picia (dni picia) widoczne są również różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami. Ogólnie konsumenci alkoholu piją go średnio przez 73 dni, czyli ponad 2 miesiące w roku. Mężczyźni piją alkohol niemal trzykrotnie częściej niż kobiety (średnia 106 dni vs 37 dni), przy czym różnica ta jest głównie związana z częstszym pić piwa przez mężczyzn (średnio 98 dni w roku dla mężczyzn i 21 dni w roku dla kobiet) i ponad dwukrotnie częstszym pić napojów spirytusowych (20 dni) niż w przypadku kobiet (9 dni). Natomiast, jeśli chodzi o wino, to kobiety piją je niemal dwukrotnie częściej niż mężczyźni (18 dni vs 10 dni). W obydwu grupach, kobiet i mężczyzn, zauważalna jest

²⁷ Dmitrowicz I. Problem alkoholowy z przemocą w tle. Świat Probl 2013, 3: 25-27.

²⁸ Jędrzejko M., Chmielewska M., Uzależnienia – choroba XXI wieku... op. cit.

²⁹ Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M., Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce – Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r., Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2021.

zgodność kolejności najważniejszych motywów do picia, choć te motywy nie są wskazywane jako wyjątkowo częste (na poziomie 20–30%). Najważniejsze motywy związane są z presją społeczną (picie podczas uroczystości oraz chęć dopasowania się) oraz z przyjemnością odczuwaną po wypiciu alkoholu (nastój i uczucie towarzyszące picciu). Warto jednak zauważyć, że przedstawiciele obu płci nie piją po to, aby się upić ani ucieczkowo – aby zapomnieć. Picie jest związane w dużo większym stopniu z zachowaniami i rytuałami społecznymi.

Według wyników ostatniej edycji europejskiego badania ESPAD³⁰ (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) z 2019 roku, prowadzonego na reprezentatywnej grupie młodzieży szkolnej w wieku 16 lat, odsetek uczniów w Polsce, którzy pili alkohol w ciągu ostatnich 30 dni, wyniósł 47%. W ostatniej edycji badania Polska znalazła się w samym środku zestawienia, razem z Hiszpanią, Gruzją i Łotwą, w których to krajach wartości odnotowane są takie same, jak średnia badania ESPAD, czyli 47%. W porównaniu z poprzednią edycją badań ESPAD, wartość ta nie uległa zmianie. W perspektywie europejskiej, aż w siedmiu państwach odnotowano wartości przekraczające 60%: Niemcy (65%), Austria (63%), Czechy (63%), Grecja (62%) i Węgry (61%). Dania, gdzie do używania alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 74% badanej młodzieży, znalazła się na czele zestawienia. Na przeciwległym końcu znalazły się takie państwa jak: Litwa (27%), Norwegia (25%) czy Szwecja (25%), w których to wartości konsumpcji oscylującą w granicach 25%. Najniższe wskaźniki wśród badanych krajów, odpowiednio 11% i 10%, odnotowano w Islandii i Kosowie.

Począwszy od 1992 roku, w badaniach Fundacji CBOS pt. „Młodzież” uczniom ostatnich klas szkół ponadpodstawowych (licea ogólnokształcące, technika, szkoły branżowe) stawia się m.in. pytania o używanie narkotyków i alkoholu. Badania Fundacji CBOS od prawie 20 lat realizowane są we współpracy z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Wyniki pomiarów pozwalają na śledzenie dynamiki zmian zachodzących od ponad dwóch dekad. Umożliwia to przeanalizowanie zjawiska konsumpcji substancji psychoaktywnych, zarówno tych legalnych, jak i nielegalnych, w dłuższej perspektywie. Badania są realizowane wśród uczniów ostatnich klas szkół ponadpodstawowych – jest to przede wszystkim grupa wiekowa 18 lat. W badaniu przeprowadzonym w roku 2021, podobnie jak we wcześniejszych pomiarach, napoje alkoholowe okazały się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, po którą sięgano częściej niż po papierosy czy narkotyki. W ciągu

³⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA operating guidelines for the European Union Early Warning System on new psychoactive substances, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2019.

miesiąca poprzedzającego badanie w 2021 roku 66% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 62% – wódkę i inne mocne alkohole, a 37% - wino. W roku 1992 było to odpowiednio – 53%, 31% oraz 41%. Jak pokazują statystyki na przestrzeni ostatnich 30 lat młodzież znacznie częściej sięga po piwo, wódkę i inne mocne alkohole.

Z ostatniego sondażu Fundacji CBOS z 2021 roku wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 43% uczniów. Odsetek badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzykrotnie, wyniósł 13%. Do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (47%) niż dziewczęta (39%). W roku 2021 upijanie się najczęściej deklarowali uczniowie szkół branżowych (54%). Widoczne jest zróżnicowanie w zależności od statusu ucznia. Upijało się więcej uczniów osiągających słabsze wyniki edukacyjne (dwójkowych i trójkowych – 50%) niż tych z lepszymi ocenami (czwórkowi – 39%, piątkowi i szóstkowi – 31%).

Ponadto w badaniu zapytano uczniów, którym oferowano substancje psychoaktywne, jakie to były substancje. W ciągu roku poprzedzającego ostatni sondaż najwięcej badanych miało propozycje dotyczące napojów alkoholowych, a zwłaszcza piwa – 82%. Warto przypomnieć, że młodzież biorąca udział w badaniu była w zdecydowanej większości pełnoletnia. Spośród substancji nielegalnych najczęściej oferowana była marihuana lub haszysz (35%). W ostatnim pomiarze nie odnotowano wzrostu odsetka osób, którym proponowano używanie substancji psychoaktywnych. Tylko w przypadku kilku substancji spośród 15 odsetki utrzymały się na tym samym poziomie (leki uspokajające i nasenne, kokaina/crack, substancje halucynogenne, poppersy).

Liczne badania wskazują, że odsetek osób spożywających napoje alkoholowe znacząco przewyższa odsetek osób używających narkotyki. Dane z ogólnopolskich badań przeprowadzonych w latach 2018-2019 wskazują, że odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku w Polsce jest prawie piętnastokrotnie niższy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem. Używanie alkoholu w ciągu ostatniego roku we wspomnianym badaniu odnotowano w Polsce na poziomie 79,9% (badanie z 2018 roku), podczas gdy w przypadku narkotyków odsetek wyniósł 5,4% (dane dla osób w wieku 15-64 lata). Grupą wiekową, która jest często brana pod uwagę w prowadzeniu działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, są osoby w wieku 15-34 lata, czyli młodzi dorośli. W przypadku tej grupy rozpowszechnienie używania narkotyków w ciągu ostatniego roku jest niemal dwukrotnie wyższe niż w całej populacji. W Polsce odsetek osób używających narkotyków w wieku 15-34 lata w roku 2018 wyniósł 10,4%³¹. Młodzież w wieku szkolnym jest drugą z grup wiekowych, która konsekwentnie skupia uwagę w badaniach populacyjnych, ze względu na

³¹ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Raport 2023 Uzależnienia w Polsce, Warszawa 2023.

jej priorytetowe znaczenie w zakresie działań profilaktycznych. Wyniki badań na świecie wskazują, że poziom używania substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi jest na wyższym poziomie niż wśród populacji generalnej, a zwłaszcza w porównaniu ze starszymi kohortami³². Wyniki badania CBOS z 2021 roku³³ pozwalają na oszacowanie wskaźnika aktualnego używania narkotyków wśród polskich uczniów. W latach 1992-2003 odnotowano systematyczny wzrost używania narkotyków wśród młodzieży szkolnej w okresie ostatnich 12 miesięcy. Trend ten osiągnął swój punkt kulminacyjny w 2003 roku z najwyższym do tej pory odnotowanym odsetkiem 24%. Na przestrzeni następných lat wskaźnik ten oscylował w granicach 16%; od 2016 roku obserwujemy tendencję spadkową. Wartość odnotowana w ostatnim badaniu CBOS z 2021 wyniosła 13%. W oparciu o badania można stwierdzić, że ze wszystkich narkotyków najbardziej rozpowszechnione jest używanie marihuany i haszyszu. Według badań CBOS z 2021 roku, do zażywania marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu przyznało się 36,2% uczniów ostatnich klas szkół ponadpodstawowych³⁴.

Zgodnie z wynikami Diagnozy przeprowadzonej w roku 2021 na terenie Gminy Wyszaków w populacji młodzieży³⁵, inicjację alkoholową ma za sobą 28% badanych uczniów klas 6-8 szkół podstawowych oraz 64% uczniów szkół ponadpodstawowych (SPP). Uczniowie klas szkół ponadpodstawowych najczęściej deklarują, że po raz pierwszy mieli kontakt z alkoholem podczas spotkania ze znajomymi (45%) lub z rodziną (28%). Natomiast w przypadku ich młodszych kolegów z klas 6-8 szkół podstawowych są to: spotkania z rodziną (52%), ze znajomymi (20%) i inne okoliczności (12%). Z odpowiedzi uzyskanych tylko od uczniów, którzy już wcześniej skosztowali alkoholu wynika, że młodszy uczniowie najczęściej pili tylko kilka razy w życiu (kl. 6-8 – 46%; SPP – 8%), lub mieli tylko jednorazowy kontakt z alkoholem (kl. 6-8: 30%, SPP: 22%). Za to część starszych uczniów najczęściej pije alkohol rzadziej niż raz w miesiącu (SPP – 42%, kl. 6-8: 10%) lub wciąż sięga po trunki alkoholowe kilka razy w miesiącu (SPP – 23%, kl. 6-8: 8%). Kilka razy w tygodniu, codziennie lub prawie codziennie po alkohol sięga 5% badanej młodzieży ze szkół ponadpodstawowych. Najpopularniejszym trunkiem wśród starszych i młodszych uczniów jest piwo i wódka (odpowiednio SPP: 37% i 13%, kl. 6-8: 21% i 9%). Większość uczniów szkół podstawowych nie pije alkoholu regularnie (kl. 6-8: 56%, SPP: 35%). Ponad połowa uczniów SPP (57%) nie ma większych problemów z kupnem alkoholu lub jest to dla nich wręcz bardzo łatwe. Młodszy uczniowie mają z tym większy problem, ale wciąż dla ponad jednej czwartej z nich (27%) jest to raczej lub bardzo łatwe. Wyniki diagnozy wskazują także,

³² United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). World Drug Report 2022: Global overview of drug demand and drug supply. United Nations Publications.

³³ Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – MŁODZIEŻ 2021, CBOS i KCPU, 2021 [<https://www.cbos.pl/>].

³⁴ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Raport 2023 Uzależnienia w Polsce... op. cit.

³⁵ Diagnoza Lokalnych Problemów Społecznych w Gminie Wyszaków, 2021.

że 6% uczniów z klas SPP i 2% najmłodszej młodzieży miało kontakt z substancjami psychoaktywnymi, tj. narkotykami i dopalaczami. Zarówno starsi jak i młodsi uczniowie jako okoliczności inicjacji najczęściej wskazywali spotkanie ze znajomymi (SPP: 55%, kl. 6-8: 46%), a starsi dodatkowo dyskotekę (SPP: 29%, kl. 6-8: 0%), zaś młodsi - inne okoliczności (kl. 6-8 – 25%, SPP: 4%), szkołę (kl. 6-8: 12,5%) czy rodzinę (kl. 6-8: 12,5%). Na pytanie: „Jak często przyjmujesz narkotyki lub dopalacze?” większość starszych uczniów, którzy mieli kontakt z tymi substancjami, przyznała, że w sumie przyjmowała je tylko kilka razy w życiu (SPP: 46%, kl. 6-8: 13%) lub tylko raz (SPP: 29%, kl. 6-8: 35%), która to odpowiedź dominowała wśród uczniów kl. 6-8 zaraz po odpowiedzi „Biorę codziennie lub prawie codziennie” (SPP: 4%, kl. 6-8: 39%). 13% starszych uczniów sięgających po środki psychoaktywne, czyni to kilka razy w miesiącu. Wszyscy uczniowie, mający do tej pory kontakt z narkotykami, przyznali się do przyjmowania wielu rodzajów substancji psychoaktywnych, w tym przede wszystkim marihuany (SPP: 96%, kl. 6-8: 74%) i amfetaminy (SPP: 21%, kl. 6-8: 48%), które to substancje dominują wśród starszych uczniów. Największa różnorodność pod tym względem panuje wśród młodszych uczniów.

2.2. Pacjenci leczenia z powodu uzależnień

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023³⁶ ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało prawie 1,6 mln. osób, w tym ponad 271 tys. w związku z leczeniem uzależnienia. Uzależnienia stanowiły trzeci, po zaburzeniach lękowych i zaburzeniach nastroju, najbardziej rozpowszechniony problem zdrowia psychicznego w Polsce. W przypadku dzieci i młodzieży ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało ponad 283 tys. osób, w tym ponad 6,7 tys. w związku z leczeniem uzależnienia. Prawie 5 tys. osób z populacji dzieci i młodzieży (4 981) leczono z powodu zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych (Rozpoznania F10-F19 wg ICD-10). W grupie tej nieznacznie przeważali chłopcy (ok. 51,9%). W roku 2018 było to 3 680 osób – oznacza to wzrost na poziomie ok. 35% w okresie ostatnich 5 lat w liczbach bezwzględnych. Biorąc jednak pod uwagę liczbę pacjentów na 100 tys. ludności wzrost ten sięga nawet 37% (53,06 na 100 tys. w roku 2018 vs. 72,56 na 100 tys. w roku 2023). W województwie mazowieckim w roku 2023 z powodu rozpoznań o kodach F10-F19 leczono 826 osób, a wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności osiągnął w tym okresie wartość 57,09 na 100 tys., zatem niższą niż średnia dla kraju (72,56). W roku 2018 wskaźnik wynosił 47,61 na 100 tys. ludności, zatem w okresie ostatnich 5 lat odnotowano w tym obszarze wzrost ok. 20%. Opisanie wyżej dane wyraźnie

³⁶ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).

wskazują na konieczność podejmowania działań w obszarze profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży w Gminie Wyszków.

3. Opis obecnego postępowania

Interwencje prowadzone w Polsce dotyczące obszaru uzależnień od substancji psychoaktywnych można podzielić na 2 rodzaje: profilaktykę uzależnień oraz leczenie uzależnień. Polski system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii oparty jest na trzech różnych poziomach administracji – rządowej, samorządów wojewódzkich oraz samorządów gminnych. Na każdym poziomie system ten realizowany jest na podstawie wzajemnie komplementarnych programów tj. Narodowego Programu Zdrowia oraz wojewódzkich i gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Podstawę prawną do ww. działań stanowią: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii³⁷, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³⁸ oraz ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych³⁹. W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025⁴⁰, realizowany jest cel operacyjny – „profilaktyka uzależnień”, którego realizacji służyć mają 23 zadania, w tym 13 ze wskazaniem jednostek samorządu terytorialnego jako realizatorów.

Zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁴¹ organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do:

- podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania,
- inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów,
- działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy,
- przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu oraz wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy,
- popierania tworzenia i rozwoju organizacji społecznych, których celem jest propagowanie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające

³⁷ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1939. art. 1 ust. 1.

³⁸ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2151. art. 5 ust. 1.

³⁹ Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 700.

⁴⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Dz.U. 2021 poz. 642.

⁴¹ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi... op. cit.

alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom, jak również zapewniania warunków sprzyjających działaniom tych organizacji,

- współdziałania z Kościołem Katolickim i innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁴² przeciwdziałanie narkomanii w Polsce realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności:

- działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną,
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych,
- ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych,
- nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii są celami działania Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). Centrum realizuje działania z zakresu:

- profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- przeciwdziałania narkomanii,
- przeciwdziałania innym uzależnieniom, w tym dofinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Samorządy województw realizują wyżej wymienione zadania w postaci wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, stanowiących część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej^{43,44}. Zadania własne gmin, związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu, obejmują⁴⁵:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,

⁴² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii... op. cit.

⁴³ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii... op. cit.

⁴⁴ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi... op. cit.

⁴⁵ Ibidem.

- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów dotyczących zakazu reklamy produktów alkoholowych oraz zakazu sprzedaży napojów alkoholowych osobom znajdującym się w stanie nietrzeźwości i niepełnoletnim oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego,
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Z kolei zadania własne gmin związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów narkotykowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od narkotyków obejmują⁴⁶:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
- pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Realizacja powyższych zadań jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy. Gminne programy są realizowane przez ośrodki pomocy

⁴⁶ Ibidem.

społecznej, centra usług społecznych lub inne jednostki wskazane w tych programach. W Gminie Wyszaków zadania te są obecnie realizowane w oparciu o Gminny Program Profilaktyki, Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Wyszaków na lata 2023-2026⁴⁷.

Osobom cierpiącym na zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, dziennych oraz stacjonarnych. Chorzy korzystający ze świadczeń ambulatoryjnych mają zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne oraz leki niezbędne w stanach nagłych. Ponadto w ramach tego zakresu świadczeń gwarantuje się także działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin pacjentów. W ramach świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz żywienia. Członkowie rodziny pacjenta także w tym przypadku mogą korzystać z działań edukacyjno-konsultacyjnych oraz terapeutycznych. Pacjenci korzystający z usług w warunkach stacjonarnych mają dostęp do wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych⁴⁸. Ponadto, warto zaznaczyć, iż od osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz członków ich rodzin nie pobiera się opłat za świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w zakresie leczenia odwykowego⁴⁹. Ponadto dla pacjentów uzależnionych w ramach leczenia uzależnień mogą być realizowane turnusy rehabilitacyjne w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnienia, dziennych lub ambulatoryjnych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych (nie częściej niż raz na 12 miesięcy)⁵⁰.

⁴⁷ Uchwała nr LI/580/22 Rady Miejskiej w Wyszakowie z dnia 29 listopada 2022 r. w sprawie uchwalenia Gminnego Programu Profilaktyki, Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Wyszaków na lata 2023-2026.

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.

⁴⁹ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi... op. cit.

⁵⁰ Ibidem.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Konsekwencje zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych istotnie wpływają na obniżenie sprawności psychofizycznej młodych osób, w tym ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego, problemy z nauką oraz w przyszłości - możliwości podejmowania zatrudnienia. Działania zaproponowane w Programie stanowią istotny element profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi. Województwo Mazowieckie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży. Jak już wspomniano w części dot. epidemiologii, wskaźnik liczby pacjentów małych, leczonych z ww. powodu, na 100 tys. ludności wzrósł w województwie mazowieckim w ostatnich 5 latach o 20%. Dane te niewątpliwie wskazują na rosnące rozpowszechnienie omawianych problemów zdrowotnych w regionie.

Należy także podkreślić, że eksperci kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w kierunku uzależnień od substancji psychoaktywnych. W nadesłanych opiniach podkreślają, że programy polityki zwrotnej realizowane przez JST powinny w głównej mierze koncentrować się na działaniach edukacyjnych. Eksperci stwierdzają także, że wszelkie działania profilaktyczne powinny w szczególności dotyczyć dzieci i młodzieży, aby zapobiec rozpoczęciu przez nich użytkowania określonych substancji. Eksperci są zgodni, że uzależnienia od substancji psychoaktywnych wymagają działań profilaktycznych ze względu na idące za nimi skutki społeczne, ekonomiczne oraz związane z nimi konsekwencje zdrowotne. Obecnie nie są realizowane żadne dodatkowe, ogólnopolskie programy w omawianym zakresie. PPZ mogą w tym przypadku stanowić uzupełnienie obecnych działań i pozwolić dotrzeć do szerszego grona odbiorców, umożliwiając tym samym uzyskanie dokładniejszych danych na temat efektywności rekomendowanych działań. Programy Polityki Zdrowotnej mogą stanowić uzupełnienie lub rozszerzenie dostępu do profilaktyki i diagnostyki uzależnień od substancji psychoaktywnych⁵¹.

Ponadto, działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

⁵¹ Rekomendacja nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r.... op. cit.

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.⁵²: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025⁵³: Cel operacyjny 2: profilaktyka uzależnień;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026⁵⁴: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego - Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1. Wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI i inne czynniki związane ze stylem życia;
4. Wojewódzki plan transformacji województwa mazowieckiego⁵⁵ - Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1. Wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI i inne czynniki związane ze stylem życia;
5. Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025⁵⁶;
6. Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2022-2026⁵⁷;
7. Gminny Program Profilaktyki, Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Wyszaków na lata 2023-2026⁵⁸.

⁵² Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

⁵³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Dz.U. 2021 poz. 642.

⁵⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69.

⁵⁵ Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego. DZ. URZ. WOJ. 2021.12691.

⁵⁶ Uchwała 449/218/21 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025

⁵⁷ Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2022-2026 [<https://bip.wyszkow.pl/>].

⁵⁸ Uchwała nr LI/580/22 Rady Miejskiej w Wyszakowie z dnia 29 listopada 2022 r... op. cit.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród co najmniej 70%* uczestników programu.

2. Cele szczegółowe:

1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej (min. 80% poprawnych odpowiedzi) wśród co najmniej 70% personelu medycznego w zakresie działań profilaktycznych i komunikacji z pacjentem, u którego stwierdzono obecność uzależnień od substancji psychoaktywnych.

2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej (min. 80% poprawnych odpowiedzi) wśród co najmniej 70% świadczeniobiorców w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych.

* wartości docelowe przyjęto na podstawie rekomendacji eksperta oraz doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

Tab. II. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób (personel medyczny + świadczeniobiorcy), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) , względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 1	Odsetek osób z personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) , względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 2	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) , względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

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

1. Populacja docelowa

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r., według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych⁵⁹, zdecydowano o włączeniu do Programu młodzieży w wieku 15-19 lat z obserwowanym co najmniej jednym czynnikiem ryzyka uzależnienia od alkoholu. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe do Programu nie włączono populacji młodszej (11-14 lat) oraz młodych dorosłych (20-30 lat).

Program w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych, wizyt kwalifikacyjnych oraz interwencji antyżywkowych będzie skierowany do mieszkańców Gminy Wyszków w wieku między 15 a 19 rokiem życia. Gminę zamieszkuje ok. 2 120 osób w ww. grupie wiekowej⁶⁰. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii⁶¹, wskazujących na odsetek uczniów z Gminy Wyszków regularnie pijących alkohol (kilka razy w tygodniu, codziennie lub prawie codziennie – 5%) oraz zażywających inne substancje psychoaktywne (codziennie lub prawie codziennie – 4%) – populację docelową szacuje się na ok. 9% tj. ok. 190 osób rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, obejmie corocznie ok. 100 osób (ok. 52,4% populacji docelowej).

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej (oświadczenie)

1) Szkolenia dla personelu medycznego

a) Kryteria włączenia:

- personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze POZ, lekarze psychiatrzy, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej

b) Kryteria wyłączenia:

⁵⁹ Rekomendacja nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r.... op. cit.

⁶⁰ Dane GUS, Bank danych lokalnych [<https://bd.l.stat.gov.pl>].

⁶¹ Diagnoza Lokalnych Problemów Społecznych w Gminie Wyszków, 2021.

- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat (oświadczenie uczestnika)
- wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim (oświadczenie uczestnika)

2) Działania informacyjno-edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Wyszaków
- wiek między 15 a 19 rokiem życia

b) Kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat (oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego lub pełnoletniego uczestnika)

3) Wizyta kwalifikacyjna

a) Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Wyszaków
- wiek między 15 a 19 rokiem życia
- uzyskanie minimum jednej odpowiedzi „Tak” w ankiecie zawartej w skierowaniu do programu.

b) Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej/leczenia uzależnień (oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego lub pełnoletniego uczestnika)

4) Interwencja antyżywkowa

a) Kryteria włączenia:

- stwierdzenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych lub przynależności do grupy wysokiego ryzyka podczas wizyty kwalifikacyjnej

b) Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej/leczenia uzależnień (oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego lub pełnoletniego uczestnika)

3. Planowane interwencje:

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r., według których w trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich⁶², zdecydowano o włączeniu do Programu następujących działań:

⁶² Rekomendacja nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r.... op. cit.

szkolenia dla personelu medycznego, działania informacyjno-edukacyjne, wizyty kwalifikacyjne oraz interwencje antyuzywkowe. Szkoleń dla pracodawców nie zaplanowano z uwagi na ograniczone zasoby finansowe, a także na fakt, że populację w Programie stanowi populacja młodzieży, zatem osoby niepodlejmujące jeszcze zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy. Z kolei szkoleń dla dzieci i młodzieży nie zaplanowano z uwagi na ograniczone zasoby finansowe, a także na fakt, że działania tego typu są już realizowane w placówkach oświatowych na terenie Gminy Wyszaków w ramach celu głównego „Ograniczenie zjawiska uzależnień behawioralnych, picia alkoholu, używania substancji psychoaktywnych, doświadczania przemocy i cyberprzemocy przez dzieci i młodzież” Gminnego Programu Profilaktyki, Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Wyszaków na lata 2023-2026⁶³. Ponadto, działania zaplanowane w Programie nie obejmują profilaktyki antytytoniowej, ponieważ Program będzie finansowany ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (tzw. korkowe), a zgodnie z Rekomendacjami KCPU, środki pochodzące z ww. opłaty mogą być przeznaczane wyłącznie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Realizatora w ramach współpracy z Gminą Wyszaków, placówkami oświatowymi, placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o Programie dostępne będą w siedzibie Realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim w Wyszowie (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez Realizatora w złożonej ofercie.

Interwencje:

1) Szkolenia dla personelu medycznego:

- obejmujące zapoznanie personelu medycznego z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki oraz diagnostyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, a także z zasadami komunikacji z osobami uzależnionymi,

⁶³ Uchwała nr LI/580/22 Rady Miejskiej w Wyszowie z dnia 29 listopada 2022 r. w sprawie... op. cit.

- obejmujące podkreślenie potrzeby prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zachęcanie personelu medycznego do informowania o tym pacjentów,
- realizowane w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje),
- trwające min. 3 godziny edukacyjne (3x45min),
- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych;

2) Działania informacyjno-edukacyjne

- obejmujące akcję informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej,
- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. uzależnień od substancji psychoaktywnych, w tym m.in. na temat:
 - korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak aktywność fizyczna
 - potencjalnych czynników ryzyka występowania uzależnień od substancji psychoaktywnych w populacji
 - szkód wynikających z długotrwałego użytkowania określonych używek oraz wielochorobowości z nimi związanymi
 - skutków zdrowotnych związanych z brakiem leczenia uzależnienia
 - ogólnego wpływu uzależnienia na stosunki interpersonalne, kontakty społeczne oraz bezpośredniego wpływu nadmiernego użytkowania danej substancji na osoby z najbliższego otoczenia,
- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Wyszkanie, Realizatora, placówek oświatowych, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Ministerstwo Zdrowia),

- obejmujące indywidualną edukację zdrowotną pacjenta podczas wizyty kwalifikującej wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych,

3) Wizyta kwalifikacyjna, realizowana zgodnie z poniższymi założeniami:

- weryfikacja ankiety zawartej w skierowaniu do Programu pod kątem obecności co najmniej jednego czynnika ryzyka uzależnienia,
- przekazanie uczestnikowi pre-testu badającego poziom wiedzy nt. problemu uzależnień;
- przeprowadzenie wywiadu i badania lekarskiego w celu identyfikacji osób uzależnionych lub osób z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnienia,
- przeprowadzenie wywiadu z wykorzystaniem dostępnych opracowanych kwestionariuszy nakierowanych na identyfikację ww. osób, takich jak: kwestionariusz AUDIT-C, kwestionariusz NIDA, kwestionariusz ASSIST, badanie SASQ – należy zastosować co najmniej jeden kwestionariusz oceniający ryzyko uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych łącznie lub co najmniej jeden kwestionariusz oceniający ryzyko uzależnienia od alkoholu (np. AUDIT-C) oraz co najmniej jeden oceniający ryzyko uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych (np. NIDA);
- przeprowadzenie indywidualnej edukacji zdrowotnej pacjenta, dotyczącej profilaktyki, diagnostyki, leczenia i skutków uzależnień, wraz z przekazaniem uczestnikowi post-testu celem zbadania utrzymania lub uzyskania określonego poziomu wiedzy w omawianym temacie;
- dostosowanie dalszego postępowania w oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej:
 - wykluczenie uzależnienia lub przynależności do grup wysokiego ryzyka jego wystąpienia – zakończenie udziału w Programie,
 - stwierdzenie uzależnienia lub przynależności do grup wysokiego ryzyka jego wystąpienia – skierowanie na interwencję antyuzwywkową.

4) Interwencja antyuzwywkowa, realizowana zgodnie z poniższymi założeniami:

- przeprowadzenie z pacjentem rozmowy motywacyjnej, podczas której należy zaproponować podjęcie próby porzucenia nałogu (w przypadku osób uzależnionych) lub podjęcie próby zaprzestania zachowań determinujących wzrost ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych,

- istotnym jest, aby w trakcie interwencji nie prowokować, nie krytykować ani nie osądzać poczynań uczestnika Programu,
- podczas interwencji należy zwrócić uwagę uczestnika, nie tylko na aspekty zdrowotne uzależnienia, ale także na jego skutki ekonomiczne oraz społeczne,
- w przypadku wyrażenia przez uczestnika uzależnionego chęci podjęcia próby porzucenia nałogu należy udzielić mu informacji na temat dostępnych możliwości leczenia oraz poinformować go o ośrodkach zajmujących się leczeniem uzależnień, znajdujących się na terenie Gminy Wyszaków.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 12/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Pacjent do programu zgłasza się z opiekunem prawnym lub samodzielnie (w przypadku osób pełnoletnich) wraz z wypełnionym skierowaniem, podpisanym przez pedagoga/psychologa szkolnego, lekarza POZ lub kuratora. W ramach akcji promocyjnej programu mieszkańcom zostaną przekazane informacje dotyczące placówki realizującej program (adresy, terminy, nr tel. kontaktowych) oraz terminów wizyt kwalifikujących. Szkolenia dla personelu medycznego realizowane będą online lub z wykorzystaniem infrastruktury Realizatora. Działania informacyjno-edukacyjne, wizyty kwalifikujące oraz interwencje antyuzywkowe odbywać się będą w siedzibie Realizatora. Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert. Wzór skierowania określono w załączniku 1. Zawiera on ankietę z listą czynników ryzyka uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, opracowaną na podstawie zapisów Rekomendacji nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r.⁶⁴ oraz raportu Instytutu Profilaktyki Zintegrowanej pt. „Mapa czynników ryzyka i chroniących młodzież przed zachowaniami ryzykownymi”⁶⁵.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji,
- skierowania uczestnika programu do poradni leczenia uzależnień,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

⁶⁴ Rekomendacja nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r.... op. cit.

⁶⁵ Łoś M. i wsp., Mapa czynników ryzyka i chroniących młodzież przed zachowaniami ryzykownymi, Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, Raport I z badań, Narodowy Program Zdrowia, Warszawa 2017 [<https://ipzin.org/>].

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Powołanie Rady ds. programu, pełniącej rolę wspierającą jego realizację, wraz z Koordynatorem ds. programu, odpowiadającym za jego praktyczną realizację (III kwartał 2024),
- 2) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2024);
- 3) przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności programu z Rekomendacją Prezesa AOTMiT (III kwartał 2024);
- 4) uchwalenie programu przez Radę Miejską w Wyszkanie (III-IV kwartał 2024);
- 5) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części Programu (IV kwartał 2024);
- 6) podpisanie umowy na realizację programu (III-IV kwartał 2024);
- 7) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2025-2026):
 - szkolenia dla personelu medycznego,
 - działania informacyjno-edukacyjne,
 - wizyty kwalifikacyjne,
 - interwencje antyżywkowe;
- 8) zakończenie realizacji (IV kwartał 2026);
- 9) ewaluacja (IV kwartał 2026 – I kwartał 2027):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników,
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 10) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2027).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Wydział Edukacji i Spraw Społecznych UM w Wyszkanie. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot wykonujący działalność leczniczą, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.],
- zapewnienie prowadzenia szkolenia dla personelu medycznego przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu,
- zapewnienie prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),
- zapewnienie realizacji wizyty kwalifikacyjnej przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych lub lekarza (lekarza POZ, lekarza psychiatrę) po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego
- zapewnienie realizacji interwencji antyżywkowej przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i przeprowadzeniu interwencji antyżywkowych,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. Podmioty realizujące badania przesiewowe w Programie będą zobowiązane do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta. Ponadto realizatorzy będą przekazywali koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzali sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w Programie są zobowiązane prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶⁶,

⁶⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.

Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁶⁷, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych⁶⁸.

⁶⁷ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 2465 z późn. zm.

⁶⁸ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,
- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikacyjnej,
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,
- liczba osób poddanych interwencji antyżywkowej,
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów),
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu,
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu za zgodą dobrowolną, adres e-mail),
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu programu, a jej wyniki zostaną przedstawione w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. Ocena efektywności programu zostanie przedstawiona na podstawie następujących mierników:

- liczba i odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w postępie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem

pre-testu,

- liczba i odsetek osób z personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu,
- liczba i odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu,
- liczba i odsetek osób, u których stwierdzono przynależność do grupy wysokiego ryzyka uzależnienia od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych,
- liczba i odsetek osób, u których stwierdzono obecność uzależnienia od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych,
- liczba i odsetek osób skierowanych na leczenie w związku z obecnością uzależnienia od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli I przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ.

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Szkolenie dla personelu medycznego	2 000,00
2. Akcja informacyjno-edukacyjna	2 000,00
3. Wizyta kwalifikacyjna	200,00
4. Interwencja antyuzżywkowa	250,00

Badania przesiewowe w Programie, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą 100 osób rocznie. Należy zaznaczyć, że w związku z brakiem danych epidemiologicznych w tym obszarze, na potrzeby zaplanowania Programu i oszacowania budżetu założono, że każda z osób poddanych badaniom przesiewowym z uwagi na fakt skierowania do Programu przez pedagoga/psychologa (w tym szkolnego), lekarza (np. POZ) lub kuratora w związku z występowaniem czynnika ryzyka uzależnienia, weźmie również udział w interwencji antyuzżywkowej. W praktyce może się okazać, że w ramach Programu zostanie sfinansowanych więcej wizyt kwalifikacyjnych, a mniej interwencji antyuzżywkowych. Program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

2. Planowane koszty całkowite

W tabeli IV i V przedstawiono całkowite koszty Programu.

Tab. IV. Roczne koszty programu w podziale na poszczególne interwencje (rok 2025).

Nazwa interwencji	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1	szkolenie	3 000,00	3 000,00
2. Akcja informacyjno-edukacyjna	1	-	4 000,00	4 000,00
3. Wizyty kwalifikacyjne	100	osoba	200,00	20 000,00
4. Interwencje antyuzżywkowe	100	osoba	250,00	25 000,00
5. Monitoring i ewaluacja	1	-	1000,00	1 000,00
Koszty Programu				53 000,00

Tab. IV. Roczne koszty programu w podziale na poszczególne interwencje (rok 2026).

Nazwa interwencji	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Akcja informacyjno-edukacyjna	1	-	4 000,00	4 000,00
2. Wizyty kwalifikacyjne	100	osoba	200,00	20 000,00
3. Interwencje antyuzywkowe	100	osoba	250,00	25 000,00
4. Monitoring i ewaluacja	1	-	1000,00	1 000,00
Koszty Programu				50 000,00

3. Źródło finansowania.

Program finansowany ze środków własnych Gminy Wyszaków, pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (tzw. korkowe) jako realizacja działania 2 w ramach celu szczegółowego 3 (Cel główny „Ograniczenie zjawiska uzależnień behawioralnych, picia alkoholu, używania substancji psychoaktywnych, doświadczania przemocy i cyberprzemocy przez dzieci i młodzież) Gminnego Programu Profilaktyki, Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Wyszaków na lata 2023-2026⁶⁹. Gmina w latach 2025-2026 będzie starała się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

⁶⁹ Uchwała nr LI/580/22 Rady Miejskiej w Wyszakowie z dnia 29 listopada 2022 r. w sprawie... op. cit.

Bibliografia:

1. Cierpiałkowska L, Ziarko M. Psychologia uzależnień – alkoholizm. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010, s. 169.
2. Ciosek M. Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. Studia Gdańskie. Wizje Rzeczyw 2011, 8: 270-282.
3. Cloninger C.R., Sigvardsson S., Gilligan S., von Knorring A., Reich T., Bohman M.: Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. Adv Alcohol Subst Abuse. 1988, 7:3–16
4. Dane GUS, Bank danych lokalnych [<https://bdl.stat.gov.pl>].
5. Diagnoza Lokalnych Problemów Społecznych w Gminie Wyszaków, 2021.
6. Dimoff T, Carper S. Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books, Warszawa 1994 .
7. Dmitrowicz I. Problem alkoholowy z przemocą w tle. Świat Probl 2013, 3: 25-27.
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA operating guidelines for the European Union Early Warning System on new psychoactive substances, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2019.
9. Europejski raport narkotykowy 2019, EMCDDA, Luksemburg 2019, s. 43.
10. Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, Genewa 2010 oraz European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020. WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2012.
11. Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2022-2026 [<https://bip.wyszkow.pl/>].
12. Hornowska E. Uzależnienia a temperament. Wokół temperamentalnego czynnika ryzyka uzależnień. W: Oblicza współczesnych uzależnień, L. Cierpiałkowska (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 43-73.
13. Jędrzejko M., Chmielewska M., Uzależnienia – choroba XXI wieku, Kwartalnik Policyjny 4/2020, s. 4-9.
14. Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – MŁODZIEŻ 2021, CBOS i KCPU, 2021 [<https://www.cbos.pl/>].
15. Kowalewski I.: Zespół uzależnienia od alkoholu wśród dorosłych. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2016.
16. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Raport 2023 Uzależnienia w Polsce, Warszawa 2023.
17. Lesch O.M., Kefer J., Lentner S., Mader R., Marx B., Musalek M. et al. Diagnosis of chronic alcoholismclassificatory problems. Psychopathology 1990, 23: 88–96.

18. Łoś M. i wsp., Mapa czynników ryzyka i chroniących młodzież przed zachowaniami ryzykownymi, Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, Raport I z badań, Narodowy Program Zdrowia, Warszawa 2017 [<https://ipzin.org/>].
19. M. Dębski, M. Bigaj, Młodzi cyfrowi, Gdańsk 2019; M. Jędrzejko, A. Taper, T. Kozłowski, Cyberzaburzenia, Wydawnictwo WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2020, s. 23.
20. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).
21. Matyjek S., Dopalacze – nieprzewidywalne narkotyki, problem społeczno-prawny, Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna, 2019, tom 8, numer 1, s. 251-273.
22. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, tom I, wydanie 2008 [stat.gov.pl].
23. Morawska K., Chodkiewicz, J., High-functioning alcoholics -a separate type? The search for common features in current alcoholism typologies. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2020, 19, s. 411-417.
24. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69.
25. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego. DZ. URZ. WOJ. 2021.12691.
26. Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M., Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce – Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r., Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2021.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Dz.U. 2021 poz. 642.
29. Szymaniak K., Problem uzależnień adolescentów od substancji psychoaktywnych w percepcji młodzieży licealnej, *Krakowskie Studia Małopolskie* 2020, nr 3 (27), s. 160-173.
30. Teenson M., Degenhardt L., Hall W. Uzależnienia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne; Gdańsk: 2005, s.12.
31. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

32. Uchwała nr LI/580/22 Rady Miejskiej w Wyszowie z dnia 29 listopada 2022 r. w sprawie uchwalenia Gminnego Programu Profilaktyki, Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Wyszów na lata 2023-2026.
33. Uchwała 449/218/21 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025 Rekomendacja nr 12/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. [<https://bip.aotm.gov.pl/>].
34. United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). World Drug Report 2022: Global overview of drug demand and drug supply. United Nations Publications.
35. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.
36. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2151. art. 5 ust. 1.
37. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 2465 z późn. zm.
38. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1939. art. 1 ust. 1.
39. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.
40. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 700.
41. Wojnar M., Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu, PARPA, Warszawa 2017, s. 9-10.
42. World Drug Report 2024. United Nations Office on Drugs and Crime. Nowy Jork 2024 [<https://www.unodc.org/>].
43. Zajączkowski K. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; Warszawa 2003, s. 7.
44. Zwrot w modelach konsumpcji, 2 edycja raportu Alkohol w Polsce, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2023.

Przewodniczący Rady

Adam Szczerba