

Załącznik do uchwały nr XLV/655/21
Rady Miasta Kołobrzeg z dnia 28 grudnia 2021 r.

Akceptuję: Anna Mieczkowska
Prezydent Miasta Kołobrzeg
Kołobrzeg, 8 grudnia 2021 r.

**„Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji
psychoaktywnych dla mieszkańców
Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022–2023”.**

Program polityki zdrowotnej opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 i art. 48aa ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kołobrzeg, 2021 r.



K O Ł O B R Z E G
RE:GENERACJA

Spis treści.

Wstęp	3
I. Uzależnienia jako choroba cywilizacyjna.....	4
1. Uzależnienie od alkoholu.	4
1) Wzory spożywania alkoholu.	4
2) Rozpoznanie uzależnienia od alkoholu.	4
3) Epidemiologia.	5
4) Leczenie uzależnienia od alkoholu – opis obecnego postępowania.	5
5) Inne metody leczenia osób uzależnionych od alkoholu.	6
6) Skutki nadużywania alkoholu.	7
7) Alkohol i jego wpływ na członków rodziny.....	10
2. Uzależnienia od tytoniu.....	12
1) Klasyfikacja uzależnienia od tytoniu.....	12
2) Rozpoznanie uzależnienia od tytoniu.....	12
3) Epidemiologia.....	13
4) Leczenie uzależnienia od tytoniu – opis obecnego postępowania.	14
5) Skutki palenia tytoniu.....	15
3. Uzależnienie od narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych.....	15
1) Narkotyki.	15
2) Nowe środki psychoaktywne inne niż narkotyki.	16
3) Epidemiologia.....	17
4) Rozpoznanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych.....	19
5) Leczenie uzależnienia od narkotyków – opis obecnego postępowania.....	20
6) Skutki zażywania substancji psychoaktywnych.....	21
7) Wpływ zażywania narkotyków na rodzinę.....	22
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	24
1. Cel główny.	24
2. Cele szczegółowe.....	24
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	24
III. Charakterystyka populacji docelowej i opis interwencji.....	25
1. Populacja docelowa.....	25
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu.....	26
3. Planowane interwencje zdrowotne.....	27
1) Szkolenia dla personelu medycznego.....	27

2)	Działania informacyjno-edukacyjne.	27
3)	Wizyta kwalifikacyjna.	28
4)	Interwencja antyżywkowa.....	29
5)	Szkolenia dla dzieci i młodzieży.....	29
6)	Działania wspomagające.	29
4.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych.	30
5.	Sposób zakończenia udziału w programie.	30
IV.	Organizacja programu.	31
1.	Etapy i działania podejmowane w ramach programu.....	31
1)	Szkolenia dla personelu medycznego.....	31
2)	Działania informacyjno-edukacyjne.	31
3)	Wizyta kwalifikacyjna.	31
4)	Interwencja antyżywkowa.....	31
5)	Szkolenia dla dzieci i młodzieży.....	33
6)	Działania wspomagające.	34
2.	Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.	35
V.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.	36
1.	Monitorowanie.....	36
2.	Ewaluacja.....	36
VI.	Budżet programu polityki zdrowotnej.....	37
1.	Koszty jednostkowe.....	37
2.	Koszty całkowite.	38
1)	Szczegółowe koszty realizacji programu.	38
2)	Roczne koszty realizacji programu.	38
3.	Źródła finansowania.	38
VII.	Bibliografia.....	39

Wstęp.

Niniejszy program polityki zdrowotnej (zwany dalej programem) został oparty o rekomendację nr 12/2020 z dnia 30 listopada 2020 roku wydaną przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

Zgodnie z art. 48aa 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych każda rekomendacja zawiera:

- 1) opis choroby lub problemu zdrowotnego uwzględniający epidemiologię,
- 2) rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego,
- 3) wskazanie dowodów naukowych,
- 4) wskazanie opcjonalnych technologii medycznych i aktualnego stanu ich finansowania ze środków publicznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 5) określenie wskaźników służących do monitorowania i ewaluacji.

Tym samym we wskazanym powyżej zakresie program jest związany wskazaniemi i zapisami rekomendacji (nie ma możliwości dodania innego problemu zdrowotnego). Rekomendacja nr 12/2020 obejmuje następujące uzależnienia:

- 1) uzależnienie od alkoholu,
- 2) uzależnienie od tytoniu,
- 3) uzależnienie od narkotyków lub nowych substancji psychoaktywnych.

Największym problemem w tworzeniu każdego programu polityki zdrowotnej jest postawienie diagnozy problemu zdrowotnego oraz uzyskanie wiarygodnych informacji dotyczących zachorowalności na danym terenie. Najbardziej pełne dane są podane przez Ministerstwo Zdrowia w opracowanych na 2020 rok mapach potrzeb zdrowotnych. Dane pokazują zachorowalność w 2018 i 2019 roku, nie są więc obciążone błędem, który zaistniał w związku ze zmianą priorytetów w systemie ochrony zdrowia spowodowanym przez epidemię COVID-19. Mapy potrzeb zdrowotnych bazują na raportowanych przez poszczególnych świadczeniodawców rozpoznanych i leczonych jednostkach chorobowych. Zebrane w ten sposób dane nie zawierają informacji o rozpoczynaniach i leczeniu, które jest finansowane z innych środków niż środki wydatkowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

I. Uzależnienia jako choroba cywilizacyjna.

1. Uzależnienie od alkoholu.

1) Wzory spożywania alkoholu¹.

Wyróżnia się dwa podstawowe wzory spożywania alkoholu powodujące poważne zagrożenia i konsekwencje zdrowotne – picie szkodliwe oraz uzależnienie. Są to zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Oba wymagają interwencji. Ważna jest prawidłowa ich identyfikacja, gdyż na jej podstawie należy oprzeć sposób pomocy i leczenia: jej cele, czas trwania i metody.

- **Picie szkodliwe** – wzór spożywania alkoholu, który powoduje szkody zdrowotne, fizyczne, psychiczne, psychologiczne lub społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. W rozpoznaniu picia szkodliwego nie bierze się pod uwagę pojedynczego epizodu intensywnego picia, czy pojedynczej szkody. Rozpoznanie opiera się na zjawiskach zachodzących w ciągu co najmniej miesiąca lub występujących w sposób powtarzający się w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
- **Uzależnienie od alkoholu** – zaburzenie będące następstwem długotrwałego szkodliwego spożywania alkoholu. W uzależnieniu spożywanie alkoholu uzyskuje zdecydowane pierwszeństwo przed innymi zachowaniami, które wcześniej stanowiły dla danej osoby priorytet. Spożycie alkoholu nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu objawów zespołu uzależnienia.

2) Rozpoznanie uzależnienia od alkoholu².

Obowiązująca w Polsce klasyfikacja diagnostyczna wyróżnia sześć objawów uzależnienia. Na postawienie diagnozy uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej objawów, występujących łącznie przez pewien okres w ciągu ostatniego roku. Do objawów tych należą:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu spożycia alkoholu,
- upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu (trudności w unikaniu rozpoczęcia, trudności w zakończeniu po osiągnięciu wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność działań zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania spożywania alkoholu),
- fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego pojawiającego się, gdy spożywanie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie, drżenie), albo na skutek używania alkoholu lub pokrewnie działającej substancji w celu złagodzenia ww. objawów,
- zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu – ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu. Pojawia się potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania określonego efektu,
- narastające z powodu spożywania alkoholu zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań. Dochodzi do zwiększenia ilości czasu przeznaczonego na zdobywanie alkoholu, jego picie bądź niwelowanie skutków jego nadmiernego spożycia,
- uporczywe spożywanie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia.

¹ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. (11.09.2019). Czy moje picie jest już problemem. O zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. <https://www.parpa.pl/index.php/e-publicacje/category/5-uzaleznienie-od-alkoholu?download=41:czy-moje-picie-jest-juz-problemem-o-zaburzeniach-zwiazanych-z-uzywaniem-alkoholu-broszura> Dostęp: 13.10.2021 r.

² Ibidem.

Diagnozę uzależnienia może postawić tylko specjalista. Nie potrafi tego zrobić ani osoba pijąca, ani jej otoczenie. Wymaga to wiedzy i doświadczenia lekarza specjalisty w zakresie psychoterapii uzależnień lub psychologa lub psychoterapeuty.

3) Epidemiologia³.

Świadczeniodawca	2018	2019
Poradnia (zdrowia psychicznego lub poradnia terapii uzależnienia od alkoholu)	485	497
Oddział dzienny psychiatryczny	2	6
Oddział/ośrodek leczenia	91	90
Oddział/ośrodek detoksykacji	16	18
Razem	594	611

W 2019 roku łącznie 611 mieszkańców Gminy Miasto Kołobrzeg było leczonych w związku z rozpoznaniem F10 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu. W 2018 roku były to 594 osoby.

4) Leczenie uzależnienia od alkoholu – opis obecnego postępowania⁴.

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych jest nauczanie pacjenta życia w abstynencji. Ponieważ uzależnienie jest przewlekłą chorobą, optymalnym celem w leczeniu osób uzależnionych jest osiągnięcie trwałej abstynencji. Problem stanowi brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudność w jego osiągnięciu.

Zasadniczą metodą leczenia uzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego jest psychoterapia uzależnienia, natomiast postępowanie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię uzależnienia i jest nakierowane głównie na leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz farmakologiczne wsparcie psychoterapii.

Programy terapeutyczne, oparte są w większości na: podejściu terapii behawioralno-poznawczej, idei i doświadczeniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików.

Większość programów integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno-poznawczego.

a) Psychoterapia.

Najskuteczniejszą metodą leczenia jest psychoterapia, dzięki której nałóg zostaje porzucony przez 30-40% osób poddanych terapii. Psychoterapia uzależnienia od alkoholu, realizowana w większości placówek lecznictwa odwykowego, ma na celu uświadomienie pacjenta czym jest uzależnienie od alkoholu i zachęcenie do autorefleksji, podczas której pacjent:

- uświadamia sobie, że jest osobą uzależnioną,
- analizuje swoje dotychczasowe próby kontroli picia i akceptuje fakt, że nie będzie już potrafił spożywać alkoholu w sposób sprzed uzależnienia,
- podejmuje decyzję o zaprzestaniu spożywania alkoholu,
- uczy się skutecznych sposobów radzenia sobie z głodem alkoholowym i nawrotami choroby,
- uczy się bez pomocy alkoholu, leków i innych substancji chemicznych skutecznie radzić sobie ze swoimi emocjami, problemami, życiowymi zadaniami i relacjami z innymi ludźmi.

Powodzenie psychoterapii jest uzależnione od nastawienia pacjenta, jego motywacji, akceptacji wobec zaleceń lekarzy i terapeutów oraz jego skłonności do czynnego uczestnictwa w terapii. Psychoterapia wymaga również od pacjenta dużej cierpliwości oraz systematycznego uczestnictwa

³ Dane z mapy potrzeb zdrowotnych. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451> Dostęp: 18.10.2021 r.

⁴ J. Furdała. (7.03.2013). Leczenie uzależnienia od alkoholu. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu> Dostęp: 13.10.2021 r.

w zajęciach. Jest to uzależnione od etapowego charakteru terapii oraz potrzeby nawiązania współpracy między lekarzem, a uzależnionym.

b) Farmakoterapia.

W leczeniu uzależnienia od alkoholu zarejestrowanych jest kilka leków:

- Naltrekson – stosowany w leczeniu uzależnienia od alkoholu w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby, jako lek wspomagający abstynencję oraz zmniejszający potrzebę napicia się. Jego działanie polega na wypieraniu wydzielających się pod wpływem alkoholu endorfin z połączeń z receptorami układu opioidowego w mózgu. Skutkiem tego są: redukcja „nagradzającego”, euforycznego efektu alkoholu, spadek ochoty na alkohol oraz motywacji do jego poszukiwania, a także redukcja głodu alkoholowego. Naltrekson charakteryzuje się niewielką liczbą interakcji z innymi lekami i małą ilością działań niepożądanych.
- Nalmefen – jest kolejnym obok naltreksonu, nowoczesnym lekiem stosowanym w uzależnieniu od alkoholu, którego mechanizm działania opiera się na blokującym wpływie na receptory układu opioidowego. Lek ten ogranicza ilość spożywanego alkoholu. W przeciwieństwie do naltreksonu, omawianego leku nie przyjmuje się codziennie a jedynie w dniu, w którym przewiduje się wysokie ryzyko spożycia alkoholu – 1-2 godziny przed spożyciem, lub najszybciej jak to jest możliwe w przypadku, kiedy spożycie już się rozpoczęło. Efektem stosowania tego farmaceutyku jest spadek potrzeby picia alkoholu i redukcja spożycia. Podobnie jak naltrekson, nalmefen charakteryzuje się niewielką liczbą interakcji z innymi lekami, brakiem interakcji z alkoholem oraz małą ilością działań niepożądanych.
- Akamprozat – jest wskazany w leczeniu podtrzymującym abstynencję od alkoholu i wpływającym na jej wydłużenie u osób uzależnionych. To nowoczesny lek oddziałujący w mózgu na receptory układu GABA-ergicznego (hamującego aktywność komórek nerwowych) oraz glutaminergicznego (aktywującego neurony), przywracając właściwą równowagę między tymi układami, zaburzoną w wyniku długotrwałego spożywania alkoholu i uzależnienia od niego. Akamprozat charakteryzuje się niewielką liczbą interakcji z innymi lekami i małą ilością działań niepożądanych.
- Disulfiram – jest lekiem, którego działanie opiera się na wywoływaniu awersji do alkoholu oraz lęku przed nieprzyjemną (a niekiedy niebezpieczną) interakcją między lekiem, a alkoholem. Disulfiram jest najstarszym z dostępnych leków wspomagających terapię alkoholizmu. Hamuje on dehydrogenazę aldehydową, powodując nagromadzenie się w tkankach aldehydu octowego, który jest trucizną powodującą bardzo nieprzyjemne objawy (nagłe uderzenia gorąca, wzmożona potliwość, przyspieszenie akcji serca, niepokój, zaczerwienienia twarzy i spojówek, pulsujące bóle głowy, nudności, wymioty, zawroty głowy). Uzależniony może ich uniknąć powstrzymując się od picia, a więc podawanie disulfiramu wymusza abstynencję. Ze względu na liczne działania niepożądane oraz ryzyko niebezpiecznej reakcji toksycznej przy złamaniu abstynencji oraz liczne interakcje z innymi lekami disulfiram jest dziś lekiem drugiego rzutu – tj. stosuje się go w razie nieskuteczności nowocześniejszych leków lub w przypadku bardzo dobrych wyników leczenia tym preparatem w przeszłości.
- Inne leki (np. przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne), nie są bezpośrednio nakierowane na leczenie uzależnienia. Pomagają one w usuwaniu, a częściej w łagodzeniu nieprzyjemnych stanów psychicznych i zaburzeń nastroju współwystępujących z uzależnieniem.

5) Inne metody leczenia osób uzależnionych od alkoholu.

Badania potwierdzają nieskuteczność takich metod leczenia uzależnienia, jak hipnoza, poradnictwo ogólne, techniki szokowe, edukacja i ziołolecznictwo. Formy organizacyjne i metody pomagania osobom uzależnionym od alkoholu działające poza lecnictwem odwykowym:

- punkty konsultacyjne – organizowane są przez samorządy gminne, organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe. Punkt konsultacyjny nie jest alternatywą dla leczenia

uzależnienia w placówkach specjalistycznych. Nie wyłącza on również innych instytucji czy służb działających lokalnie: pomocy społecznej, policji, opieki kuratorskiej. Punkt konsultacyjny powinien być miejscem pierwszego kontaktu, najbardziej dostępnym dla osób potrzebujących pomocy. Z tego miejsca klienci odpowiednio umotywowani i właściwie pokierowani, trafiają do instytucji świadczących wyspecjalizowaną pomoc placówek leczenia uzależnień.

- telefony zaufania – istotą funkcjonowania telefonu zaufania jest udzielanie bezinteresownego, anonimowego wsparcia osobom w kryzysie psychologicznym. Telefony zaufania dla osób z problemem alkoholowym oraz ich rodzin tworzone są najczęściej przez samorządy lokalne, organizacje pozarządowe i ośrodki pomocy społecznej.
- stowarzyszenia i kluby abstynenckie – promują abstynencję alkoholową i udzielają uzależnionemu oraz jego rodzinie wsparcia w „trzeźwieniu”. Pomagają rozwijać umiejętności potrzebne w procesie zdrowienia, stwarzają możliwości atrakcyjnego spędzania wolnego czasu, świętowania i integracji społecznej. Nierzadko prowadzą punkty konsultacyjne, telefony zaufania i grupy wsparcia. Organizacje zatrudniają również specjalistów do prowadzenia z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi treningów umiejętności, służących nie tylko utrzymywaniu abstynencji, ale również poprawie funkcjonowania rodziny (np. treningi komunikacji małżeńskiej, umiejętności wychowawczych). Są to miejsca, do których mogą przychodzić wszyscy członkowie rodziny, wspólnie spędzać czas i uczyć się funkcjonowania bez alkoholu.
- wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA) i Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) – uczestnictwo w ruchach samopomocowych jest dobrowolne, anonimowe i bezpłatne. Podczas spotkań wspólnoty uczestnicy dzielą się własnymi doświadczeniami w rozwiązywaniu problemów, zachowując całkowitą poufność spraw poruszanych przez innych uczestników. Członkowie wspólnoty AA spotykają się w określonych miejscach i czasie. Spotkań nie prowadzą profesjonalści, ale uczestnicy wybrani przez innych członków grupy. We wspólnocie obowiązują zasady gwarantujące każdemu uczestnikowi autonomię i poszanowanie wolności. W AA nie wolno wywierać presji, nakładać zobowiązań, oceniać, krytykować. Zasady te gwarantują członkom poczucie bezpieczeństwa, uczą tolerancji, pokory, wdzięczności i brania odpowiedzialności za swoje decyzje i zachowania. Spotkania mają charakter zamknięty (tylko dla członków AA) lub otwarty (zarówno dla członków ruchu, jak i osób, które chcą dowiedzieć się czegoś o AA – rodzin, sympatyków, profesjonalistów). Badania skuteczności procesu trzeźwienia osób uzależnionych od alkoholu dowodzą, że połączenie uczestnictwa w programie psychoterapii uzależnienia z udziałem we wspólnocie Anonimowych Alkoholików, jest skuteczną formą pomagania osobom uzależnionym.
- wspieranie rodziny w wychowywaniu dzieci i nabieraniu właściwych wzorców zachowań oraz budowie właściwych relacji rówieśniczych, restytucja autorytetu rodzica, nauczyciela osoby starszej jako mentora (świetlice socjoterapeutyczne, zajęcia socjoterapeutyczne w placówkach oświatowych, organizacja różnych form wypoczynku feryjnego z programami socjoterapeutycznymi, organizacja miejsc bezpiecznego spędzania czasu wolnego, organizacja imprez reintegrujących środowisko osób pochodzących z rodzin z uzależnieniem alkoholowym i innych rodzin).

6) Skutki nadużywania alkoholu⁵.

Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat, ponieważ:

- alkohol powoduje wiele chorób i zmienia ich obraz, stwarzając problemy diagnostyczne,

⁵ A. Klimkiewicz. (25.05.2021 r.) Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu> Dostęp: 13.10.2021 r.

- osoby uzależnione później zgłaszają się do lekarza - często mimo konieczności nie podejmują leczenia chorób somatycznych lub leczą się niesystematycznie,
- alkohol zmniejsza skuteczność rutynowej terapii wielu chorób,
- ryzyko popełnienia samobójstwa przez osoby uzależnione jest 3–9 razy większe w porównaniu ze stwierdzanym wśród abstynentów,
- zatrucia alkoholem bywają śmiertelne.

Ponadto nadużywanie alkoholu sprzyja występowaniu zakażeń. Z powodu wyniszczenia organizmu i częstej obecności chorób współistniejących układ odpornościowy osób uzależnionych nie funkcjonuje prawidłowo. Częściej obserwuje się u nich zapalenie płuc, gruźlicę, wirusowe zapalenia wątroby, a także choroby autoimmunologiczne, z których najczęstszą jest łuszczyca.

- wpływ alkoholu na układ nerwowy - osoby uzależnione oraz osoby pijące szkodliwie są obciążone znacznie większym ryzykiem udaru mózgu. Prawdopodobieństwo udaru niedokrwinnego jest u nich 1,6-krotnie większe, a krwotocznego ponad dwukrotnie większe niż u osób spożywających alkohol w sposób racjonalny. Ryzyko krwawień rośnie głównie ze względu na większą częstość urazów głowy. Upadki bywają, w stanach upojenia, wyjątkowo niebezpieczne. Zatrucie alkoholowe powoduje zaburzenia koordynacji ruchowej oraz wyłącza odruchy odpowiedzialne za minimalizowanie skutków urazu. Upadający człowiek, który jest pod wpływem alkoholu uderza o podłoże bezwładnie, całym ciężarem ciała, zaniedbując ochronę głowy. Ponadto u osób uzależnionych częściej obserwuje się nieprawidłowe krzepnięcie krwi. Jednym z organów odpowiedzialnych za produkcję czynników krzepnięcia jest wątroba, wrażliwa na nadmierną ilość spożywanego alkoholu. Każde krwawienie, również do mózgu, przy niesprawnym układzie krzepnięcia trwa dłużej, obejmuje większy obszar i przynosi znacznie więcej nieodwracalnych szkód. Regularne spożywanie alkoholu powoduje u 30% osób uzależnionych zanik robaka mózdzku. Charakterystycznym tego objawem jest niepewny, chwiejny chód z szeroko rozstawionymi stopami (tzw. chód na szerokiej podstawie). Inne problemy, to zaburzenia równowagi oraz niezborność ruchów, a także drżenie rąk utrzymujące się nawet w okresie długotrwałej abstynencji. Dochodzi do upośledzenia wykonywania szybkich, skoordynowanych ruchów, a gesty stają się niezgrabne i nadmiernie „zamaszyste”. Mogą się pojawiać problemy z mową w postaci tak zwanej mowy skandowanej, modulacją przypominającej okrzyki. Stan zdrowia pacjenta często komplikuje towarzysząca alkoholowemu uszkodzeniu mózdzku polineuropatia obwodowa. Występuje ona u niemal 50% uzależnionych. Im większa jest ilość i częstość spożywanego alkoholu, tym ryzyko zachorowania jest większe. Przyczyn upatruje się w niedoborach niezbędnych składników odżywczych, przede wszystkim witaminy B1. Choroba polega na uszkodzeniu nerwów obwodowych i zaburzeniu przewodzenia przez nie impulsów. Początkowo pojawiają się niewielkie mrowienia i drętwienia w okolicy stóp, w cięższych przypadkach również dłoni. Następnie dołączają się zaburzenia czucia, w tym tzw. czucia głębokiego, czyli świadomości położenia części ciała, gdy wyłączona jest kontrola wzroku. W zaawansowanej postaci polineuropatii pojawiają się dolegliwości bólowe, głównie kończyn dolnych w okolicy stóp i podudzi. Skóra na tym obszarze staje się cieńsza, łatwiej dochodzi do urazów, zranień i rozwoju zakażeń. Uszkodzenie nerwów skutkuje również znacznie nasiloną potliwością okolicy dłoni i stóp.
- choroby przewodu pokarmowego wywołane nadmiernym spożyciem alkoholu - stłuszczenie wątroby – rozwija się u niemal wszystkich osób uzależnionych, a współistniejąca otyłość dodatkowo zwiększa to ryzyko. U kobiet choroba rozwija się i postępuje szybciej niż u mężczyzn. Zwykle, jeśli funkcja narządu nie jest zaburzona, poza powiększeniem wątroby stwierdzanym w badaniu przedmiotowym lub ultrasonograficznym (USG) ma ona przebieg bezobjawowy. Wiadomo jednak, że dochodzi wtedy do powstawania toksycznych

lipidów, które docierają do mózgu uszkadzając komórki nerwowe, co powoduje pogorszenie funkcji intelektualnych,

- marskość wątroby – rozwija się u 30% osób intensywnie spożywających alkohol. Jest to postępująca, nieodwracalna i nieuleczalna choroba prowadząca do niewydolności tego narządu. Dochodzi wówczas do postępującego zatrucia całego organizmu substancjami, które u zdrowych osób są „zagospodarowywane i unieszkodliwiane”. Kontynuowanie spożywania alkoholu i narastanie objawów powoduje kolejne powikłania w postaci żylaków przełyku, nieprawidłowego krzepnięcia krwi i uszkodzenia mózgu toksynami – tak zwanej encefalopatii wątrobowej. Wyłączenie pracy wątroby, prowadzi do śmierci chorego, a 60% pacjentów umiera w ciągu czterech lat od ustalenia rozpoznania,
- zapalenie błony śluzowej przełyku i powstanie żylaków przełyku – szerokie, przepełnione krwią żyły łatwo pękają, powodując bardzo niebezpieczne krwawienia. Szacuje się, że w wyniku pierwszego w życiu krwawienia z żylaków przełyku umiera ponad 1/4 chorych,
- rak przełyku – osoby uzależnione od alkoholu, a zwłaszcza palące papierosy, są obciążone dużym ryzykiem rozwoju raka przełyku. Objawy pojawiają się w zaawansowanym stadium choroby, a rokowanie jest bardzo niekorzystne. W ciągu pięciu lat od rozpoznania, mimo właściwego leczenia umiera 80% pacjentów,
- zapalenie błony śluzowej żołądka i choroba wrzodowa – powstaje w wyniku postępującego uszkodzenia błony śluzowej żołądka i wiąże się ze znacznymi dolegliwościami bólowymi, a także zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu tego narządu,
- zmniejszenie napięcia dolnego zwieracza przełyku – prowadzi do cofania się żrącej treści żołądkowej do przełyku, powodując uszkodzenie jego błony śluzowej i zgaś,
- krwawienia z żołądka prowadząca do perforacji – wylewanie się kwaśnej i żrącej treści żołądkowej do jamy brzusznej powoduje rozległe uszkodzenia i grozi poważnymi powikłaniami,
- ostre i przewlekłe zapalenie trzustki – choroba ta objawia się silnym bólem nadbrzusza i upośledzeniem działania uszkodzonego narządu. W przypadkach szczególnych kończy się śmiercią, mimo wdrożenia intensywnego leczenia. Śmiertelność w ostrym zapaleniu trzustki szacuje się na około 15%,
- cukrzyca – w przypadku uszkodzenia większej części trzustki, dochodzi do nieprawidłowego trawienia i zaburzenia przyswajania substancji odżywczych z przewodu pokarmowego. Z powodu upośledzenia produkcji insuliny następuje niekontrolowane zwiększenie stężenia glukozy we krwi,
- nowotwór trzustki – jest chorobą o szczególnie niekorzystnym rokowaniu. Objawy pojawiają się w bardzo zaawansowanym stadium, co utrudnia wczesne rozpoznanie. W ciągu pięciu lat od rozpoznania tej choroby, mimo leczenia umiera 95% chorych,
- wpływ alkoholu na układ krwionośny - szacuje się, że 45% przypadków kardiomiopatii rozstrzeniowej wynika z nadużywania alkoholu. Jest to ciężka i bardzo trudna do leczenia choroba mięśnia sercowego, która powoduje jego nieprawidłowe kurczenie się i w dużym stopniu upośledza przepływ krwi. Niewydolność krążenia, będąca następstwem tej postaci kardiomiopatii, prowadzi do zgonu blisko 1/5 pacjentów w ciągu pierwszych pięciu lat od rozpoznania. Jedynym sposobem istotnej poprawy rokowania jest zaprzestanie picia alkoholu. Kolejnym problemem wynikającym z nadużywania alkoholu są zaburzenia rytmu serca. Etanol oraz wynikające z picia niedobory potasu, magnezu i wapnia we krwi, powodują nieregularną pracę serca prowadzącą do migotania przedsionków. Spożywanie alkoholu wiąże się również ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nadciśnienia tętniczego. Wypijanie powyżej 20 g czystego etanolu dziennie powoduje zwiększenie zagrożenia rozwoju tej choroby,
- wpływ na układ krwiotwórczy - alkohol powoduje zaburzenia funkcji szpiku kostnego, co prowadzi do niedokrwistości, a w konsekwencji osłabienia, zmniejszenia wydolności

organizmu i tolerancji wysiłku. Niedokrwistość zwiększa ryzyko zawału serca i udaru mózgu poprzez upośledzenie transportu tlenu do narządów,

- wpływ na układ hormonalny - toksyczne działanie etanolu powoduje u mężczyzn uszkodzenie jąder, impotencję, utratę libido. U kobiet zaś występuje zaburzenie miesiączkowania i owulacji. Ponadto u osób uzależnionych częściej stwierdza się zahamowanie funkcji tarczycy. Niedoczynność tarczycy objawia się zwiększeniem masy ciała, nietolerancją zimna, zaparciami i zwolnieniem pracy serca,
- Wpływ na układ kostny – z powodu częściej występującej osteopenii, ryzyko złamań w populacji osób nadmiernie spożywających alkohol jest większe. Dodatkowo, sprzyjając hiperkortyzolemii, alkohol zmniejsza wytrzymałość i twardość tkanki kostnej. Hiperkortyzolemia, nazywana rzekomym zespołem Cushinga, wynika z nadmiernej produkcji kortyzolu przez nadnercza, a nieprawidłowe funkcjonowanie wątroby może dodatkowo pogłębiać ten stan. Objawami towarzyszącymi zwiększonemu stężeniu tego hormonu we krwi są: nadciśnienie tętnicze, otyłość centralna, zmniejszona odporność na zakażenia, kamica nerkowa i zaburzenia gojenia się ran.

7) Alkohol i jego wpływ na członków rodziny⁶.

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy, jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Narastanie problemu alkoholowego skłania niepijących członków rodziny do szukania sposobów pozwalających im przetrwać w sytuacji permanentnego stresu, braku poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji, niemożności zaspokojenia elementarnych potrzeb psychologicznych, a czasami również biologicznych. Osoba pijąca z biegiem czasu coraz silniej koncentruje się na alkoholu, wycofuje się z pełnienia ról życiowych, przestaje świadczyć na rzecz rodziny, a czasem nawet interesować się swoimi bliskimi.

a) Współuzależnienie.

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być współuzależnienie. Osoba współuzależniona:

- przejawia silną koncentrację myśli, uczuć i zachowań na zachowaniach alkoholowych osoby pijącej,
- szuka usprawiedliwień sytuacji picia, zaprzecza problemowi,
- ukrywa problem picia przed innymi,
- przejmuje kontrolę nad piciem osoby bliskiej (ogranicza sytuacje alkoholowe, wylewa alkohol, odmierza ilości, kupuje alkohol, aby pijący nie wychodził z domu itp.),
- przejmuje odpowiedzialność za zachowania pijącego partnera, łagodzi konsekwencje picia: kłamie, płaci długi, dba o higienę pijącego, o jego wizerunek itp.,
- przejmuje za osobę pijącą obowiązki domowe, które ona zaniedbuje.

Współuzależnienie nie jest chorobą - jest zespołem nieprawidłowego przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, osoba współuzależniona nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie ułatwia pijącemu dalsze spożywanie alkoholu. U części osób współuzależnionych rozpoznaje się ostrą reakcję na stres, zaburzenia stresowe pourazowe lub zaburzenia adaptacyjne. Współuzależnienie diagnozuje się wyłącznie u osób dorosłych, które formalnie mogą wybrać inną drogę poradzenia sobie z problemem picia partnera. Dzieci nie mają żadnego wyboru. Są skazane na życie w takich warunkach, jakie stwarzają dla nich dorośli.

Osoby współuzależnione wymagają pomocy i mogą uzyskać poprawę stanu zdrowia psychosomatycznego, jeśli skorzystają z pomocy oferowanej im w placówkach terapii uzależnień, gdzie mają prawo korzystać z bezpłatnej pomocy terapeutycznej i medycznej. Niezależnie bowiem od tego, czy pijący podejmie leczenie odwykowe, czy nie, czy zatrzyma picie, czy będzie pił dalej – osoby

⁶ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych . <https://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/dda> . Dostęp: 20.10.2021 r.

współzależnione mogą poprawić jakość swojego życia i życia swoich dzieci. Trudno jest im to jednak zrobić bez przyjęcia fachowej pomocy z zewnątrz.

Poza profesjonalną terapią współzależnienia pomocne dla osób mających pijących bliskich mogą być spotkania Wspólnoty Al-Anon, której celem jest wspieranie się osób współzależnionych w trudnościach wynikających z życia z osobą pijącą i w zmianie swojego funkcjonowania na bardziej satysfakcjonujące.

b) Dzieci w wieku rozwojowym.

Analizując funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym z łatwością można dostrzec, iż w trudniejszej od partnerów osób pijących sytuacji są ich dzieci, które nie miały żadnego wpływu na funkcjonowanie systemu, w którym się znalazły. Mimo istniejących różnic indywidualnych można określić pewien charakterystyczny zbiór doświadczeń, którym dzieci musiały sprostać. Należą do nich:

- poczucie braku oparcia i odrzucenia,
- trwanie w chaosie i braku możliwości przewidywania przyszłych zdarzeń,
- funkcjonowanie w ciągłym poczuciu zagrożenia, napięcia, wraz z doświadczaniem aktów przemocy również seksualnej, życie w systemie pozbawionym norm i wartości.

Przetrwanie w świecie przemocy pozbawionym reguł i wartości, bez możliwości uzyskania wsparcia, z koniecznością przejęcia obowiązków rodzica lub rodziców, wymaga wręcz natychmiastowego przystosowania się, czego efektem jest wypracowanie mechanizmów obronnych, pozwalających na poradzenie sobie z brutalną rzeczywistością. Warto zwrócić uwagę, iż dziecko w takich okolicznościach żyje w ciągłym stresie, z którym próbuje radzić sobie w pojedynkę, gdyż doświadczany wstyd uniemożliwia mu poszukiwanie pomocy na zewnątrz. Początkowo nadzieją na zmianę tej trudnej sytuacji jest osiągnięcie wieku dorosłego i usamodzielnienie się. W wielu jednak przypadkach problemy nie kończą się wraz z przekroczeniem dorosłości. Osoby, na których dzieciństwo spędzone w rodzinie alkoholowej wywarło piętno, z którym trudno poradzić sobie w kolejnych etapach życia określamy mianem osób z syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika.

c) Dorosłe dzieci Alkoholików.

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym są pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu. Powstały na tym tle zespół zaburzeń przystosowania nazywamy syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika.

Do zespołu cech DDA należą:

- problemy z samooceną, zaburzone poczucie własnej wartości,
- przeżywanie stanu przewlekłego napięcia emocjonalnego (stałe pogotowie emocjonalne), często silnego lęku przed odrzuceniem,
- trudności w przeżywaniu przyjemności i nadwrażliwość na cierpienie, poczucie bycia nieszczęśliwym,
- nieumiejętność odprężenia się, odpoczynku,
- trudności w rozpoznawaniu uczuć, nierzadko „zamrożenie emocjonalne”, Posiadanie sztywnych, zagrażających schematów myślenia o innych, o sobie, o świecie,
- wyparcie własnych potrzeb, gotowość do spełniania oczekiwań innych,
- trudności wchodzenia w bliskie związki z ludźmi,
- lęk przed nowymi sytuacjami w życiu.

Nie wszystkie osoby wzrastające w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów syndromu DDA. Większość radzi sobie dobrze ze sobą i swoimi problemami, a jeśli przeżywają trudności skutecznie rozwiązują je bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech DDA może jednak przeszkadzać w codziennym życiu i wówczas wymaga psychoterapii. Oferta pomocy terapeutycznej dla Dorosłych Dzieci Alkoholików jest bardzo ważnym elementem systemu pomocy dla rodzin z problemem alkoholowym.

W znaczeniu medycznym „syndrom DDA” w istocie nie jest zespołem psychopatologicznym, więc nie jest ujmowany (podobnie jak i współuzależnienie) w żadnym systemie klasyfikacyjnym.

W znaczeniu ogólnym, wynikającym między innymi z praktyki psychoterapeutycznej, klinicznej ale i zapotrzebowania społecznego, istnieje możliwość wyodrębnienia określonej liczby właściwości, cech czy zachowań wzajemnie powiązanych ze sobą, które można określić mianem „syndromu Dorosłego Dziecka Alkoholika”.

Podstawowe źródła syndromu DDA, to:

- doznane traumy (ostre i chroniczne),
- niezaspokojone potrzeby i zaniedbania rozwojowe,
- zakłócona więź w znaczących relacjach (z rodzicami, opiekunami).

2. Uzależnienia od tytoniu⁷.

1) Klasyfikacja uzależnienia od tytoniu.

Do klasyfikacji statusu palenia stosuje się następujące definicje:

- osoba niepaląca – osoba, która w swoim życiu nie wypali więcej niż 100 papierosów (lub 100 g tytoniu, w przypadku fajek, cygar lub innych wyrobów tytoniowych),
- codzienny palacz – osoba, która w swoim życiu wypaliła co najmniej 100 papierosów, a obecnie pali codziennie,
- okazjonalny palacz – osoba, która paliła, co najmniej 100 papierosów w swoim życiu, ale obecnie nie pali codziennie,
- były palacz – osoba, która w swoim życiu wypaliła co najmniej 100 papierosów i pozostała w abstynencji przez co najmniej sześć miesięcy.

Uzależnienie od nikotyny składa się z dwóch komponentów:

- uzależnienia fizycznego,
- uzależnienia psychicznego.

Podstawową cechą uzależnienia od nikotyny jest chęć odczuwania farmakologicznych efektów nikotyny. Ponadto uzależnienie polega na unikaniu możliwych zjawisk odstawienia oraz warunkowych asocjacji, zarówno pozytywnych (stymulacja psychoaktywna), jak i negatywnych (brak nikotyny powoduje dyskomfort). Każdy papieros natychmiast zmniejsza głód nikotynowy, ale znieczula receptory nikotynowe, zwiększając w ten sposób potrzebę kolejnej dawki. Ta adaptacja morfologiczna zachodząca w ośrodkowym układzie nerwowym odpowiada rozwojowi zależności fizycznej. Oprócz uzależnienia fizycznego, powtarzające się używanie wyrobów tytoniowych może stać się nawykiem. Kontakty społeczne i sytuacje związane z pewną codzienną rutyną mogą wzmocnić używanie tytoniu. Z czasem to zachowanie staje się zakotwiczone w codziennym życiu.

2) Rozpoznanie uzależnienia od tytoniu.

Uzależnienie od tytoniu definiowane jest przez obecność co najmniej 3 z 7 objawów, utrzymujących się przez ostatnie 12 miesięcy. Do objawów tych należą:

- silne pragnienie palenia,
- trudność w kontrolowaniu ilości,
- objawy odstawienia podczas zmniejszania lub rzucania palenia,
- ciągła konsumpcja pomimo oczywistych szkodliwych skutków,
- priorytet palenia w stosunku do innych czynności,
- wysoka tolerancja,
- fizyczne objawy odstawienia tytoniu.

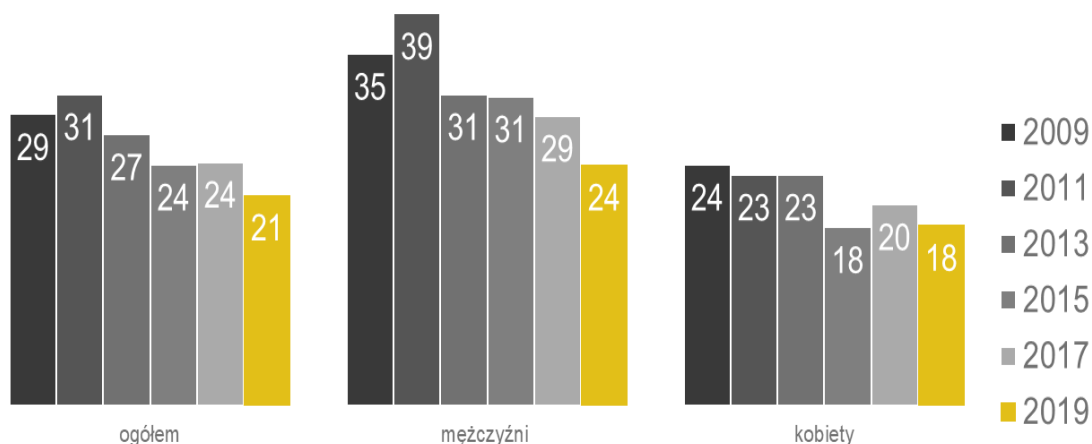
⁷ ENSP (2018). Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf Dostęp: 13.10.2021 r.

W codziennej rutynie uzależnienie od nikotyny ocenia się głównie za pomocą 10 punktowego testu zależności od nikotyny wg. Fagerströma.⁸ Wynik testu w przedziale 0-3 pkt oznacza brak lub słabe uzależnienie od tytoniu, wynik 4-6 pkt średnie, natomiast 7-10 pkt silne uzależnienie od tytoniu.

3) Epidemiologia.

Nie odnaleziono wiarygodnych informacji o liczbie osób leczących się z choroby sklasyfikowanej jako F17 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu. Prawdopodobnie jest to spowodowane tym, że osoby palące tytoń w sposób szkodliwy dla zdrowia cierpią na wielochorobowość, a system ochrony zdrowia jest nakierowany na leczenie skutków, a nie przyczyn choroby.⁹ Pojawiają się natomiast w miarę wiarygodne dane¹⁰ mówiące o liczbie osób palących, opierają się one jednak na badaniach ankietowych, a więc obarczonych zarzutem subiektywności. Zgodnie z odnalezionymi informacjami w 2019 roku 21 % populacji Polski w wieku 15 i więcej lat paliło w różnym stopniu tytoń lub korzystało z e-papierosów. Jak zauważyli badacze jest to znaczny spadek w porównaniu do 2011 roku, gdzie palenie tytoniu deklarowało 31% populacji. Obserwowane jest także znaczące zróżnicowanie pomiędzy grupami wiekowymi i płcią osób palących. Wśród nałogowych palaczy, najwięcej osób ma wykształcenie zasadnicze zawodowe (32% mężczyzn oraz 26% kobiet). Najrzadziej natomiast palą osoby z wyższym wykształceniem (18% mężczyzn, 11% kobiet). Ponadto czynnikiem determinującym palenie jest, oprócz płci, wieku czy wykształcenia, także sytuacja materialna. Nałogowi palacze przeważają wśród osób określających swoją sytuację materialną jako złą (25% ogółu). Wśród kobiet i mężczyzn, najwięcej palących jest wśród bezrobotnych (34% ogółu) oraz gospodyń domowych (39%).

Odsetek osób codziennie palących tytoń w latach 2009-2019.¹¹



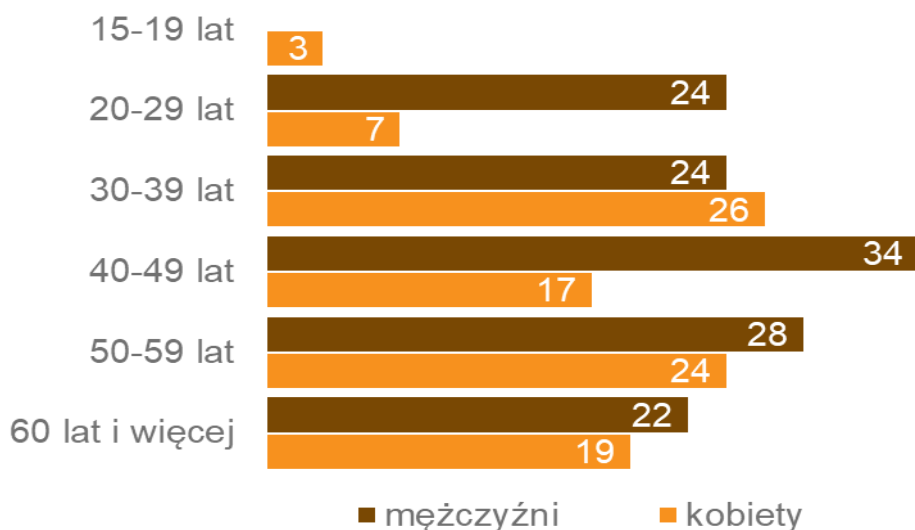
⁸ Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg. Fagerströma. <https://www.mp.pl/interna/table/B16.3.23-2>. Dostęp: 1.10.2021 r.

⁹ Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badań EHIS 2014. GUS. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>. Dostęp: 18.10.2021 r.

¹⁰ Postawy Polaków wobec palenia tytoniu – Raport 2019 r. GIS. <https://www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palenia-tytoniu--raport-2017>. Dostęp: 18.10.2021 r.

¹¹ Ibidem.

Regularne palenie a wiek (odsetek osób palących codziennie wśród kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych)¹².



Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2020 roku¹³ na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg zamieszkiwało 40 320 mieszkańców w wieku 15 i więcej lat. Oznacza to, że problem palenia dotyczy około 8 467 mieszkańców.

4) Leczenie uzależnienia od tytoniu – opis obecnego postępowania.¹⁴

Celem leczenia jest rzucenie palenia tytoniu, co oznacza, że pacjent dobrowolnie nie wypala kolejnych papierosów. W miarę możliwości należy kontrolować abstynencję wraz z monitorowaniem wydychanego tlenku węgla (CO). Maksymalny zalecany poziom CO w oddechu wymagany do potwierdzenia abstynencji wynosi 7 ppm. W praktyce klinicznej zaleca się potwierdzenie abstynencji po sześciu tygodniach od pierwszego dnia zaprzestania palenia. Kluczowymi składnikami skutecznego zaprzestania palenia jest kombinacja edukacji terapeutycznej, wsparcia behawioralnego i farmakoterapii.

Edukacja terapeutyczna:

- wyjaśnienie choroby,
- wyjaśnienie przyczyny zapalania papierosa,
- wyjaśnienie zdrowotnych konsekwencji palenia,
- wyjaśnienie korzyści z rzucenia palenia,
- wyjaśnienie leczenia uzależnienia od palenia tytoniu,
- wyjaśnienie zarządzania chronicznym uzależnieniem od tytoniu, aby zapobiec nawrotom,
- przedstawienie narzędzi dostępnych dla palaczy lokalnie.

Wsparcie behawioralne:

- Identyfikacja behawioralnych przyczyn palenia oraz długoterminowych i natychmiastowych czynników stymulujących palenie,
- Zwiększenie motywacji do rzucenia palenia i zmniejszenie obaw przed rzuceniem palenia.
- Nauka radzenia sobie z emocjami.

¹² Ibidem.

¹³ Główny Urząd Statystyczny, dane dotyczące ludności w Gminie Miasto Kołobrzeg. <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/teryt/tablica#> Dostęp: 18.10.2021 r.

¹⁴ European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2018). Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf Dostęp: 13.10.2021 r.

Farmakoterapia:

Nikotynowa Terapia Zastępcza (NTZ) – terapie zastępujące palenie tytoniu są dostępne w formie przezskórnej (plastry), formie doustnej (guma, pastylka do ssania, tabletki podjęzykowe, inhalator), a w niektórych krajach jako spray do nosa. Kombinacje plastra i doustnych preparatów NTZ są w dużej mierze stosowane w celu zwiększenia dawki nikotyny zbliżonej do poziomu nikotyny dostarczanej przez papierosy. NTZ dostarcza nikotynę do mózgu znacznie wolniej niż papierosy. Dzięki temu wytwarza stopniowo mniej receptorów, które po trzech miesiącach terapii powracają do ilości sprzed nałogu.

- Wareniklina – jest częściowym agonistą receptorów nikotynowych stosowanym w terapii rzucania palenia,
- Bupropion – lek stosowany początkowo w leczeniu depresji, który okazał się skuteczny także w przypadku rzucania palenia,
- Nortryptylina i cytyzyna – stosowane w terapii drugiej fazy rzucania palenia, która jest dostępna w niektórych krajach.

5) Skutki palenia tytoniu¹⁵.

Nikotyna jest tylko jednym z około 4000 związków obecnych w dymie tytoniowym. Do najgroźniejszych konsekwencji medycznych palenia tytoniu można zaliczyć:

- wzrost ryzyka zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego – zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna, udar mózgu,
- zachorowania na nowotwory złośliwe – nowotwory płuc, krtani, jamy ustnej i gardła, pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych, trzustki, szyjki macicy,
- wystąpienia chorób układu oddechowego - przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- wystąpienia niepłodności oraz zaburzeń w przebiegu ciąży - poronień, małej wagi urodzeniowej noworodków.

Warto przy tym zaznaczyć, że także bierny kontakt z dymem tytoniowym (tzw. bierne palenie) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zarówno zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, jak i nowotwory złośliwe. Choroby, takie jak POChP czy nowotwór płuc, występują w większości przypadków u osób narażonych na kontakt z dymem tytoniowym. Jednocześnie śmiertelność z ich powodu jest wysoka, a to ze względu na skuteczność dostępnych terapii, które często pozwalają jedynie na zatrzymanie lub spowolnienie rozwoju choroby, a nie na całkowite wyleczenie.

3. Uzależnienie od narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych.

1) Narkotyki.

Są to znane od początków ludzkości substancje w sposób znaczny wpływające na funkcjonowanie centralnego układu nerwowego (CUN) oraz bezpośrednio na komórki organizmu człowieka. Mechanizm działania środków narkotycznych jest różny, dokładnie przebadany i dzięki temu z powodzeniem stosowany do farmakoterapii lub analgezy. Jednocześnie badania naukowe wskazują na znaczne niebezpieczeństwo adaptacji organizmu od niektórych substancji aktywnych, co może doprowadzić do potrzeby podawania większych dawek w celu uzyskania podobnego efektu. W tym miejscu zaczyna się uzależnienie od substancji narkotycznych. Najpopularniejszymi grupami narkotyków są:

- opiaty – morfina, opium i substancje pochodne. Z zasady są to substancje wytwarzane z maku lekarskiego,

¹⁵ M. Porębiak. (27.02.2013 r.) Uzależnienie od nikotyny. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny> Dostęp: 13.10.2021 r.

- opioidy – dionina, heroina, hydrokodon, hydromorfon, oksykodon, oksymorfon, leworfanol, lewometorfan, butorfanol, pentazocyna, cyklazocyna, fenazocyna, bremazocyna, petydyna, ketobemidon, alfentanil, butylofentanil, fentanil, sufentanil, metadon, dekstromoramid, dekstropropoksyfen, looperamid, difenoksylat, buprenofina, tramadol, tylidyna. Substancje występujące naturalnie lub wytwarzane syntetycznie wiążące się z receptorami opioidowymi. Niektóre nie wykazują bezpośredniego działania na centralny układ nerwowy, nie przekraczają bowiem bariery krew-mózg,
- kanabinoile (kannabinoidy) – marihuana, haszysz oraz syntetyczne merinol, nabilon, rimonabant. Antagoniści receptorów kannabinoidowych. Działają zarówno na psychikę jak i poszczególne tkanki organizmu człowieka. Przyjmowana celowanie w terapii nowotworów, stwardnienia rozsianego,
- leki uspokajające i nasenne (depresanty CUN) – babiluriany, benzodiazepiny. Syntetyczne substancje o różnym sposobie działania mające na celu uzyskanie snu lub polepszenie jego jakości,
- środki pobudzające (stymulanty CUN) – kokaina, amfetamina. Środki pochodzące z grupy alkaloidów oznaczające się dużym potencjałem uzależnienia psychicznego. Środek pochodzenia naturalnego, ekstrahowany z roślin lub w pełni syntetyczny. Najstarszy środek psychoaktywny, jego pierwsze użycie datowane na 3 000 lat p.n.e. Powodując przyspieszenie oddechu i tętno w istotny sposób wpływa na podaż tlenu i lepsze odżywienie komórek organizmu,
- substancje halucynogenne (halucynogeny) – grzyby halucynogenne, pejoti, bieluć dziedzierzawa, sporysz, dimetylotryptamina (DMT), ekstazy, etamina, dwutlenek kwasu lizergonowego (LSD). Powodują iluzje, zaburzenia w odczuwaniu czasu i przestrzeni, wyostrenie słuchu, wpływają na percepcję kolorów, przeżycia mistyczne. Powodują uzależnienie psychiczne.
- lotne rozpuszczalniki (inhalaty) – kleje, rozpuszczalniki organiczne i nieorganiczne, toluen, ksylen, heksan i benzyna oraz gazy np. propan, butan, propelanty aerozoli, spreje. Łatwo dostępne, przez co szalenie niebezpieczne i łatwe do przedawkowania substancje o różnym sposobie wpływania na ośrodkowy układ nerwowy.

2) Nowe środki psychoaktywne inne niż narkotyki.

Pojęcie nowej substancji psychoaktywnej (NSP, NPS – New/Novel Psychoactive Substance) zostało wprowadzone Decyzją Rady Europy w 2005 roku i określało substancje psychotropowe oraz środki odurzające występujące w postaci czystej lub w preparatach nie objętych konwencjami ONZ.

Do polskiego prawodawstwa pojęcie wprowadziła ustawa z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii, gdzie w art. 4 pkt 11a czytamy: „nowa substancja psychoaktywna oznacza 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, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3”.

Substancje te stanowią potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego porównywalne do zagrożeń zdrowotnych wywoływanych przez substancje nazywane zwyczajowo narkotykami "klasycznymi".

Dostępne źródła nie zawierają jednorodnego oficjalnego systemu klasyfikacji NSP. Jeden z najprostszych zakłada podział NSP na pięć grup substancji, przedstawionych w kolejnej tabeli.

Grupa	Naśladowanie	Działanie	Przykład
Syntetyczne kanabinoidy	marihuana	euforia, ekstaza, wewnętrzne rozluźnienie, wzmacnia łaknienie	Seria: JWH-018, AM, UR
Psychostymulanty, stymulanty	amfetamina, kokaina	pobudzające	Mefedron, Penteton, piperazyny, piperydyny, piroidyny
Psychodeliki	LSD, grzyby halucynogenne	halucynogenne	halucynogenne tryptaniny, fenyloetyloaminy, ergoliny
Dysocjaty	ketamina, psychodeliczna substancja psychoaktywna (PCP)	halucynogenne oraz redukujące sygnały z mózgu do świadomości	Metoksetamina
Środki sedatywne	heroina, morfina, leki uspokajające i nasenne	uspokajające	syntetyczne opioidy, benzodiazepiny

3) Epidemiologia¹⁶.

Na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do celów innych niż lecznicze nie są dostępne w oficjalnym obiegu żadne narkotyki. Tym samym skala zjawiska nielegalnego dostępu i uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest trudna do oszacowania, a podawane dane statystyczne opierające się na ankietach mają wątpliwą wartość naukową. Na uwagę zasługuje jednak skuteczność w walce ze substancjami odurzającymi, powoduje to bowiem powstanie nowych substancji odurzających, które stanowią łatwo dostępny i tani substytut narkotyków. Niestety skutki zażywania, nabycie uzależnienia i leczenie zatruc tymi substancjami mogą być bardziej dotkliwe zarówno dla osoby uzależnionej, jego rodziny oraz społeczeństwa. Podkreślenia wymaga także trudność w leczeniu ostrych zatruc nowymi substancjami odurzającymi, nieznane są bowiem swoiste odtrutki dla poszczególnych substancji, a leczenie sprowadza się często do reakcji na zaobserwowane gwałtowne załamanie się funkcji życiowych niż celowane odtruwanie organizmu ze szkodliwej substancji.

Dostępne dane epidemiologiczne dotyczą całości uzależnień zdefiniowanych jako choroby mieszczące się w przedziale od F10 do F19 oraz F63. Grupa ta obejmuje następujące rodzaje uzależnień:

- F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem 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 przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających,
- 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,

¹⁶ Dane z mapy potrzeb zdrowotnych. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451> Dostęp: 18.10.2021 r.

- F19 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków (nieprawidłowe stosowanie leków BNO) i innych środków psychoaktywnych,
- F63 – Zaburzenia nawyków i popędów (nie obejmuje: F10-F19).

Mając wiedzę o danych dotyczących uzależnienia od alkoholu (F10) w różnych rodzajach świadczeniodawców, brak świadczeń z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń spowodowanych paleniem tytoniu (F17) na podstawie dostępnych danych można wyliczyć liczbę osób korzystających ze świadczeń w związku z pozostałymi uzależnieniami.

Uzależnienia w Gminie Miasto Kołobrzeg	2018			2019		
	1	2	3	1	2	3
Poradnia (zdrowia psychicznego/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu)	2 113	485	1 628	1 929	497	1 432
Zespół leczenia środowiskowego lub oddział dzienny	130	2	128	146	6	140
Oddział szpitalny	318	107	211	325	108	217
Razem	2 561	594	1 967	2 400	611	1 789
1 – uzależnienia łącznie, 2 – uzależnienie od alkoholu, 3 – uzależnienia bez alkoholu						

Z wyliczeń wynika, że w 2018 roku było 1 967 mieszkańców cierpiących na różnego rodzaju uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a w 2019 roku było 1 789 osób.

Pod koniec 2019 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii opublikowało raport dotyczący zażywania substancji psychoaktywnych w Polsce¹⁷. Raport jest częścią międzynarodowego systemu monitorowania koordynowanego przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii¹⁸. Udział w tym systemie daje możliwość obiektywnego porównania sytuacji w Polsce w odniesieniu do sytuacji w innych krajach europejskich. Podstawową metodą uzyskiwania wyników jest badanie reprezentatywnej grupy mieszkańców z populacji generalnej.

Pierwszą ważną informacją jest znacznie niższe używanie nielegalnych narkotyków w stosunku do używania alkoholu. W 2014 roku w Polsce używanie alkoholu deklarowało 89,7% respondentów, a używanie nielegalnych narkotyków 4,7%¹⁹. Wyjaśnienia wymaga użycie określenia nielegalne. Ustawodawstwo poszczególnych krajów w sposób odmienny reguluje kwestię dostępności (lub jej całkowitego braku) oraz różnie penalizuje posiadanie porcji środka odurzającego na własny użytek. Dla przykładu Austria, Belgia, Chorwacja, Czechy, Hiszpania, Holandia, Luksemburg, Malta, Niemcy, Portugalia i Słowenia częściowo dekryminalizują posiadanie małych porcji marihuany. Natomiast Bułgaria, Cypr, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Irlandia, Litwa, Łotwa, Polska, Rumunia, Słowacja, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania i Włochy karzą za posiadanie narkotyków.

Jak można zauważyć przynależność Polski do grupy państw liberalnych, czy też zakazujących posiadania jakiegokolwiek dawek substancji odurzających nie ma istotnego znaczenia dla deklarowanej konsumpcji nielegalnych narkotyków w danym kraju (np. Czechy vs Włochy).

Według ostatniego badania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 roku najczęściej używanym narkotykiem w populacji generalnej (15–64 lata) z odsetkiem 12,1% badanych deklarujących używanie kiedykolwiek była marihuana. Wyższy odsetek użytkowników

¹⁷ https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1582296

¹⁸ http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/20192546_TDMA19001ENN_PDF.pdf

¹⁹ Biuletyn Statystyczny Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków „EMSDDA” z 2018 r. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en Dostęp: 1.10.2021 r.

odnotowano wśród mężczyzn – 16,4%, niż wśród kobiet – 7,7%. Do zażywania marihuany w ciągu ostatniego miesiąca przyznało się 7,8% badanych w wieku 15-34 lata (2018 rok). o skali wyzwań związanych z tą substancją świadczy fakt, że największy odsetek osób, które podejmowały leczenie, zgłaszały problemy z marihuaną jako przyczynę rozpoczęcia leczenia z powodu uzależnień (39,5% w 2018 roku). Wyniki badań wśród osób dorosłych pokazują, że na tle Europy poziom rozpowszechnienia używania narkotyków, w tym najbardziej popularnej marihuany, w Polsce nie jest wysoki. Najwyższe wskaźniki używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy odnotowano w następujących krajach: Francja (21,8% – 2017 rok), Włochy (20,9% – 2017 rok), Czechy (19,3% – 2017 rok). Najniższe odsetki spośród krajów UE rejestrujemy na Węgrzech (3,5% – 2015 rok) oraz na Cyprze (4,3% – 2016 rok). W Polsce odsetek wyniósł 7,8% (2018). Inny obraz sytuacji mamy w przypadku używania przetworów konopi przez młodzież. Według badań ESPAD (37 krajów w 2015 roku) przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej odsetek użytkowników marihuany i haszyszku wśród polskiej młodzieży w wieku 15-16 lat znajduje się powyżej średniej europejskiej (16%), wyniósł 24%. Do krajów z najwyższymi wskaźnikami używania marihuany zalicza się Czechy (37%), Monako (31%) oraz Francję (31%). Najniższe odsetki odnotowano w Macedonii (5%) oraz Mołdawii (4%), a w przypadku krajów UE w Szwecji (7%) oraz na Cyprze (7%).

Do zażywania amfetaminy w ciągu ostatniego roku przyznało się 1,4% badanych (15-34 lata). Na trzecim miejscu odnotowujemy metamfetaminę z powodu, której do leczenia zgłosiło się w 2008 roku 9%. 60% osób podejmujących leczenie z powodu metamfetaminy było w wieku 25 lat lub młodszych. Wśród mężczyzn, którzy podjęli leczenie, największy odsetek odnotowano w grupie wiekowej 25-34 lata (44%), gdy w przypadku kobiet była to grupa wiekowa 25 lat i mniej (60%). Warto bardziej przyjrzeć się zjawisku używania metamfetaminy w Polsce, ponieważ odnotowujemy wzrost odsetka osób podejmujących leczenie z powodu tej substancji. W 2015 roku odsetek takich osób wyniósł 3,4%. Wyniki badań ESPAD z 2015 roku wśród młodzieży wskazują, że skala używania metamfetaminy nie jest wysoka. W grupie osób w wieku 15-16 lat odsetek użytkowników metamfetaminy była na poziomie 3,6%, a w przypadku 17-18-latków wyniósł on 3,9%. Dane dotyczące zabezpieczeń narkotyków wskazują na wzrastającą ilość metamfetaminy zabezpieczonej przez policję i Straż Graniczną. W 2016 roku zabezpieczono 17,94 kg metamfetaminy w Polsce, a w 2018 roku ilość ta wzrosła aż do 30,88 kg. Ogólnopolski system monitorowania zgonów z powodu narkotyków nie pozwala na uzyskanie informacji na temat substancji, która była przyczyną zgonu z powodu narkotyków. Z danych dotyczących aglomeracji warszawskiej wynika, iż w 2016 roku spośród 47 osób zmarłych z powodu narkotyków, w siedmiu przypadkach wykryto metamfetaminę. W Polsce nie odnotowuje się dużej liczby zgonów spowodowanych bezpośrednio przedawkowaniem narkotyków. Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego (z 2017 roku) w Polsce zarejestrowano 202 zgony, a w 2016 roku – 204 zgony, których przyczyną były narkotyki. Dane z 2017 roku pokazują, że ofiarami śmiertelnych przedawkowań byli przede wszystkim mężczyźni (73% przypadków).

4) Rozpoznanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych²⁰.

a) Zespół uzależnienia od opioidów:

- objawy psychiczne – wahania nastroju, apatia, stany lękowe, głód psychiczny,
- objawy somatyczne – uszkodzenie narządów mięszczywych, zaburzenia hormonalne, zaburzenia układu odpornościowego, zaparcia, wyniszczenie,
- funkcjonowanie społeczne – stopniowe zawężenie zainteresowań i aktywności, zaniedbywanie obowiązków, marginalizacja.

b) Zespół uzależnienia od leków uspokajających i nasennych:

²⁰ P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Czabała. (2012) Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=15&res_id=3620200
Dostęp: 14.10.2021 r.

- objawy psychiczne – spowolnienie myślenia i mowy, osłabienie pamięci i pojmowania, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia krytycyzmu, stereotypowość wypowiedzi, labilność emocjonalna, obniżenie nastroju, myśli samobójcze, nastawienia ksobne, napady lęku i agresji, zaburzenia snu, głód psychiczny.
 - objawy somatyczne – zaburzenia koordynacji ruchowej, ataksja, dyzartria, spowolnienie ruchowe, osłabienie siły mięśni i odruchów ścięgnistych, drżenia kończyn, oczopląs, polineuropatie, zawroty i bóle głowy, wysypki skórne, brak apetytu, niekiedy wyniszczenie, zaburzenia seksualne,
 - funkcjonowanie społeczne – stopniowe zawężanie zainteresowań, aktywności, zaniedbywanie obowiązków, degradacja społeczna.
- c) Zespół uzależnienia od kokainy, amfetamin i innych substancji stymulujących:
- objawy psychiczne – wahania nastroju, drażliwość, złość, agresywność, apatia, głód psychiczny, ksobność, urojenia, omamy wszelkiego typu, stereotypie, zaburzenia toku myślenia, przerzutność uwagi, zaburzenia pamięci, stany lękowe, lęk paniczny, zaburzenia zachowania,
 - objawy somatyczne – podniecenie ruchowe, stereotypie ruchowe, ataksja, drżenia mięśniowe, mogą wystąpić powikłania w zakresie układu krążenia, oddechowego i nerwowego,
 - funkcjonowanie społeczne – kryminalizacja, izolacja społeczna, marginalizacja.
- d) Zespół uzależnienia od kanabinoli:
- objawy psychiczne – myślenie magiczne, zaburzenie pamięci i uwagi, upośledzenie zdolności rozwiązywania problemów i planowania przyszłości, osłabienie zachowań intuicyjnych, apatia z dominującym brakiem motywacji do działania, zubożenie uczuciowe, osłabienie woli, głód psychiczny, beczynność, dystymia, obniżenie nastroju, stany lękowe, zaburzenia snu,
 - objawy somatyczne – zaburzenia koordynacji ruchowej, przewlekłe zapalenie krtani, oskrzeli, napady kaszlu, suchość w ustach, przekrwienie białówek i spojówek, wysypki skórne, brak apetytu, wychudzenie, niekiedy wyniszczenie, zaburzenia seksualne, osłabienie reakcji odpornościowych,
 - funkcjonowanie społeczne – zanik zainteresowań i aktywności, zaniedbywanie obowiązków, izolacja społeczna, samotność, degradacja społeczna.
- e) Zespół uzależnienia od rozpuszczalników lotnych:
- objawy psychiczne – zaburzenia pamięci i intelektu, agresja, samouszkodzenia, drażliwość, wściekłość, smutek, nastawienia ksobne, urojenia, impulsywność, męczliwość, głód psychiczny,
 - objawy somatyczne – zaburzenia koordynacji ruchowej, oczopląs, drżenie zamiarowe, polineuropatie obwodowe, wychudzenie, niekiedy wyniszczenie, charakterystyczna bledź skóry, krwawienia z nosa, zmiany zanikowo-zapalne nosogardzieli, niespecyficzne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, charakterystyczny zapach oddechu i niekiedy skóry, moczu,
 - funkcjonowanie społeczne – zanik zainteresowań i aktywności, zaniedbywanie obowiązków, izolacja społeczna, samotność, degradacja społeczna.

5) Leczenie uzależnienia od narkotyków – opis obecnego postępowania²¹.

Główny cel farmakoterapii to długotrwała, najlepiej dożywotnia eliminacja używania substancji uzależniających. W planowaniu takiego leczenia pomocne jest podzielenie leczenia na dwa etapy.

- a) Cel pierwszego etapu – zaprzestanie używania, czyli osiągnięcie wstępnej abstynencji. Można ją osiągnąć poprzez detoksykację (szybką albo rozłożoną w czasie) lub przez interwencje umożliwiające stopniowe zmniejszanie używania substancji aż do całkowitego zaprzestania.

²¹ Ibidem.

- b) Cel drugiego etapu – leczenie polegające na wydłużaniu okresu abstynencji i zapobieganiu nawrotowi. Etap ten obejmuje nie tylko leczenie osoby uzależnionej, ale także pomoc jego środowisku domowemu.

Detoksykacja.

Pojęcie detoksykacji odnosi się do procesu terapeutycznego, w którym u osoby z uzależnieniem fizjologicznym, zaprzestaje się podawania danej substancji i leczy ujawniające się objawy abstynencyjne. W wyniku udanej detoksykacji pacjent utrzymuje abstynencję bez objawów zespołu odstawienia. W efekcie zanika także wykształcona w procesie uzależnienia tolerancja na efekty substancji. Detoksykacja może być przeprowadzona w sposób ultraszybki (kilka godzin), szybki (kilka dni) lub stopniowo (kilka tygodni czy miesięcy). Celem detoksykacji jest:

- usunięcie uzależnienia fizjologicznego,
- ograniczenie/eliminacja objawów abstynencyjnych i towarzyszącego dyskomfortu,
- zaangażowanie pacjenta w proces leczenia uzależnienia i zapoczątkowanie długofalowej opieki psychoterapeutycznej i medycznej dla utrzymania trwałej abstynencji,

W trakcie detoksykacji jest stosowanych kilka grup leków:

- substancje, od której pacjent jest uzależniony np. benzodiazepiny - dawki tych substancji są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych,
- leki, które mają efekt podobny do substancji uzależniającej np. metadon w detoksykacji od heroiny – ich dawki są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych,
- leki specyficznie blokujące zmiany towarzyszące zespołom abstynencyjnym – przykładem jest klonidyna lub lofeksydyna w detoksykacji opioidowej,
- leki bezpośrednio zmniejszające intensywność objawów zespołu abstynencyjnego – leki przeciwbólowe (paracetamol, ibuprofen), leki przeciwwymiotne (tietyloperazyna), leki przeciwłękowe (lorazepam czy klonazepam), leki nasenne (zolpidem, trazodon).

Leczenie substytucyjne za pomocą agonistów.

Leczenie substytucyjne polega na zastąpieniu substancji nadużywanej lekiem, który ma podobny efekt farmakologiczny i przez to eliminuje objawy abstynencyjne oraz głód, ale nie posiada właściwości euforyzujących. Lek stosowany w leczeniu zastępczym zmniejsza lub blokuje euforyzujące efekty nadużywanej substancji, ma długi okres działania, co zapewnia stabilność pacjenta przy podawaniu go raz dziennie lub nawet rzadziej.

Zapobieganie nawrotom.

Jednym z najbardziej skutecznych sposobów osiągnięcia długotrwałej abstynencji i zapobiegnięcia nawrotom używania substancji psychoaktywnych jest stosowanie takich leków, które powodują efekty fizjologiczne uniemożliwiające doświadczanie euforyzującego działania substancji psychoaktywnej. Do tej grupy leków zaliczani są antagoniści receptora opioidowego (naltrekson, nalmefen), blokujący receptor, a przez to uniemożliwiający farmakologiczny efekt przyjmowanych opioidów.

6) Skutki zażywania substancji psychoaktywnych²².

Zaburzenia psychiczne.

Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne wśród użytkowników substancji psychoaktywnych:

- opioidy - osobowość dyssocjalna typu borderline, zespoły depresyjne,
- kokaina, amfetaminy - zespoły depresyjne, stany psychotyczne, ADHD, zaburzenia odżywiania się,
- leki uspokajające i nasenne - zespoły lękowe, zespoły depresyjne, zespoły organiczne,
- konopie i inne substancje halucynogenne - stany psychotyczne (zespoły urojeniowe, schizofrenopodobne), zespół apatyczno-abuliczny, schizofrenia,

²² Ibidem.

- lotne rozpuszczalniki - osobowość dyssocjalna typu borderline, zespoły urojeniowe, zespoły organiczne.

Zaburzenia somatyczne.

Przewlekłe przyjmowanie substancji psychoaktywnych prowadzi do powstania zaburzeń somatycznych, które stanowią składową obrazu choroby, jaką jest uzależnienie. Objawy chorobowe objawiają się w narządach i układach:

- układ odpornościowy – uogólniona limfadenopatia, podwyższony poziom immunoglobulin, zwłaszcza IgG i IgM, limfocytoza, zmiana aktywności komórek NK, błędnie dodatnie testy serologiczne (kiłowe, czynnika reumatoidalnego, odczynu wiązania dopełniacza). Ponadto iniekcje dożylnie, przy których ma miejsce dzielenie się igłami i strzykawkami, promiskuityzm i styl życia sprzyjają zakażeniom HIV,
- układ nerwowy - napady drgawkowe, wzrost ciśnienia krwi, stan spastyczny naczyń mózgowych, przyspieszony rozwój miażdżycy, uszkodzenie płytek krwi, krwotoki i udary niedokrwienne, zaburzenia koordynacji ruchowej, oczopląs, drżenia mięśniowe, dysmetria, neuropatia obwodowa, encefalopatia, zespół otępienny,
- układ oddechowy - bóle w klatce piersiowej i trudności w oddychaniu, zapalenie płuc, nowotwory płaskonabłonkowe, drobnokomórkowe i gruczolakoraki płuc oraz nowotwór płaskonabłonkowy krtani. Ponadto przyjmujący substancje drogą dożylną, zakażeni HIV są grupą o najwyższym wskaźniku zachorowania na gruźlicę,
- układ krążenia - zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatie, tętniaki,
- układ wydzielania wewnętrznego - zaburzenia wydzielania prolaktyny, estrogenów, testosteronu, zanik miesiączki, hipogonadyzm, hiperprolaktemia, niepłodność i impotencja, zwiększenie wydzielania hormonów tarczycy, obniżenie libido i zmniejszenie ruchliwości plemników,
- układ mięśniowo-szkieletowy – rabdomioliza, kostniejące zapalenie mięśni, zapalenie kręgow (szczególnie lędźwiowych), stawów (głównie krzyżowo-biodrowych), zapalenie szpiku kostnego,
- wątroba - stłuszczenie, ostre i przewlekłe zapalenie oraz marskość wątroby,
- skóra – uszkodzenia skóry po iniekcjach dożylnych (najczęściej w zgięciach łokciowych), obrzęki, zmiany troficzne skóry z tendencją do powstawania owrzodzeń, zmiany grzybicze, zapalenie tkanek okołopaznokciowych oraz choroby pasożytnicze skóry (świerzb, wszawica).

7) Wpływ zażywania narkotyków na rodzinę²³.

Zażywanie narkotyków wywołuje poważne problemy osobiste i społeczne, mogące nieść konsekwencje dla młodego pokolenia, zwłaszcza gdy rodzice, opiekunowie i inni dorośli nałogowo sięgają po narkotyki. Uzależnione od narkotyków osoby dorosłe nie są w stanie stworzyć dzieciom podstawowych warunków do rozwoju i nauki, a nieraz nawet zapewnić pożywienia, czego następstwem może być umieszczenie podopiecznych w wyspecjalizowanych ośrodkach opieki²⁴. Nie mniejszym problemem jest zażywanie substancji psychoaktywnych przez samo dziecko, czego przyczyną mogą być jego niewłaściwe relacje z rodzicami lub innymi członkami rodziny, jak też brak zaufania i wiary w pomoc ze strony rodziców. Współczesne rodziny zmagają się z niedostatkiem wzajemnych relacji między swymi członkami (nie spędzają wspólnie czasu, rodzice nie rozmawiają z dziećmi, nie budują wzajemnego zaufania i bliskości emocjonalnej, w rodzinie panuje poczucie osamotnienia, a nawet odrzucenia). Członkowie rodziny nie podejmują starań w kierunku nawiązania i podtrzymania bliskości emocjonalnej, ponieważ lękają się utraty niezależności i ograniczenia indywidualności. Anita A. Rawa zauważa, iż „dziecko szybko uczy się, że jedynym sposobem zwrócenia

²³ K. Sigda, R. Matusiak, Dysfunkcjonalność współczesnej rodziny skutkiem różnego rodzaju uzależnień. (2016) <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/15155> Dostęp: 20.10.2021 r.

²⁴ H. Bednarski, Przemoc w rodzinie jako przykład dysfunkcjonalności rodziny. „Mazowieckie Studia Humanistyczne” 2012, t. 13, nr 1/2, s. 144.

na siebie uwagi jest przysparzanie innym kłopotów swoim zachowaniem. W atmosferze obojętności i braku czułości każdy przejaw zainteresowania jest dla dziecka cenny – zarówno pozytywny, jak i negatywny”²⁵. Owe zjawiska sprzyjają rozpowszechnieniu się zachowań patologicznych.

Zachowania patologiczne dzieci wiążą się bezpośrednio z tym, jak postrzegają one środowisko rodzinne, w którym żyją. Młodzież sięga po narkotyki nie po to, aby zmienić siebie czy rzeczywistość, lecz po to, aby zmienić percepcję siebie lub rzeczywistości. Osoby uzależnione od narkotyków nie posiadają odpowiedniego przygotowania do samodzielnego życia, nie są odpowiedzialne, ich funkcjonowanie jest zaburzone z powodu zbyt dużej zależności od rodziny. „Dochodzi do tego fakt, że gdy narkoman podejmuje próby usamodzielnienia się i zaczyna osiągać w tym pierwsze sukcesy, to rodzina odbiera to jako zagrożenie związane z odejściem i uzyskaniem przez niego samodzielności. Pojawia się więc kryzys w rodzinie, na który w odpowiedzi osoba odurzająca się podejmuje szereg nieprzemyślanych i wadliwych zachowań, ukazujących jej niezdolność do autonomicznego życia, a tym samym osłabiają kryzys w rodzinie. To pokazuje, że nie tylko narkoman lęka się oddzielenia od rodziny, ale i rodzina boi się jego utraty”.²⁶ Uzależnienie od narkotyków powoduje, że życie staje się wegetacją. Ciągły przymus brania jest równoznaczny z niemyśleniem o jutrze, o przyszłości, tylko o tym co dziś, o tym jak zdobyć narkotyk.

²⁵ A.A. Rawa, Rodzinne uwarunkowania narkomanii wśród młodzieży, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia. Sectio J” 2002, t. 15, s. 4.

²⁶ Ibidem

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

1. Cel główny.

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne wśród 10 % uczestników programu.

2. Cele szczegółowe.

- 1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród co najwyżej 10 % 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 wśród co najwyżej 10 % świadczeniobiorców w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych.
- 3) Zwiększenie liczby palaczy decydujących się na ograniczenie lub zaprzestanie palenia tytoniu o co najwyżej 5 % w stosunku do wszystkich uczestników programu.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Do celu głównego:

Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

Do celów szczegółowych:

- 1) Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- 2) Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
- 3) Odsetek osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania użytkowania danej substancji, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyużywkowej.

III. Charakterystyka populacji docelowej i opis interwencji.

1. Populacja docelowa²⁷.

Populacją docelową dla całości programu będą mieszkańcy Gminy Miasto Kołobrzeg (GMK) w wieku 5 lat i więcej, którzy zgłoszą chęć wzięcia udziału w programie.

Program będzie skierowany do osób zagrożonych uzależnieniem, uzależnionych, współuzależnionych oraz dorosłych dzieci alkoholików oraz dzieci uczęszczających do placówek oświatowych, którym organem prowadzącym jest Gmina Miasto Kołobrzeg.

Liczba osób objętych interwencją została ustalona w dziale IV „Organizacja programu”.

Etap programu	Opis populacji docelowej	Liczba osób potencjalnie objętych interwencją
Szkolenia dla personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami programu (osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne, osoby przeprowadzające wizytę kwalifikacyjną, osoby realizujące interwencje antyżywkowe, osoby przeprowadzające szkolenia dla dzieci i młodzieży).	20
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna	44 234
Wizyta kwalifikacyjna	Populacja ogólna	240
Interwencja antyżywkowa	Osoby skierowane po wizycie kwalifikacyjnej	240
Szkolenia dla dzieci i młodzieży	Dzieci w wieku przedszkolnym, dzieci w wieku szkolnym	4 414
Działania wspomagające	Populacja ogólna	44 234

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 31 grudnia 2020 roku Gminę Miasto Kołobrzeg zamieszkiwało 44 234 osób w wieku 5 lat i więcej. W poszczególnych grupach wiekowych dane dotyczące wieku przedstawiają się następująco:

Przedział wiekowy	Liczba osób	Przedział wiekowy	Liczba osób
5-9	1 811	50-54	2 773
10-14	2 103	55-59	3 055
15-19	2 031	60-64	3 795
20-24	2 015	65-69	3 817
25-29	2 272	70-74	3 093
30-34	3 013	75-79	1 435
35-39	3 659	80-84	1 190
40-44	3 845	85 i więcej	1 063
45-49	3 264	Ogółem	44 234

²⁷ Główny Urząd Statystyczny, dane dotyczące ludności w Gminie Miasto Kołobrzeg. <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/teryt/tablica#> Dostęp: 18.10.2021 r.

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

Do programu zostaną włączone 3 grupy mieszkańców GMK.

- dzieci w wieku od 5 roku życia i więcej,
- młodzież uczęszczająca do szkół podstawowych, których organem prowadzącym jest GMK,
- dorośli z zagrożeniem uzależnieniem od środków psychoaktywnych oraz z rozpoznanym uzależnieniem.

Ze względu na właściwe przygotowanie merytoryczne kadry medycznej do programu w etapie szkoleń zostaną także włączeni pracownicy zatrudnieni w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie profilaktyki oraz leczenia uzależnień na poziomie:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych ponad zawarty z Narodowym Funduszem Zdrowia kontrakt w rodzaju leczenie uzależnień, także w oddziałach szpitalnych otwartych i zamkniętych,
- wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty lecznicze, które nie posiadają kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia z rodzaju leczenie uzależnień.

Etap programu	Kryteria włączenia	Kryteria wykluczenia
Szkolenia dla personelu medycznego	Personel medyczny zaangażowany w realizację programu	Rezygnacja z udziału w programie
Działania informacyjno-edukacyjne	Wszystkie osoby włączone do programu	Rezygnacja z udziału w programie
Wizyta kwalifikacyjna	Wszystkie osoby włączone do programu	Pozostawanie pod opieką poradni terapii leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (finansowanie ze środków publicznych), ostra faza choroby, rezygnacja z udziału w programie
Interwencja antyżywkowa	Osoby z postawioną diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych	
Szkolenia dla dzieci i młodzieży	Dzieci od 5 roku życia w przedszkolach, dzieci i młodzież w szkołach podstawowych Wymagane wyrażenie przez opiekuna prawnego zgody na udział w zajęciach	Brak zgody opiekuna prawnego na udział w programie
Działania wspomagające	Dzieci i młodzież	Brak zgody opiekuna prawnego na udział w programie

3. Planowane interwencje zdrowotne²⁸.

Wszelkie działania planowane w ramach programu dotyczące substancji psychoaktywnych powinny zostać dostosowane do wieku populacji docelowej i być zgodne z rekomendacjami towarzystw naukowych oraz dowodami naukowymi. Dotyczy to zarówno treści merytorycznych jak i sposobu przekazywania informacji uczestnikom.

Diagnozy potrzeb dokonuje Rada Miasta Kołobrzeg w uchwalanym co rok Miejskim Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii.

1) Szkolenia dla personelu medycznego.

- W ramach programu realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami.
- Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.
- W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki oraz diagnostyki uzależnień od substancji psychoaktywnych.
- W trakcie szkoleń należy zapoznać personel z zasadami komunikacji z osobami uzależnionymi. Należy również podkreślić istotę nawiązania kontaktu między personelem medycznym, a osobą uzależnioną, jako istotnego elementu prowadzonych działań leczniczych.
- W trakcie szkolenia należy wielokrotnie podkreślać potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zachęcić personel medyczny do informowania o tym pacjentów.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

2) Działania informacyjno-edukacyjne.

- Przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim.
- Rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej na temat uzależnień od substancji psychoaktywnych: o korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak aktywność fizyczna, o potencjalnych czynnikach 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.
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja, festyny antyżywkowe organizowane przez jednostki organizacyjne GMK.
- Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.

²⁸ Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Rekomendacja Prezesa AOTMiT nr 12/2020. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/RPT/12%20BIP%20RAPORT_zalec_tech_n_art_48aa_profilaktyka.pdf Dostęp: 19.10.2021 r.

- Warunkiem przystąpienia do programu jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu, za wyjątkiem osób biorących udział w aktywnościach zbiorowych.
- W ramach edukacji należy poruszyć również kwestie alternatywnych sposobów przyjmowania używek oraz innych substancji nie kwalifikujących się jako alkohol, tytoń lub narkotyki.
- W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:
 - materiały edukacyjne sporządzone w ramach programu „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”,
 - materiały edukacyjne sporządzone przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
 - materiały edukacyjne sporządzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
 - materiały edukacyjne przygotowane przez każdą inną państwową instytucję zajmującą się uzależnieniami.

3) Wizyta kwalifikacyjna.

- Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych.
- W ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia lub już rozwiniętego uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W wywiadzie należy skupić się na zastosowaniu dostępnych opracowanych kwestionariuszy nakierowanych na identyfikację osób uzależnionych lub osób z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnienia. W ramach wywiadu możliwe jest zastosowanie takich narzędzi jak:
 - test uzależnienia od nikotyny Fagerström’a²⁹,
 - test uzależnienia od alkoholu AUDIT-C³⁰,
 - test uzależnień od alkoholu, tytoniu, substancji psychoaktywnych ASSIST,
 - test uzależnienia od substancji psychoaktywnych NIDA,
 - badanie uzależnienia od alkoholu N SASQ³¹.
- W ramach wizyty kwalifikacyjnej należy również dokonać oceny ryzyka wystąpienia uzależnienia w oparciu o osobnicze czynniki środowiskowe takie jak:
 - obecność w historii rodziny przypadków uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
 - obecność kontaktów z rówieśnikami, u których stwierdza się obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
 - wszelkie niekorzyści wynikające z miejsca bytowania i stosunków społecznych.
- W oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej należy dostosować dalsze postępowanie.
- Osoby, u których wykluczona zostanie przynależność do grup wysokiego ryzyka kończą udział w programie.
- Osoby, u których stwierdza się obecność zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych przeprowadza się dalszą edukację.
- Osoby, u których stwierdza się uzależnienie lub mają postawione rozpoznanie uzależnienia, ale nie znajdują się w fazie ostrej choroby obejmuje się interwencją antyuzwywkowa.

²⁹ Test uzależnienia od nikotyny. <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/TEST-uzaleznienia-od-tytoniu-wg-FAGERSTROMA.pdf> Dostęp: 22.10.2021 r.

³⁰ Test uzależnienia od alkoholu. <http://uzaleznienie.com.pl/test-alkoholizm/test-audit-c/> Dostęp: 22.10.2021 r.

³¹ Zmodyfikowany test jednokrotnego wyboru uzależnienia od alkoholu.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684829/Single_question_alcohol_use_test_M_SASQ_.pdf&usq=AOvVaW1DIb3c8zqiogkAZX_Qvfod Dostęp: 22.10.2021 r.

4) Interwencja antyżywkowa.

- Interwencję mogą przeprowadzić wyłącznie specjalista psychoterapii uzależnień, instruktor terapii uzależnień, psycholog, psychiatra lub w przypadku braku możliwości dokonania interwencji osoba będzie kierowana do specjalistycznych ośrodków leczenia uzależnień.
- W przypadku stwierdzenia u uczestnika programu obecności uzależnienia od substancji psychoaktywnej należy wdrożyć u niego interwencję nacelowaną na ograniczenie szkodliwości lub całkowite porzucenie nałogu.
- W ramach interwencji zaleca się przeprowadzenie z pacjentem rozmowy motywacyjnej, podczas której należy zaproponować podjęcie próby porzucenia nałogu. Istotnym jest, aby w trakcie interwencji nie prowokować, nie krytykować ani nie osądzać poczynań uczestnika programu. Personel medyczny powinien zostać w tym przypadku przeszkolony z komunikacji z tego typu osobami.
- Podczas interwencji należy zwrócić uwagę uczestnika, nie tylko na aspekty zdrowotne uzależnienia, ale także na skutki ekonomiczne oraz społeczne.
- W przypadku wyrażenia przez uczestnika chęci podjęcia próby porzucenia nałogu należy udzielić mu informacji na temat dostępnych możliwości leczenia oraz poinformować go o ośrodkach zajmujących się leczeniem uzależnień.

5) Szkolenia dla dzieci i młodzieży.

- Szkolenia mają na celu zapoznanie dzieci i młodzieży z problematyką uzależnień od substancji psychoaktywnych, ich skutków zdrowotnych, wpływu na stosunki społeczne oraz sytuację ekonomiczną.
- Forma oraz treść prowadzonych szkoleń powinna być dostosowana do wieku uczestników.
- Ww. szkolenia powinny realizować określoną tematykę dotyczącą:
 - skutków zdrowotnych długotrwałego zażywania substancji psychoaktywnych,
 - wpływu uzależnienia na relacje z rówieśnikami, rodziną oraz innymi grupami społecznymi,
 - skutków prawnych związanych z posiadaniem bądź użytkowaniem określonych substancji,
 - istoty prowadzenia działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień jak aktywność fizyczna.
- W ramach szkoleń należy poruszyć kwestię innych substancji uzależniających (m.in. dopalaczy, leków i gazów wywołujących stan odurzenia) oraz alternatywnych metod użytkowania danych używek (m.in. e-papierosów, tabaki lub cygar).
- W ramach szkolenia należy poinformować uczestników o dostępnych metodach leczniczych i podać kontakt do organizacji wspomagających osoby uzależnione w procesie porzucenia nałogu.
- W ramach szkoleń należy starać się utrwalić w świadomości dzieci i młodzieży ogólnie przyjęty wizerunek osoby niepalącej i niespożywającej alkoholu przed ukończeniem 18 r.ż. i w dorosłości.

6) Działania wspomagające.

- Jest to grupa działań mająca uzupełnić szkolenia dla dzieci i młodzieży oraz działania informacyjno-edukacyjne dla dorosłych, utrwalić prawidłowe relacje międzyludzkie, właściwy wzór rodziny, opiekuńczość pomiędzy członkami rodziny oraz utrwalić poszanowanie własności i jednoczyć społeczność lokalną wokół konkretnego działania lub inwestycji.
- Zgodnie z diagnozą postawioną w Miejskim Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dopuszcza się realizację przedsięwzięć polegających na inwestycjach w budowę miejsc integracji rodzin, lokalnej społeczności, w tym obiektów budowlanych, budynków i budowli służących mieszkańcom Gminy Miasto Kołobrzeg w budowaniu trzeźwej wspólnoty samorządowej.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych.

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Realizatorami programu będą podmioty lecznicze wyłonione w konkursie ofert ogłoszonym na podstawie art. 48a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, placówki oświatowe, których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Kołobrzeg, a także właściwe wydziały Urzędu Miasta Kołobrzeg i jednostki organizacyjne Gminy Miasto Kołobrzeg.

Etap programu	Realizator	Akt prawny
Szkolenia dla personelu medycznego	Wyłoniony w konkursie ofert	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
Działania informacyjno-edukacyjne		
Wizyta kwalifikacyjna		
Interwencja antyżywkowa		
Szkolenia dla dzieci i młodzieży	Placówki oświatowe Gminy Miasto Kołobrzeg	Ustawa prawo oświatowe i rozporządzenia wykonawcze
Działania wspomagające	Właściwe wydziały Urzędu Miasta Kołobrzeg, jednostki organizacyjne GMK	Ustawa o samorządzie gminnym i rozporządzenia wykonawcze

5. Sposób zakończenia udziału w programie.

Zakończenie udziału w programie będzie następowało najczęściej w wyniku wyczerpania możliwości interwencji zaplanowanej w programie.

Etap programu	Kryteria zakończenia udziału w programie	Sposób zakończenia udziału w programie
Szkolenia dla personelu medycznego	Rezygnacja z udziału w programie	Zakończenie szkolenia przez Realizatora
Działania informacyjno-edukacyjne	Rezygnacja z udziału w programie	Odbycie rozmowy informacyjnej o szkodliwości nałogu
Wizyta kwalifikacyjna	Pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej (1700, 1701), ostra faza choroby, rezygnacja z udziału w programie	Skierowanie do poradni specjalistycznej w celu leczenia uzależnienia, skierowanie do etapu interwencji antyżywkowej
Interwencja antyżywkowa	Pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej (1700, 1701), ostra faza choroby, rezygnacja z udziału w programie	Zakończenie leczenia, skierowanie do poradni specjalistycznej w celu leczenia uzależnienia
Szkolenia dla dzieci i młodzieży	Brak zgody opiekuna prawnego na udział w programie	Zakończenie realizacji rekomendowanego programu profilaktycznego
Działania wspomagające	Brak zgody opiekuna prawnego na udział w programie	Działanie ma trwały charakter, nie przewiduje się zakończenia

IV. Organizacja programu.

1. Etapy i działania podejmowane w ramach programu.

1) Szkolenia dla personelu medycznego.

Szkolenie dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni leczenia uzależnień powinien prowadzić lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych. Zagwarantuje to wysoką jakość interwencji w ramach programu. Szkolenie powinno obejmować co najmniej zagadnienia dotyczące:

- a) rozpoznawania uzależnienia od alkoholu,
- b) rozpoznawania uzależnienia od tytoniu,
- c) rozpoznania uzależnienia od narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych,
- d) motywowania do zaniechania ryzykownych zachowań,
- e) motywowania do podjęcia leczenia,
- f) motywowania do ograniczenia skutków szkodliwego picia alkoholu,
- g) innych udowodnionych naukowo działań zmierzających do wyleczenia z uzależnienia.

Planuje się przeszkolenie 15 osób z poradni podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodków leczenia uzależnień.

2) Działania informacyjno-edukacyjne.

Działania muszą być prowadzone na podstawie współczesnej i aktualnej wiedzy medycznej o naukowo udowodnionych podstawach dotyczącej leczenia uzależnień i zmniejszania skutków ryzykownego lub szkodliwego spożywania alkoholu. Zajęcia powinny być prowadzone przez specjalistę psychoterapii uzależnień, instruktora terapii uzależnień, lekarza, pielęgniarkę lub inną osobę wykonującą samodzielny zawód medyczny, która posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych.

Jako działania uzupełniające w ramach programu dopuszcza się przygotowanie materiałów informacyjnych lub korzystanie z gotowych materiałów z zastrzeżeniem, że materiały muszą być oparte wyłącznie o udokumentowane naukowo co do swojej skuteczności procedury medyczne.

Działania będą skierowane do ogółu populacji docelowej.

3) Wizyta kwalifikacyjna.

Wizytę kwalifikacyjną może wykonać osoba, która odbyła szkolenie w ramach etapu 1 (szkolenie dla personelu medycznego) lub osoby prowadzące szkolenie, o których mowa w etapie 1. Wizytę kwalifikacyjną przeprowadza się w podmiocie leczniczym Realizatora.

a) Etap wstępny:

- pierwszy kontakt (zebranie podstawowych danych o pacjencie, omówienie kontekstu skierowania, badanie i wzmacnianie motywacji do zmiany).

Opcjonalnie (w zależności od osoby objętej interwencją):

- wstępna diagnoza syndromu DDA, DDD,
- konsultacja psychologa klinicznego,
- konsultacja lekarza psychiatry,
- diagnoza prawna lub/i socjalna (gdy mamy do czynienia z osobą w kryzysie).

b) Etap zasadniczy:

- diagnoza psychologiczna,
- poszerzona diagnoza psychiatryczna (w miarę potrzeb).

Wizyta kwalifikacyjna obejmie 240 osób z populacji docelowej, tj. 10 % osób, które w 2019 leczyły się z różnego rodzaju uzależnień w placówkach lecznictwa odwykowego.

4) Interwencja antyżywkowa.

a) interwencję przeprowadza się w podmiocie leczniczym Realizatora:

- poradni leczenia uzależnień w podmiocie leczniczym świadczącym usługi lecznicze w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w poradni leczenia uzależnień (kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1740),
 - poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w podmiocie leczniczym świadczącym usługi lecznicze w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1744),
 - dziennym oddziale psychiatrycznym w podmiocie leczniczym świadczącym usługi lecznicze w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w dziennym oddziale psychiatrycznym (kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 2700),
 - oddziale psychiatrycznym w podmiocie leczniczym świadczącym usługi lecznicze w rodzaju świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w warunkach stacjonarnych (kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4700).
- b) Personel realizujący interwencje powinien spełniać wymagania, o których mowa we właściwym załączniku rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
- c) do niniejszego etapu mogą być zakwalifikowane osoby, które skorzystały w przeszłości lub są w trakcie korzystania z terapii leczenia uzależnienia od alkoholu lub leczenia innych rodzajów uzależnień.
- d) zasadniczymi elementami interwencji skierowanej do osoby uzależnionej lub zagrożonej uzależnieniem, osoby współuzależnionej oraz dorosłych dzieci alkoholików winny być wyłącznie świadczenia, które będą uzupełnieniem finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia działań w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień tj.:
- praca nad poczuciem własnej wartości (zwiększenie poczucia własnej wartości, poznanie swoich mocnych stron, uruchamianie mocy tkwiącej w pacjencie),
 - praca nad poczuciem winy (zrozumienie czym jest poczucie winy, wyraźne oddzielenie poczucia winy od poczucia wstydu, zmniejszenie nieadekwatnego poczucia winy, uświadomienie, przeżycie tych zachowań za które pacjent czuje się winny),
 - praca nad wstydem (zrozumienie czym jest poczucie wstydu, źródła poczucia wstydu, praca nad krytykiem wewnętrznym, odreagowanie sytuacji, za które pacjent czuje wstyd),
 - jak sobie radzić z lękiem (uświadomienie sobie czym jest lęk, źródła lęku, lęk destrukcyjny, konstruktywny, poznanie struktury lęku, somatyzacja lęku, nauka radzenia sobie z lękiem),
 - jak sobie radzić ze stresem (uświadomienie sobie czym jest stres, źródła stresu, stres destrukcyjny, konstruktywny, poznanie struktury stresu, nauka radzenia sobie ze stresem – np. techniki wizualizacji, oddechowe),
 - treningu asertywnych zachowań (poznanie czym jest asertywność, uświadomienie sobie własnych praw, nauka stawiania granic, ćwiczenie zachowań asertywnych),
 - jak sobie radzić ze złością (poznanie czym jest uczucie złości, do czego potrzebujemy złości, uświadomienie sobie sposobów w jakich wyrażam złość, nauka konstruktywnego wyrażania złości i gniewu),
 - treningu komunikacji małżeńskiej (pomoc w konstruktywnej komunikacji małżeńskiej, poznanie małżonków jak się komunikują ze sobą, poznanie źródeł zaburzonej komunikacji, umożliwienie małżonkom ujawnienie skrywanych urazów, pretensji),
 - treningu interpersonalnego (poznanie jakie mam relacje z innymi ludźmi, czego dowiaduje się o sobie w relacji z drugim człowiekiem, poprawa relacji z innymi ludźmi).
- e) alternatywnie osoby współuzależnione winny otrzymać pomoc w zakresie:
- powolnego wychodzenia z pułapki współuzależnienia poprzez stawianie granic,
 - dbania o własne potrzeby,
 - „przerywania kręcenia się wokół osoby pijącej”,

- uwalniania się od myślenia typu: „on pije przeze mnie”.
- f) alternatywnie dorosłe dzieci alkoholików winny otrzymać pomoc w zakresie:
- poprawy myślenia o sobie,
 - nowej jakości relacji społecznych,
 - zmniejszanie się poziomu lęku.
- g) zajęcia winny odbywać się wyłącznie w formie zajęć grupowych, w grupach liczących od 6 do 12 osób. Trening grupowy winien obejmować poznanie się uczestników, przedstawienie tematu zajęć oraz wspólne ustalenie zasad jakie będą obowiązywać na całych zajęciach – zostaje zawiązany „kontrakt” terapeutyczny. Zajęcia psychoterapeutyczne (za wyjątkiem treningu interpersonalnego) mają swoją strukturę, a więc następujące po sobie części składowe zajęć. Psychoterapeuta prowadzący zajęcia musi być przygotowany do zajęć, jednym z lepszych sposobów jest posiadanie konspektu zajęć. Trening interpersonalny może być prowadzony:
- dyrektywnie,
 - w połowie nie dyrektywnie i w połowie dyrektywnie
 - nie dyrektywnie.
- Wybór sposobu prowadzenia zajęć zależy od danego psychoterapeuty.
- h) przed i po zakończeniu bloku zajęć osoby biorące w nich udział będą zobowiązane do wypełnienia anonimowej ankiety.
- Interwencją zostanie objęte 240 osób, tj. 10 % osób, które w 2019 leczyły się z różnego rodzaju uzależnień w placówkach leczenia odwykowego. W ramach interwencji zostaną sfinansowane 24 sesje psychoterapeutyczne po 25 godzin każda dla grupy 6 - 12 osób. Jedna osoba może wziąć udział w jednej sesji w roku.

5) Szkolenia dla dzieci i młodzieży.

- a) Działania profilaktyczne w placówkach oświatowych winny być prowadzone według określonej strategii. Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości wyróżniło 5 strategii:
- strategia przekazywania informacji – tj. udzielanie informacji o tym, jakie mogą być konsekwencje podejmowanych zachowań ryzykownych. Powinny być podane w sposób zrozumiały i przystępny,
 - strategia edukacyjna – polega na wspieraniu rozwoju umiejętności społecznych i psychologicznych, takich jak komunikacja, rozwiązywanie konfliktów, radzenie sobie ze stresem,
 - strategia alternatyw – wskazywanie, jak w inny sposób można zaspokoić potrzeby, które prowadzą do podejmowania zachowań niebezpiecznych. Nowe sposoby powinny być wystarczająco atrakcyjne i łatwo dostępne.
 - strategia działań środowiskowych – są to działania skierowane na środowisko człowieka, co ma doprowadzić do budowania otoczenia wspierającego pozytywne postawy³².
 - strategia wczesnej interwencji – zakłada jak najwcześniejszą identyfikację osób zagrożonych rozwojem problemów, np. związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, najczęściej tych, którzy próbowali już tego typu środków³³.
- b) Wybór strategii jest uzależniony od opartej o diagnozę sytuacji w danej placówce oświatowej, z zastrzeżeniem, że rozpoczęte działania profilaktyczne winny być kontynuowane w kolejnych latach.
- c) Szkolenia mają na celu zapoznanie dzieci i młodzieży z problematyką uzależnień od substancji psychoaktywnych, ich skutków zdrowotnych, wpływu na stosunki społeczne oraz sytuację ekonomiczną.
- d) Forma oraz treść prowadzonych szkoleń powinna być dostosowana do wieku uczestników.

³² B. Gwizdek, E. Sołtys, (2013). Strategie. Remedium 5, s. 8-9.

³³ K. Okulicz-Kozaryn, (2004). Przegląd badań dotyczących skutecznych strategii profilaktycznych. https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=180420
Dostęp: 21.10.2021 r.

- e) Ww. szkolenia powinny realizować określoną tematykę dotyczącą:
- skutków zdrowotnych długotrwałego zażywania substancji psychoaktywnych,
 - wpływu uzależnienia na relacje z rówieśnikami, rodziną oraz innymi grupami społecznymi,
 - skutków prawnych związanych z posiadaniem bądź użytkowaniem określonych substancji,
 - istoty prowadzenia działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień jak aktywność fizyczna.
- f) W ramach szkoleń należy poruszyć kwestię innych substancji uzależniających (m.in. dopalaczy, leków i gazów wywołujących stan odurzenia) oraz alternatywnych metod użytkowania danych używek (m.in. e-papierosów, tabaki lub cygar).
- g) W ramach szkolenia należy poinformować uczestników o dostępnych metodach leczniczych i podać kontakt do organizacji wspomagających osoby uzależnione w procesie porzucenia nałogu.
- h) W ramach szkoleń należy starać się utrwalić w świadomości dzieci i młodzieży ogólnie przyjęty wizerunek osoby niepalącej i niespożywającej alkoholu przed ukończeniem 18 r.ż.
- i) W ramach szkoleń lub innych zaplanowanych działań należy posługiwać się wiedzą lub programami o naukowo udowodnionej skuteczności. Wiedza jest dostępna na stronach Ministerstwa Zdrowia³⁴, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych³⁵, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii³⁶.
- j) Szkolenia można zastąpić rekomendowanymi programami promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki zachowań problemowych i uzależnień³⁷ w ramach profilaktyki:
- uniwersalnej,
 - selektywnej,
 - wskazującej.

Populacja, która weźmie udział w tej części działania to 4 414 osób. Liczba osób, które wezmą udział w interwencji jest zależna od trudnych do przewidzenia czynników, z tego powodu finansowanie będzie się odbywało przez przekazanie do budżetu każdej z placówek oświatowych środków na realizację programu o naukowo udowodnionej skuteczności.

6) Działania wspomagające.

- a) To działania skierowane do całej społeczności Gminy Miasto Kołobrzeg. Działania mogą przybierać różne formy:
- aktywności sportowe jako alternatywę dla używek i sposób spędzania wolnego czasu³⁸,
 - powstawanie różnego rodzaju miejsc bezpiecznego, czynnego i rodzinnego spędzania czasu wolnego, jako profilaktyka uzależnień i ryzykownych zachowań wynikających z wybierania niewłaściwych sposobów spędzania czasu wolnego³⁹.
- b) Działaniami wspomagającymi będą także różnego rodzaju działania zmierzające do zminimalizowania ryzykownych zachowań oraz odbudowywaniu relacji rodzinnych, dobrosąsiedzkich, także w ramach krótkoterminowej terapii par⁴⁰.

Koszt działań wspomagających będzie uzależniony od diagnozy potrzeb, która zostanie dokonana w Miejskim Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii.

³⁴ Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-psychiczne-i-uzaleznienia> Dostęp: 21.10.2021 r.

³⁵ Strona internetowa Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. <https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie> Dostęp: 21.10.2021 r.

³⁶ Strona internetowa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. <https://www.kbpn.gov.pl/profilaktyka.htm?id=104890> Dostęp: 21.10.2021 r.

³⁷ Baza rekomendowanych programów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki zachowań problemowych i uzależnień <https://programyrekomendowane.pl/>

³⁸ R. Agnew. Sport jako alternatywa uzależnień. <http://www.narkotyki.pl/profilaktyka-uzaleznien/sport-jako-alternatywa-uzaleznien/> Dostęp: 21.10.2021 r.

³⁹ A. Pejś, P. Turek. Alternatywne sposoby spędzania czasu wolnego formą przeciwdziałania ryzykownych zachowań wśród dzieci i młodzieży. http://www.wsbinoz.edu.pl/wgrane-pliki/kultura_czasu_wolnego_we_wspolczesnym_swiecie_red._v.tanas_w.welskop.pdf Dostęp: 21.10.2021 r.

⁴⁰ B. Bętkowska-Korpała, K. Gąsior, B. Maciek-Haścilo, J. Ryniak. PARPA (2016) Krótkoterminowa terapia par. Proces zdrowienia w uzależnieniu.

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

Wymagania dotyczące personelu zostały wskazane w dziele IV „Organizacja programu” dla poszczególnych etapów interwencji.

Wyposażenie i warunki lokalowe winny odpowiadać właściwym rozporządzeniom dotyczącym konkretnemu etapowi realizacji programu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

1. Monitorowanie.

- 1) Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących mierników:
 - liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym,
 - liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie,
 - liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,
 - liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie,
 - liczba dzieci i młodzieży, które wzięły udział w zaplanowanych szkoleniach z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych,
 - liczba osób poddanych interwencji antyżywkowej,
 - liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów),
 - liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie.
- 2) Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników programu, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym:
 - data wyrażenia zgody na uczestnictwo w programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
 - numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych,
 - informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
 - data zakończenia udziału w programie wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w programie).
- 3) Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach programu. W tym celu każdemu uczestnikowi programu należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

2. Ewaluacja.

1. Ewaluację należy przeprowadzić po zakończeniu programu i umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego programu.
2. W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji ogólnej na obszarze objętym programem, wyrażonej w:
 - odsetku osób, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego porzucenia nałogu,
 - odsetku osób, u których doszło do wystąpienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych, w stosunku do wszystkich osób uczestniczących w programie,
 - liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat uzależnień od substancji psychoaktywnych,
 - odsetku osób, u których doszło do stwierdzenia obecności uzależnienia od jakichkolwiek substancji psychoaktywnych,
 - odsetku osób skierowanego na leczenie w związku z obecnością uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.

1. Koszty jednostkowe.

- 1) Koszty pośrednie będą wynosiły 0,00 zł, ponieważ monitorowanie i ewaluację przeprowadzi Urząd Miasta Kołobrzeg własnymi siłami wydziałów merytorycznych.
- 2) Zgodnie z rekomendacją Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych⁴¹ na rok 2021 ustala się następujące stawki:
 - **wykłady dydaktyczne** – wykład dydaktyczny powinien opierać się na konspekcie, którego udostępnienia może oczekiwać organizator szkolenia: 230,00 – 575,00 zł za wykład,
 - **seminaria i warsztaty** - powinny być prowadzone na podstawie konspektu lub scenariusza, którego udostępnienie może być oczekiwane przez organizatora szkolenia, Przy zlecaniu zadań zlecniodawca musi znać liczbę godzin, stawki, liczbę i wielkość grup oraz kwalifikacje prowadzących: 115,00 – 230,00 zł za godzinę,
 - **zajęcia profilaktyczne dla młodzieży** – wynagrodzenie: 35,00 – 85,00 zł,
 - **zajęcia opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym** – wynagrodzenie: 30,00 – 45,00 zł za godzinę,
 - **zajęcia socjoterapeutyczne** – wynagrodzenie 40,00 – 80,00 zł za godzinę,
 - **godzina psychoterapii grupowej** (ICD-9: 94.4) w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie: 105,00 – 175,00 zł,
 - **zajęcia terapeutyczne dla osób doświadczających przemocy** (ICD-9: 94.42) – wynagrodzenie: 45,00 – 75,00 zł za godzinę.
- 3) W ramach szkolenia personelu medycznego przewiduje się jednorazowo jedno szkolenie trwające 5 godzin.
- 4) W ramach działań informacyjno-edukacyjnych planuje się jednorazowo 16 szkoleń po 2 godziny (seminarium) dla Rad Pedagogicznych w zakresie objętym interwencją. Średnia cena za seminarium to 170,00 zł za godzinę.
- 5) Ustala się koszt **wizyty kwalifikacyjnej** – 60,00 zł za jedną wizytę.
- 6) Średni koszt grupowej psychoterapii to 140,00 zł za godzinę razy 25 godzin w jednej sesji równa się 3 500,00 zł za jedną sesję grupowej psychoterapii.
- 7) Koszty szkoleń dla dzieci i młodzieży będą corocznie ustalane w zarządzeniu Prezydenta Miasta Kołobrzeg w sprawie planu wydatków Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Kołobrzegu. Nie sposób bowiem przewidzieć jakie programy o naukowo udowodnionej skuteczności wybiorą do realizacji placówki oświatowe.
- 8) Koszty działań wspomagających są trudne do przewidzenia, będą corocznie ustalane w zarządzeniu Prezydenta Miasta Kołobrzeg w sprawie planu wydatków Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Kołobrzegu.

⁴¹ Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2021 roku. PARPA. https://www.parpa.pl/images/file/rekomendacje_2021.pdf Dostęp: 21.10.2021 r.

2. Koszty całkowite.

1) Szczegółowe koszty realizacji programu.

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy w zł	Suma kosztów jednostkowych w zł [3×4] [5]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1.	Ewaluacja i monitorowanie	1	0,00	0,00
2.	Koszty personelu programu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	1	0,00	0,00
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień)	1	0,00	0,00
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	1	2 000,00	2 000,00
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt realizacji szkoleń personelu medycznego	1	2 000,00	2 000,00
2.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych	32	170,00	5 440,00
3.	Koszt realizacji wizyty kwalifikacyjnej	240	60,00	14 400,00
4.	Koszt realizacji interwencji antyżywkowej	24	3 500,00	84 000,00
5.	Koszt szkoleń dla dzieci i młodzieży	0	0,00	0,00
6.	Koszt działań wspomagających	0	0,00	0,00
SUMA				107 840,00

2) Roczne koszty realizacji programu.

Rok realizacji	Koszt realizacji
2022	107 840,00
2023	98 400,00

3. Źródła finansowania.

Źródłem finansowania będzie budżet Gminy Miasto Kołobrzeg. Dopuszcza się pozyskanie środków z Narodowego Funduszu Zdrowia lub budżetu Województwa Zachodniopomorskiego.

VII. Bibliografia.

1. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. (11.09.2019). Czy moje picie jest już problemem. O zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu.
<https://www.parpa.pl/index.php/e-publikacje/category/5-uzaleznienie-od-alkoholu?download=41:czy-moje-picie-jest-juz-problemem-o-zaburzeniach-zwiazanych-z-uzywaniem-alkoholu-broszura>
2. Mapy potrzeb zdrowotnych. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>
3. J. Furdała. (7.03.2013). Leczenie uzależnienia od alkoholu.
<https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu>
4. A. Klimkiewicz. (25.05.2021 r.) Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu.
<https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowanie-uzywaniem-alkoholu>
5. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych . Dorosłe Dzieci Alkoholików.
<https://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/dda>
6. Europejska Sieć Zapobiegania Paleniu i Tytoniu (ENSP-2018). Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf
7. Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg. Fagersröma.
<https://www.mp.pl/interna/table/B16.3.23-2>
8. Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badań EHIS 2014. GUS.
<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>
9. Główny Inspektor Sanitarny. Postawy Polaków wobec palenia tytoniu – Raport 2019 r.
<https://www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palenia-tytoniu--raport-2017>
10. Główny Urząd Statystyczny, dane dotyczące ludności w Gminie Miasto Kołobrzeg.
<https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/teryt/tablica#>
11. M. Porębiak. (27.02.2013 r.) Uzależnienie od nikotyny.
<https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny>
12. Raport o stanie narkomanii w Polsce w 2019 r.
https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1582296
13. Podręcznik dla decydentów w zakresie naukowego zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/20192546_TDMA19001ENN_PDF.pdf
14. Biuletyn Statystyczny Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków „EMSDDA” z 2018 r.
https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en
15. P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Czabała. (2012) Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=15&res_id=3620200
16. K. Sigda, R. Matusiak, Dysfunkcjonalność współczesnej rodziny skutkiem różnego rodzaju uzależnień. (2016) <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/15155>
17. H. Bednarski, Przemoc w rodzinie jako przykład dysfunkcjonalności rodziny. „Mazowieckie Studia Humanistyczne” 2012, t. 13, nr 1/2, s. 144.
18. A.A. Rawa, *Rodzinne uwarunkowania narkomanii wśród młodzieży*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia. Sectio J” 2002, t. 15, s. 4.
19. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Rekomendacja Prezesa AOTMiT nr 12/2020.
https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/RPT/12%20BIP%20RAPORT_zalec_tech_n_a_rt_48aa_profilaktyka.pdf

20. Test uzależnienia od nikotyny. <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/TEST-uzaleznienia-od-tytoniu-wg-FAGERSTROMA.pdf>
21. Test uzależnienia od alkoholu. <http://uzaleznienie.com.pl/test-alkoholizm/test-audit-c/>
22. Zmodyfikowany test jednokrotnego wyboru uzależnienia od alkoholu. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684829/Single_question_alcohol_use_test_M_SASQ .pdf&usg=AOvVaw1DIb3c8zqiogkAZX_Qvfod](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684829/Single_question_alcohol_use_test_M_SASQ.pdf&usg=AOvVaw1DIb3c8zqiogkAZX_Qvfod)
23. B. Gwizdek, E. Sołtys, (2013). Strategie. Remedium 5, s. 8-9.
24. K. Okulicz-Kozaryn, (2004). Przegląd badań dotyczących skutecznych strategii profilaktycznych. https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=180420
25. Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-psychiczne-i-uzaleznienia>
26. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Picie alkoholu. <https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie>
27. Strona internetowa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. <https://www.kbpn.gov.pl/profilaktyka.htm?id=104890>
28. Baza rekomendowanych programów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki zachowań problemowych i uzależnień <https://programyrekomendowane.pl/>
29. R. Agnew. Sport jako alternatywa uzależnień. <http://www.narkotyki.pl/profilaktyka-uzaleznien/sport-jako-alternatywa-uzalezn/>
30. A. Pejś, P. Turek. Alternatywne sposoby spędzania czasu wolnego formą przeciwdziałania ryzykownych zachowań wśród dzieci i młodzieży. http://www.wsbinow.edu.pl/wgrane-pliki/kultura_czasu_wolnego_we_wspolczesnym_swiecie_red._v.tanas_w.welskop.pdf
31. B. Bętkowska-Korpała, K. Gąsior, B. Maciek-Haściło, J. Ryniak. PARPA (2016) Krótkoterminowa terapia par. Proces zdrowienia w uzależnieniu.
32. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2021 roku. https://www.parpa.pl/images/file/rekomendacje_2021.pdf