



Województwo
Śląskie

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022

Podstawa prawna realizacji Programu:

Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1938, 2110, 2217 i 2361)

Katowice 2018



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Nazwa programu:

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi
używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022

Okres realizacji programu: 2019-2022

Autorzy programu:

Samorząd Województwa Śląskiego

przy współpracy z ekspertami:

dr hab. n. o zdr. Monika Bąk-Sosnowska

dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

dr hab. n. o zdrowiu Tomasz Holecki

dr hab. n. o zdrowiu Piotr Romaniuk

dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

Dane kontaktowe:

Zarząd Województwa

ul. Ligonia 46

40-037 Katowice

telefony: +48 (32) 20 78 290, 287

faxy: +48 (32) 20 78 291

Data opracowania programu:

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów:.....	4
I. Opis problemu zdrowotnego	5
1. Problem zdrowotny	5
2. Dane epidemiologiczne	11
3. Opis obecnego postępowania	32
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	43
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności	47
1. Cel główny	47
2. Cele szczegółowe	47
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	48
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	50
1. Populacja docelowa.....	50
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	53
3. Planowane interwencje.....	55
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej....	66
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	67
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	68
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	68
2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	68
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	71
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	73
1. Koszty jednostkowe	73
2. Koszty całkowite	75
3. Źródło finansowania, partnerstwo	77
Bibliografia.....	78
Spis rycin.....	80
Spis tabel	80

Wykaz skrótów:

BSFT - Brief Solution Focused Therapy (terapia skoncentrowana na rozwiązaniach)

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GUS - Główny Urząd Statystyczny

HFA - alkoholizm wysokofunkcjonujący

ICD-10 - International Classification of Diseases (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób)

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence

NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia

NSP - nowe substancje psychoaktywne

PARPA - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ŚUW – Śląski Urząd Wojewódzki

UE – Unia Europejska

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

WOLOiZOL - Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo -
Leczniczy w Gorzycach

I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Alkohol oraz problemy zdrowotne związane z jego nadużywaniem to jedna z najpoważniejszych globalnych kwestii z obszaru zdrowia publicznego. Jej doniosłość wyraża się nie tylko w problemach natury czysto medycznej i epidemiologicznej, ale także w silnym negatywnym oddziaływaniu na życie rodzinne oraz stosunki społeczne, a także ekonomię. Odzwierciedleniem skali problemów związanych z nadużywaniem alkoholu jest fakt, iż jest to trzeci najważniejszy czynnik ryzyka przedwczesnego zgonu i ogólnego złego stanu zdrowia, po niskiej masie urodzeniowej oraz ryzykownych zachowaniach seksualnych. Każdy z tych dwóch pozostałych czynników ryzyka może jednak być powiązany z nieodpowiednim używaniem alkoholu, co potęguje pośrednio jego negatywne oddziaływanie na globalny obraz epidemiologiczny¹.

Problemy zdrowotne związane z używaniem innych substancji psychoaktywnych pozostają mniej rozpowszechnione w skali globalnej, jednak ich skutki zdrowotne w perspektywie indywidualnej bywają znacząco większe. Wyższe jest także ryzyko ich wystąpienia w przypadku osób używających innych substancji niż alkohol. W nie mniejszym stopniu problematyka ta ma również wymiar społeczny, niosąc ze sobą szereg możliwych negatywnych konsekwencji w życiu społecznym i rodzinnym, a także zwiększając niebezpieczeństwo wykluczenia społecznego jednostek².

Z zaburzeniami psychicznymi oraz ich następstwami dla ogólnego funkcjonowania zmagają się coraz większa liczba Polaków. Zgodnie z danymi GUS z 2015r. liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wyniosła 1 593 125 osób, w tym 13,3% leczono w związku z używaniem alkoholu i środków psychoaktywnych. W okresie 2010–2015 względna liczba leczonych (na 100 tys. ludności) wzrosła o 12,7%. Ponadto warto zwrócić uwagę na fakt, iż wyraźnie zwiększa się liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych – wg GUS współczynnik dla wszystkich leczonych z tego powodu w okresie 2010–2015 wzrósł o 25,8%³.

¹ Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, Genewa 2010 oraz European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020. WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2012.

² World Drug Report 2016. United Nations Office on Drugs and Crime. Nowy Jork 2016.

³ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017, GUS [stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 umieszcza zaburzenia spowodowane użytkowaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (Tabela 1)⁴.

Tab. 1. Zaburzenia psychiczne wg Międzynarodowej Klasyfikacji ICD–10.

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

Zródło: Opracowanie własne na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012. [csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Zgodnie z definicją Teensona i wsp. substancją psychoaktywną jest: „związek chemiczny nie zaliczany do pokarmów, który ma wpływ na funkcjonowanie biologiczne ludzi lub zwierząt”⁵. Zajączkowski natomiast podaje, że substancjami psychoaktywnymi są „wszystkie te środki, które działając na mózg osoby je zażywającej, prowadzą do zmiany stanów świadomości, zwłaszcza odbioru i oceny bodźców zewnętrznych”⁶. Substancje te, działając na człowieka zmieniają jego samopoczucie i odbiór otaczającej rzeczywistości. Osoba je zażywająca jest np. w stanie stłumić przeżywane negatywne emocje i polepszyć swój nastrój. Istotną cechą tych zmian jest ich krótkotrwałość, a czas działania zależy jest od typu substancji, jej dawki oraz stopnia uzależnienia⁷.

Według kryteriów diagnostycznych ICD–10, zespół uzależnienia można zdiagnozować przy występowaniu trzech lub więcej z sześciu objawów osiowych, przez co najmniej miesiąc lub jeżeli utrzymywały się one krócej niż jeden miesiąc, ale występowały w sposób powtarzający się w ciągu ostatniego roku. Zespół uzależnienia od substancji

⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012. [csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

⁵ Teenson M., Degenhardt L., Hall W. Uzależnienia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne; Gdańsk: 2005, s.12.

⁶ Zajączkowski K. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; Warszawa 2003, s. 7.

⁷ Ibidem.

psychoaktywnych obejmuje kompleks zjawisk psychofizycznych, wśród których spożywanie substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które w przeszłości stanowiły istotną wartość dla osoby uzależnionej⁸.

Wśród kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu wg Klasyfikacji ICD-10 wymienić należy⁹:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia (głód alkoholu);
2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z pićm (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu);
3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie) bądź używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych;
4. Zmienioną (najczęściej zwiększoną) tolerancję alkoholu, potrzebę spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu;
5. Koncentrację życia wokół picia kosztem zainteresowań i obowiązków;
6. Uporczywe picie alkoholu, pomimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw picia.

Za sprzyjające powstaniu zespołu uzależnienia uznaje się czynniki biologiczne, psychologiczne (takie cechy osobowości jak: impulsywność i upośledzenie kontroli zachowań), społeczne (normy używania i akceptacji alkoholu) i środowiskowe (wpływy środowiska społecznego, sąsiedzkiego oraz rodziny)¹⁰.

W ostatnich latach zauważyć można również nowe oblicza alkoholizmu – tzw. alkoholizm wysokofunkcjonujący (HFA). Charakteryzuje on osoby, u których można zaobserwować zaburzenia w spożywaniu alkoholu, jednak nie spełniają one kryteriów diagnostycznych zawartych w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych. Podstawowa różnica związana jest z faktem, iż pomimo zaburzeń związanych z ilością bądź wzorami

⁸ Pużyński S, Wciórka J (red). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wyd Med Vesalius, Kraków 1997.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Kowalewski I.: Zespół uzależnienia od alkoholu wśród dorosłych. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2016.

spożywania alkoholu, osoby te zachowują zdolność kierowania swoim życiem: pracują, prowadzą firmy, wychowują dzieci, nie wchodzą w konflikt z prawem¹¹.

W praktyce klinicznej rozpowszechnione są różne podejścia terapeutyczne leczenia uzależnienia, oparte na etiologii uzależnienia. Warto przytoczyć chociażby typologię alkoholizmu Lescha¹², w której wyróżniono 4 następujące podgrupy osób uzależnionych od alkoholu:

- typ I – okazjonalne używanie alkoholu, które z czasem przechodzi w nawykowe, dochodzi do szybkiej utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu, który jest spożywany w celu usunięcia objawów abstynencyjnych, brak jest motywacji do leczenia (pojawia się ona dopiero w momencie poważnych powikłań zdrowotnych, charakterystyczne jest występowanie alkoholizmu w rodzinie);
- typ II (lękowy) – pacjenci spożywają alkohol w celu zmniejszenia lęku, jako sposób na radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i wywołującymi je emocjami;
- typ III (depresyjny) – pacjenci nadużywają alkoholu w celu poprawy nastroju, a także z uwagi na jego efekt nasenny;
- typ IV (organiczny) – dotyczy pacjentów ze zmianami ośrodkowego układu nerwowego, przed 14 r.ż.

Wg Cloningera¹³ natomiast istnieją dwa typy alkoholizmu. Do typu 1 (z wyraźnym wpływem środowiskowym) zaliczane są przypadki osób, u których uzależnienie rozwinęło się po 25 r.ż. W typie tym występują długotrwałe ciągi alkoholowe z naprzemiennymi okresami abstynencji. W trakcie ciągu alkoholowego ma miejsce odbarczenie się z poczucia odpowiedzialności za nałóg, natomiast w okresach abstynencji występuje silne poczucie winy. Typ ten charakteryzuje się też tendencją do przechodzenia ze słabo nasilonego do gwałtownego spożywania alkoholu, z możliwością wystąpienia poalkoholowego uszkodzenia wątroby. Ponadto najczęściej dotyczy osobowości neurotycznej, schizoidalnej, biernej, perfekcjonistycznej i depresyjnej, a także jest typowy dla większości kobiet. Typ 2 z kolei dotyczy głównie młodych mężczyzn w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości, u których bardzo często mają miejsce konflikty z prawem oraz których cechują zachowania

¹¹ Benton, S.A.: Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej. Wyd. Feeria, Łódź 2015.

¹² Lesch O.M., Kefer J., Lentner S., Mader R., Marx B., Musalek M. et al. Diagnosis of chronic alcoholismclassificatory problems. Psychopathology 1990, 23: 88–96.

¹³ Cloninger C.R., Sigvardsson S., Gilligan S., von Knorring A., Reich T., Bohman M.: Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. Adv Alcohol Subst Abuse. 1988, 7:3–16

antyspołeczne. Koreluje z typem osobowości ekstrawertywnej, impulsywnej i asocjalnej. Ponadto uznawany jest za dziedziczony w linii męskiej.

Na podstawie typów alkoholizmu wyodrębnionych przez Cloningera, Baal¹⁴ wyodrębnił typy A i B narkomanii. Narkomanów z grupy B, w porównaniu z grupą A, charakteryzuje wcześniejsza inicjacja narkotykowa, większe problemy wychowawcze w szkole oraz częstsze występowanie problemu nadużywania substancji psychoaktywnych przez członków rodziny. Innym kryterium charakteryzującym określony sposób używania narkotyków jest temperament. W tym przypadku wyróżnia się następujące typy: rozważni/ostrożni, niedojrzali „wielobracze”, zagrożeni/obawiający się¹⁵. Pierwsza grupa, najmniej zagrożona narkomanią, to osoby cechujące się m.in. zachowawczością, brakiem skłonności do ryzyka, zasadniczością, silnymi przekonaniem o swoich racjach. Druga grupa, zagrożona w najwyższym stopniu, to osoby energiczne, pobudliwe, preferujące zmiany, otwarte na zmiany i skłonne do ryzyka, pewne siebie. Trzecia grupa, średnio zagrożona narkomanią, to indywidualiści, źle tolerujący wysiłek fizyczny i dyskomfort psychiczny, ekstrawaganci, szybko tracący panowanie nad sobą.

W przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, sposób funkcjonowania osoby uzależnionej pozostaje w bezpośrednim związku z typem substancji, której używa. Z tego względu, użyteczna teoretycznie oraz praktycznie jest klasyfikacja substancji psychoaktywnych według T. Dimoff'a i S. Carpera¹⁶. Wyróżniono w niej następujące typy substancji: środki tłumiące (leki nasenne i uspokajające oraz środki wziewne; do tej grupy należy również alkohol), środki pobudzające (kofeina, nikotyna, amfetaminy, kokaina), halucynogeny (marihuana i haszysz, meskalina, LSD, psylocybina, PCP) oraz opiaty (morfina, kodeina, heroina, opium, meperdyna, petydyna, hydromorfon, oksykodon, pentazocyna, propoksyfen).

Współcześnie, szczególnego znaczenia nabiera problem stosowania substancji psychoaktywnych zwanych potocznie dopalaczami (ang. legal highs, smarts, designer drugs). Jest to grupa różnych substancji lub ich mieszanek o rzekomym bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym, nieznajdujących się na liście substancji kontrolowanych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Substancje te mogą mieć pochodzenie naturalne, syntetyczne

¹⁴ Cierpiałkowska L, Ziarko M. Psychologia uzależnień – alkoholizm. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010, s. 169.

¹⁵ Hornowska E. Uzależnienia a temperament. Wokół temperamentalnego czynnika ryzyka uzależnień. W: Oblicza współczesnych uzależnień, L. Cierpiałkowska (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 43-73.

¹⁶ Dimoff T, Carper S. Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books, Warszawa 1994 .

lub półsyntetyczne, a celem ich zażywania jest wywołanie efektu zbliżonego do działania narkotyków¹⁷. Ze względu na ogromną i stale wzrastającą różnorodność tego typu substancji, ich potencjał uzależniający, skutki łączenia z innymi substancjami psychoaktywnymi i lekami oraz realne ryzyko zdrowotne związane z ich zażywaniem, nie są do końca poznane. Zatrucie spowodowane dopalaczami może jednak doprowadzić do zgonu już w trakcie pierwszego zażycia, co czyni je szczególnie niebezpiecznymi.

Poza negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi uzależnienia od substancji psychoaktywnych, bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na szkody społeczne. Największe krzywdy w tym przypadku dotyczą członków rodziny osoby uzależnionej. Niejednokrotnie z nadużywaniem substancji psychoaktywnych związana jest przemoc w rodzinie, negatywne wzorce rodzicielskie, trudności ekonomiczne. Dodatkowo osoba uzależniona nierzadko zaniedbuje obowiązki rodzinne, a także zawodowe, doprowadzając często do utraty pracy, co w konsekwencji wpływa na funkcjonowanie ekonomiczne całej rodziny. Zaniedbaniu ulegają także więzi społeczne. Osoba chora z czasem rezygnuje z dotychczasowych aktywności na rzecz działań związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, krąg znajomych ogranicza do osób akceptujących i zgadzających się na jej destrukcyjne działania. W skrajnych przypadkach uzależnienie wiąże się z wchodzeniem w konflikt z prawem poprzez awantury, udział w bójkach, zachowania agresywne pod wpływem alkoholu i środków odurzających, niejednokrotnie kradzieże^{18,19}.

¹⁷ Szczyrba-Maróń B, Bąk-Sosnowska M. Dopalacze – charakterystyka zjawiska. Forum Zab. Metab. 2013, 4(3): 132-147.

¹⁸ Ciosek M. Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. Studia Gdańskie. Wizje Rzeczyw 2011, 8: 270-282.

¹⁹ Dmitrowicz I. Problem alkoholowy z przemocą w tle. Świat Probl 2013, 3: 25-27.

2. Dane epidemiologiczne

Alkohol oraz problemy zdrowotne związane z jego nadużywaniem, jak wspomniano na wstępie, to jedna z najpoważniejszych globalnych kwestii z obszaru zdrowia publicznego. Pomimo faktu jego spożywania przez jedynie połowę populacji świata, zgodnie z szacunkami WHO, jest odpowiedzialny za około 3,3 miliona zgonów w skali roku (dane dla roku 2012). Oznacza to, że alkohol jest przyczyną 5,9% wszystkich zgonów na świecie i dodatkowo odpowiada za 5,1% przewlekłych stanów chorobowych i niepełnosprawności²⁰. Problemy zdrowotne związane z używaniem innych substancji psychoaktywnych pozostają mniej rozpowszechnione, jednakże globalne szacunki mówią o nawet 250 milionach osób w przedziale wiekowym 15–64 lat, które co najmniej raz w ciągu swojego życia sięgnęły po jakiś narkotyk (dane z roku 2015). Z tej liczby niespełna 12% (tj. 29,5 miliona osób) cierpi z powodu szkód zdrowotnych wywołanych zażywaniem substancji psychoaktywnych^{21,22}. Liczba zgonów mających związek z konsumpcją narkotyków pozostaje stabilna na przestrzeni lat, osiągając poziom 43,5 zgonów na każdy 1 milion populacji świata. Najczęstszą przyczyną zgonów (między 1/3 a 1/2 zgonów związanych z zażywaniem narkotyków) jest przedawkowanie zażywanej substancji, najczęściej opioidów. Dane dotyczące zażywania narkotyków pokazują ponadto, że ryzyko sięgania po marihuanę, amfetaminę i kokainę jest trzykrotnie większe w grupie mężczyzn niż kobiet. Z kolei wśród kobiet większe jest prawdopodobieństwo pozamedycznego używania opioidów, a także środków uspokajających. Ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne jest także większe w grupie osób młodych, gdzie jednocześnie występują mniejsze różnice między płciami²³. Charakterystyka ta jest zbliżona do obserwowanej w przypadku uzależnienia i nadmiernej konsumpcji alkoholu, co również jest częściej problemem dotyczącym mężczyzn niż kobiet. Zjawisko uzależnienia od alkoholu obserwowane jest przede wszystkim w średnich przedziałach wiekowych²⁴.

2.1. Trendy dotyczące spożycia alkoholu na świecie i w Polsce

Na poniższej rycinie (ryc. 1.) zestawiono dane dotyczące trendu w zakresie konsumpcji alkoholu w Polsce oraz krajach członkowskich Unii Europejskiej w latach 1970 – 2014²⁵.

²⁰ Global Status Report on Alcohol and Health 2014. World Health Organization, Geneva 2014.

²¹ World Drug Report 2016... op. cit.

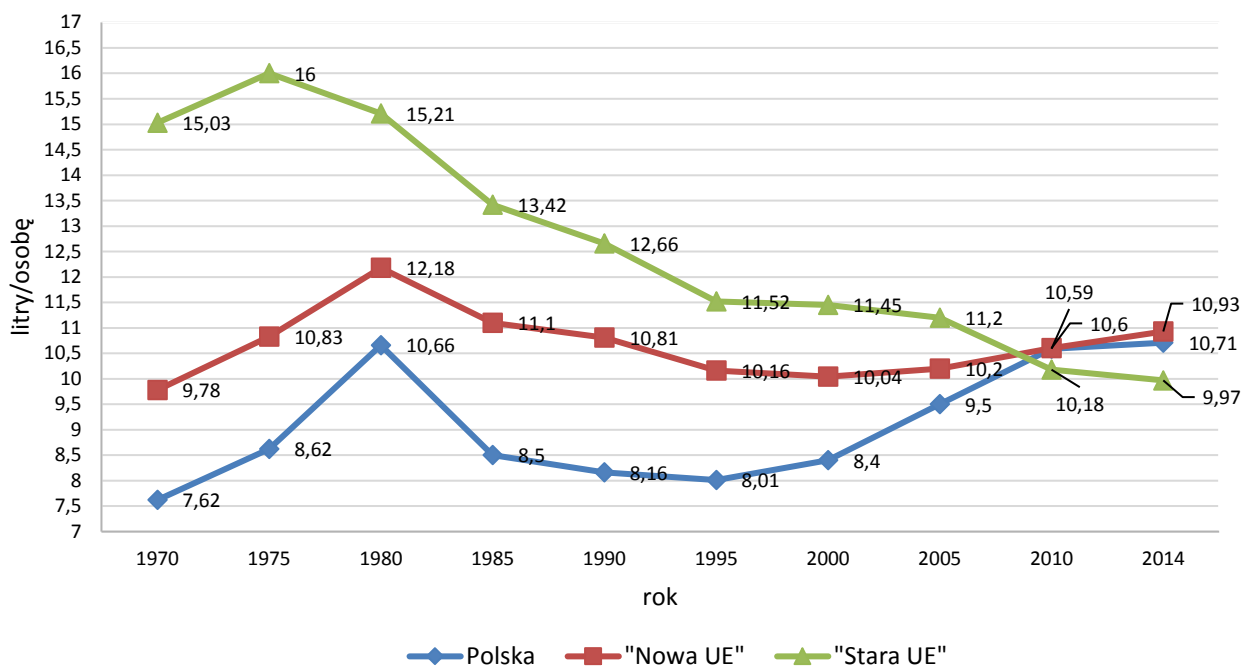
²² World Drug Report 2017. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna 2017.

²³ World Drug Report 2016... op. cit.

²⁴ Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol... op. cit.

²⁵ Dane zaczerpnięte z bazy danych „WHO Health for All” [data.euro.who.int; dostęp: 15.01.2018r.]

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022

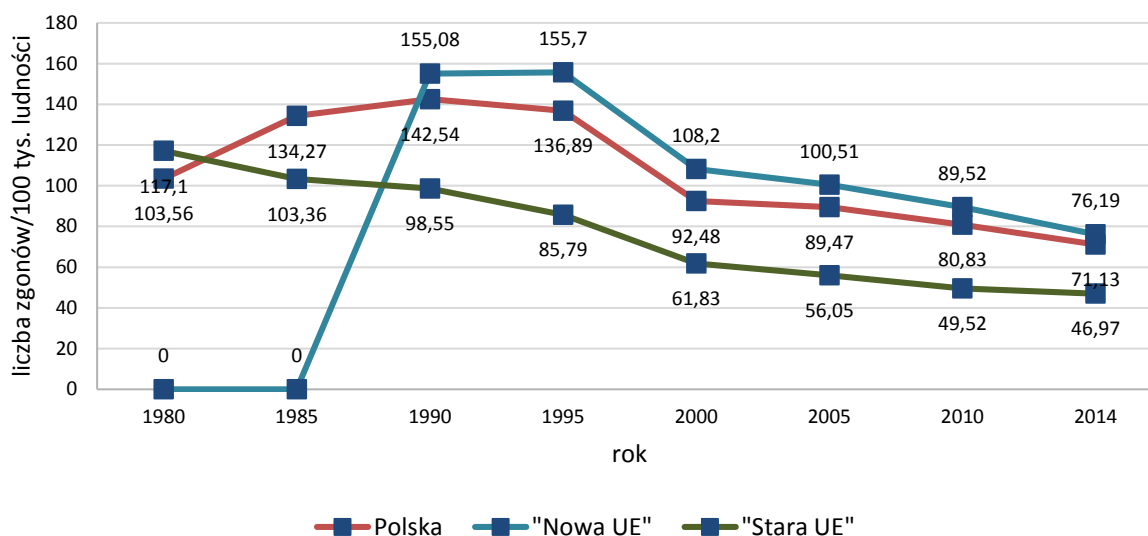


Ryc. 1. Średnie spożycie czystego alkoholu w litrach na mieszkańca, dla populacji powyżej 15 r.ż. w Polsce oraz „nowych” i „starych” krajach członkowskich UE.

Źródło: WHO Health for All database.

Na podstawie ukazanych powyżej danych można stwierdzić, iż trend dotyczący konsumpcji alkoholu w Polsce jest zbliżony do analogicznego trendu w „nowych” krajach członkowskich UE, jednak różni się od zjawiska charakteryzującego „stare” kraje członkowskie Unii. Sumaryczna konsumpcja alkoholu w Polsce rosła dość dynamicznie w pierwszej dekadzie analizowanego okresu, by zmniejszyć się w drugiej, a następnie ponownie, z dość dużą dynamiką, wzrosnąć w okresie transformacji systemowej. W przypadku państw „starej” UE zaobserwować można pewien wzrost poziomu konsumpcji do roku 1980, następnie jednak charakteryzuje ją stała tendencja zniżkowa, aż do roku 2014. O ile zatem kilka dekad temu konsumpcja alkoholu w Polsce pozostawała nawet blisko dwukrotnie niższa niż w krajach dzisiejszej „starej” Unii Europejskiej (uwzględniając dane oficjalne, nie uwzględniające konsumpcji nierejestrowanej, która mogła realnie niwelować te różnice), o tyle obecnie konsumpcja w Polsce jest już wyższa niż w porównywanej grupie państw. Jak wspomniano, sumaryczny trend charakteryzujący „nowe” kraje członkowskie UE jest podobny do tego, który zaobserwować można w przypadku Polski, jednak zwraca uwagę wyraźnie zmniejszenie się różnicy w poziomie konsumpcji alkoholu pomiędzy Polską a średnią wartością dla tej grupy państw. Oznacza to, że dotychczasowe działania podejmowane w zakresie profilaktyki alkoholowej w Polsce przynoszą ograniczony w swojej skuteczności rezultat.

Korzystniej prezentują się dane dotyczące zgonów związanych ze spożyciem alkoholu, które zaprezentowano na rycinie 2.



Ryc. 2. Trend dotyczący zgonów związanych ze spożyciem alkoholu w Polsce oraz „nowych” i „starych” krajach członkowskich UE²⁶.

Źródło: WHO Health for All Database. Brak danych dla „nowych” krajów członkowskich UE dla lat 1980 i 1985.

Na podstawie powyższej ryciny można wnioskować, iż umieralność związana z nadużywaniem alkoholu systematycznie zmniejsza się poczynając od lat 90-tych, po wzroście charakteryzującym dekadę wcześniejszą. Dynamika spadku umieralności jest nieco niższa od średniej dla całej grupy tzw. „nowych” krajów członkowskich UE. Przede wszystkim jednak umieralność pozostaje wciąż wyraźnie wyższa od średniej charakteryzującej „stare” kraje członkowskie UE i to pomimo niższego (porównywalnego w końcowym okresie analizowanego przedziału czasowego) oficjalnego poziomu spożycia alkoholu.

Ujmując rzecz w liczbach bezwzględnych – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 szacuje liczbę osób uzależnionych od alkoholu w grupie wiekowej 18-64 lat na 616,1 tys. osób, tj. 2,4% populacji z tego przedziału wiekowego. Jeśli natomiast wziąć pod uwagę liczbę osób nadużywających alkoholu, wynosi ona w Polsce ponad 3 mln osób, co stanowi 12% ludności w tym przedziale wiekowym i jest to wartość zdecydowanie niepokojąca²⁷. Wskazane wyżej szacunki znajdują odzwierciedlenie w badaniach CBOS²⁸, zgodnie z którymi ok. 3% osób w wieku 15-64 lata przyznaje się do

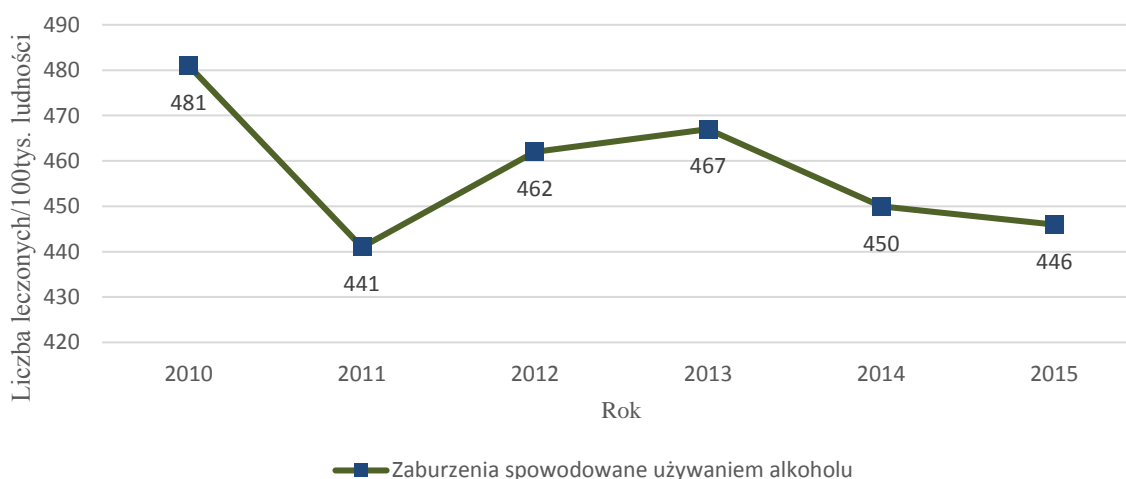
²⁶ Ibidem.

²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 [Dz. U. 2017 poz. 458].

²⁸ Malczewski A., Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2015 r.

spożywania napojów alkoholowych codziennie lub prawie codziennie. Ogółem po napoje te co najmniej raz w tygodniu sięga aż 26% badanej populacji, natomiast jedynie 10% przyznaje, że nie spożywało alkoholu w żadnej postaci w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Za osoby pijące nadmiernie uznano ponad 5% populacji w analizowanym przedziale wiekowym. Badania CBOS dostarczają także wiedzy na temat grup osób nadmiernie pijących, wśród których znajdują się mężczyźni, w wieku 24-44 lat, rozwodnicy, mieszkańcy wielkich miast (powyżej 500tys. mieszkańców), bezrobotni, a także posiadający szczególnie wysokie lub szczególnie niskie dochody na osobę w gospodarstwie domowym.

Potwierdzeniem istnienia wyraźnych potrzeb zdrowotnych związanych z alkoholizmem są dane dotyczące liczby stwierdzanych przypadków uzależnienia od alkoholu oraz leczenia z tym związanego. Pomiędzy rokiem 2000 a 2015 liczba osób leczonych w Polsce ambulatoryjnie w związku z uzależnieniem od alkoholu wzrosła o 8%: z poziomu 411,6 osób na 100 tys. mieszkańców, do 446 osób na 100 tys. mieszkańców. Wśród najczęściej leczonych jednostek chorobowych w tej grupie znajduje się zespół uzależnienia od alkoholu (85,6% ogółu w roku 2015). Dane z ostatnich 6 lat pokazują względnie stałą tendencję (z okresowymi wahaniami) w zakresie liczby chorych leczonych ambulatoryjnie w związku z zaburzeniami spowodowanymi spożywaniem alkoholu – liczba ta oscyluje wokół ok. 458 osób na 100tys. mieszkańców, leczonych rocznie z ww. powodu²⁹. Szczegóły ukazano za pomocą ryciny 3.



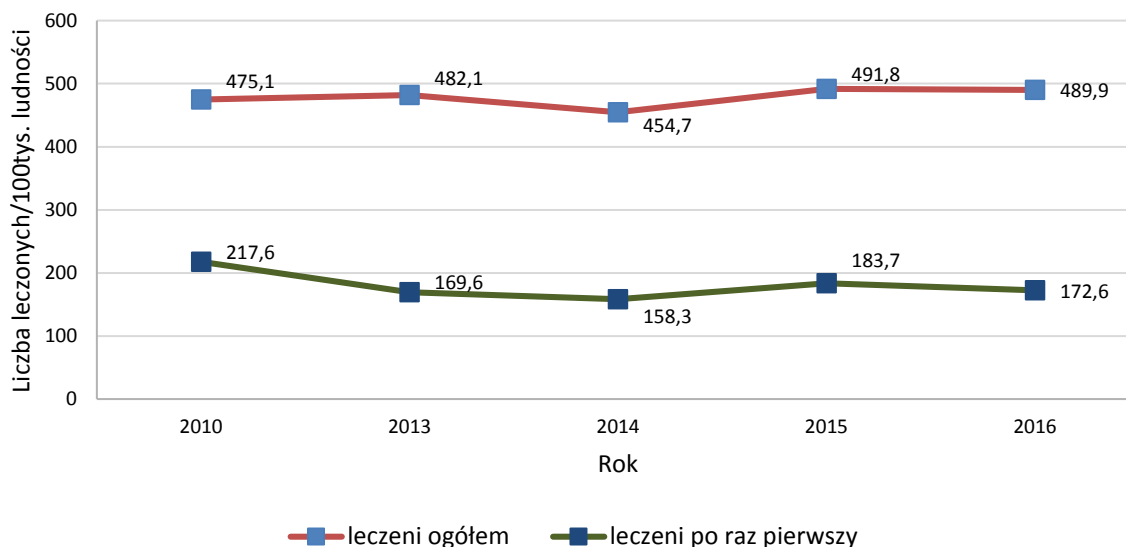
Ryc. 3. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w Polsce w latach 2010-2015 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej

²⁹ Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej 2001-2017, GUS [stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

2.2. Zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu w województwie śląskim

Jeśli chodzi o problematykę związaną z nadużywaniem alkoholu w województwie śląskim, na przestrzeni lat zauważalna jest zmienność liczby nowo diagnozowanych przypadków zaburzeń tego rodzaju, jak i ogólnej liczby leczonych osób. Ogólna liczba leczonych charakteryzuje się wartością zbliżoną do średniej dla całej Polski³⁰. Szczegóły przedstawia rycina 4.



Ryc. 4. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu w województwie śląskim (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podst. danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).

Wśród ogółu pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych spożywaniem alkoholu dominują chorzy dotknięci problemem zespołu uzależnienia (łącznie 88,7% ogółu). Omawiane zaburzenia zdecydowanie częściej dotyczą mężczyzn (ponad 72% przypadków). Spośród grup wiekowych zdecydowana większość przypadków zaburzeń dotyczy osób w przedziale wiekowym 30-64 lat (zwykle ok. 70-80% ogółu). Szczegóły przedstawiono w tabeli 2 oraz 3.

³⁰ Dane zaczerpnięte z bazy Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [katowice.uw.gov.pl; dostęp: 17.01.2018].

Tab. 2. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na płeć (liczby bezwzględne).

Jednostka chorobowa	Płeć					
	Ogółem		M		K	
	lb.	%	lb.	%	lb.	%
Zaburzenia psychiczne związane z alkoholem ogółem	22 337	100	16 232	72,7	6 105	27,3
Ostre zatrucie (F10.0)	555	100	423	76,2	132	23,8
Używanie szkodliwe (F10.1)	1 007	100	683	67,8	324	32,2
Zespół uzależnienia (F10.2)	19 806	100	14 387	72,6	5 419	27,4
Zespół abstynencyjny bez majaczenia (F10.3)	431	100	348	80,7	83	19,3
Zespół abstynencyjny z majaczeniem (F10.4)	31	100	20	64,5	11	35,5
Zaburzenia psychotyczne bez majaczenia (F10.5)	133	100	99	74,4	34	25,6
Zespół amnestyczny (F10.6)	77	100	49	63,6	28	36,4
Inne zaburzenia psychiczne (F10.7, F10.8, F10.9)	297	100	223	75,1	74	24,9

Źródło: Opracowanie własne na podst. danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).

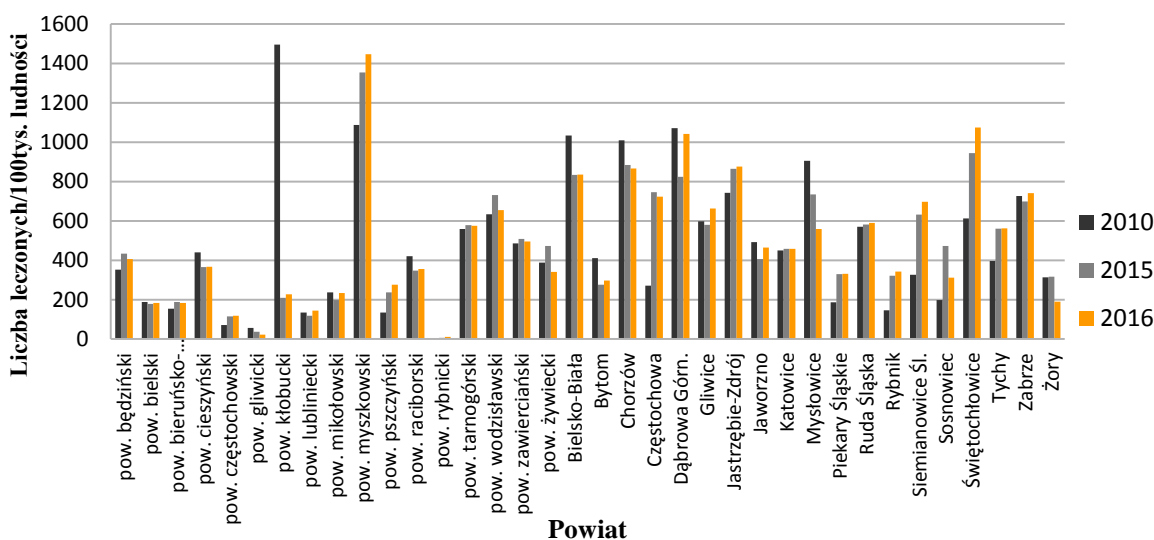
Tab. 3. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na wiek (liczby bezwzględne).

Jednostka chorobowa	Wiek									
	Ogółem		0-18		19-29		30-64		≥65	
	osoba	%	osoba	%	osoba	%	osoba	%	osoba	%
Zaburzenia psychiczne związane z alkoholem ogółem	22 337	100	72	0,3	2 386	10,7	18 790	84,1	1 089	4,9
Ostre zatrucie (F10.0)	555	100	18	3,2	66	11,9	441	79,5	30	5,4
Używanie szkodliwe (F10.1)	1 007	100	35	3,5	188	18,6	751	74,6	33	3,3
Zespół uzależnienia (F10.2)	19 806	100	18	0,1	1 992	10,1	16 854	85,1	942	4,7
Zespół abstynencyjny bez majaczenia (F10.3)	431	100	1	0,2	93	21,6	317	73,6	20	4,6
Zespół abstynencyjny z majaczeniem (F10.4)	31	100	0	0	7	22,6	20	64,5	4	12,9
Zaburzenia psychotyczne bez majaczenia (F10.5)	133	100	0	0	9	6,8	110	82,7	14	10,5
Zespół amnestyczny (F10.6)	77	100	0	0	2	2,6	64	83,1	11	14,3
Inne zaburzenia psychiczne (F10.7, F10.8, F10.9)	297	100	0	0	29	9,8	233	78,4	35	11,8

Źródło: Opracowanie własne na podst. danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).

Liczba zaburzeń powodowanych nadużywaniem alkoholu nie wykazuje jednoznacznego trendu, jeśli porównać dane poszczególnych powiatów województwa śląskiego. Szczególnie wysoka liczba osób leczonych z tego powodu charakteryzuje powiat

myszkowski, zaś w ujęciu ogólnym – w większym stopniu powiaty silniej zurbanizowane³¹. Można przy tym zaobserwować w niektórych przypadkach pewne tendencje o jednolitym charakterze. W powiecie myszkowskim liczba leczonych w kolejnych latach rośnie. Podobnie jest w powiecie pszczyńskim, w mieście Jastrzębie-Zdrój i Świętochłowice, a także w Rybniku i Siemianowicach Śląskich. Z kolei w Chorzowie i Mysłowicach zauważalna jest stała tendencja spadkowa. Bardzo duża różnica pomiędzy rokiem 2010 oraz latami 2015 i 2016 w powiecie kłobuckim najpewniej spowodowana jest innymi czynnikami, niż rzeczywista zmiana sytuacji epidemiologicznej w powiecie. Warto także zwrócić uwagę, że dane dotyczące liczby leczonych po raz pierwszy nie zawsze odzwierciedlają te same trendy, które mają miejsce w przypadku danych o ogólnej liczbie leczonych. Szczególnie relatywnie nieduży przyrost liczby leczonych w powiecie myszkowskim w stosunku do całkowitej liczby leczonych w tym powiecie należy potraktować jako obserwację wartą odnotowania, a także wysoki, choć zmniejszający się poziom współczynnika dla Mysłowic. Również pod względem liczby leczonych po raz pierwszy powiaty charakteryzują się dużym zróżnicowaniem liczby osób i trendów w tym zakresie. Szczegóły prezentują ryciny 5 i 6.



Ryc. 5. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu w powiatach województwa śląskiego (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

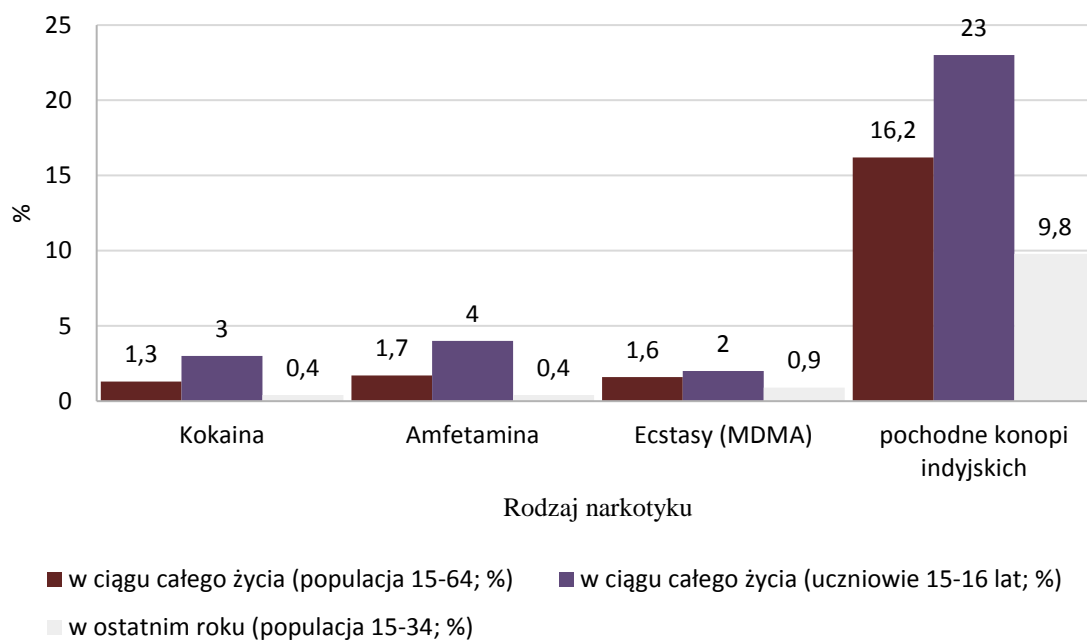
Źródło: Opracowanie własne na podst. danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego; dane niepełne dla powiatu rybnickiego (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).

³¹ Ibidem.

indyjskich, tylko w ostatnim roku. Blisko 25% populacji Unii, tj. 83,2 miliona osób miało styczność z tego rodzaju narkotykami przynajmniej raz w życiu. Rozpowszechnienie używania marihuany jest jeszcze większe w populacji ludzi młodych (15-34 lat), gdzie 13,3% populacji z tego przedziału wiekowego przyznało się do kontaktu z tymi substancjami w ostatnim roku. Popularność innych substancji psychoaktywnych jest mniejsza: w przypadku kokainy kontakt w ciągu minionego roku zadeklarowało 3,6 miliona osób w UE (1,1% populacji, także z wyraźnie większą częstotliwością wśród osób młodych), zaś 17,1 mln osób (5,1% populacji) przyznało się do kontaktu z tą substancją przynajmniej raz w życiu. Szczególnie niepokojąco przedstawiają się dane dotyczące konsumpcji opioidów, które odpowiadają za 82% zgonów wynikłych z przedawkowania narkotyku. Ogólna liczba osób w Unii Europejskiej zażywających takie substancje w sposób ryzykowny sięga 1,3 mln (0,34% populacji). Znaczący stopień rozpowszechnienia charakteryzuje także tzw. nowe substancje psychoaktywne. Wśród osób w przedziale wiekowym 15-24 lat 3% populacji przyznało się do ich zażywania w ciągu ostatniego roku, zaś 8% uczyniło to przynajmniej raz w życiu. W Europie obserwuje się rosnącą liczbę zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków, w szczególności heroiny. Dotyczy to zwłaszcza krajów Europy Północnej³³.

W przypadku Polski sytuacja dotycząca zażywania narkotyków prezentuje się nieco korzystniej niż w przypadku danych dla całej Unii Europejskiej, jednak dotyczy to tylko niektórych aspektów problemu. Szczegóły dotyczące rozpowszechnienia używania wybranych substancji psychoaktywnych w Polsce zaprezentowano na rycinie 7.

³³ Europejski Raport Narkotykowy 2016. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Luksemburg 2016.



Ryc. 7. Podstawowe dane dotyczące używania narkotyków w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne na podst. Europejskiego Raportu Narkotykowego za rok 2016

Z powyższego wykresu wynika, iż odsetek osób mających kontakt z kokainą jest w Polsce relatywnie niski. Niekorzystne są jednak dane dotyczące odsetka uczniów w wieku 15-16 lat, którzy mieli kontakt z tym narkotykiem. Odsetek ten, wynoszący 3%, jest wysoki na tle innych państw europejskich, nawet tych, które mają wyższy poziom zażywania kokainy w dorosłej populacji. Dość zbliżona sytuacja ma miejsce w przypadku amfetaminy. W przypadku ecstazy ogólny odsetek populacji Polski deklarującej kontakt z tym narkotykiem jest relatywnie niski, nieco niższy niż w przypadku amfetaminy. Jest on szczególnie niski w porównaniu z niektórymi krajami europejskimi takimi, jak Czechy i Francja. Rozpowszechnienie tego narkotyku w grupie uczniów w wieku 15-16 lat pozostaje na poziomie porównywalnym ze średnią dla całej Unii Europejskiej. Najpowszechniejszym narkotykiem pozostają pochodne konopi indyjskich, z odsetkiem osób deklarujących kiedykolwiek kontakt z tym narkotykiem na poziomie 16,2% (23% w grupie uczniów). Jakkolwiek są to odsetki wyraźnie wyższe niż w przypadku innych rozpatrywanych substancji, są one jednocześnie wyraźnie niższe niż w wielu innych krajach Europy. Dotyczy to zarówno ogółu populacji, jak i grupy uczniów. Uzupełnieniem powyższych informacji są dane dotyczące zażywania opioidów, gdzie w Polsce stosunkowo wysoki pozostaje odsetek zażywających tego typu substancje drogą dożylną, co jest obciążone szczególnie rodzaju ryzykiem dotyczącym niebezpieczeństwa

przedawkowania, a także zakażeń wynikających ze stosowania niesterylnych igieł i strzykawek³⁴.

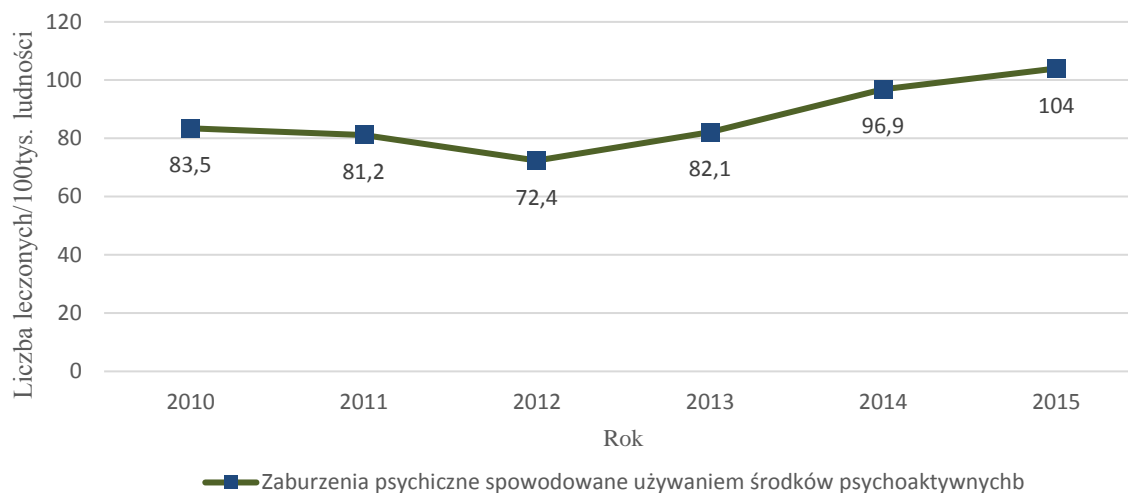
Analizując problem zażywania narkotyków w Polsce warto zwrócić uwagę na wyniki badań CBOS³⁵, zgodnie z którymi 2,2% osób w wieku 15-64 lata przyznaje się do używania jakiegokolwiek narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca, natomiast ponad 16% - kiedykolwiek w życiu. Wśród badanych używających narkotyków przeważali mężczyźni, osoby z wykształceniem gimnazjalnym oraz wyższym, respondenci stanu wolnego, osoby wychowane w mieście oraz niewierzące i niepraktykujące. Najwyższe odsetki aktualnych użytkowników odnotowano wśród uczniów i studentów. Do używania dopalaczy przyznało się ok. 1,3% badanych.

Potwierdzeniem istnienia wyraźnych potrzeb zdrowotnych związanych z narkomanią, są dane dotyczące liczby stwierdzanych przypadków uzależnienia od substancji psychoaktywnych, innych niż alkohol oraz leczenia z tym związanego. Pomiedzy rokiem 2000 a 2015 liczba osób leczonych w Polsce ambulatoryjnie w związku z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych wzrosła 11-krotnie: z poziomu 9,3 osób na 100 tys. mieszkańców, do 104 osób na 100 tys. mieszkańców. Dla analizowanego poniżej okresu od 2010 do 2015 wzrost ten wyniósł 24,5%. W roku 2010 z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) leczono ok. 83 osób na 100tys. mieszkańców, podczas gdy w roku 2015 wartość omawianego współczynnika wynosiła już 104/100tys. mieszkańców. Wśród najczęstszych przyczyn leczenia w tej grupie znajdują się zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny (73,3% ogółu w roku 2015). Szczegóły ukazano za pomocą ryciny 8.

³⁴ Ibidem.

³⁵ A. Malczewski, Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania... op. cit.

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022



Ryc. 8. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych w Polsce w latach 2010-2015 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

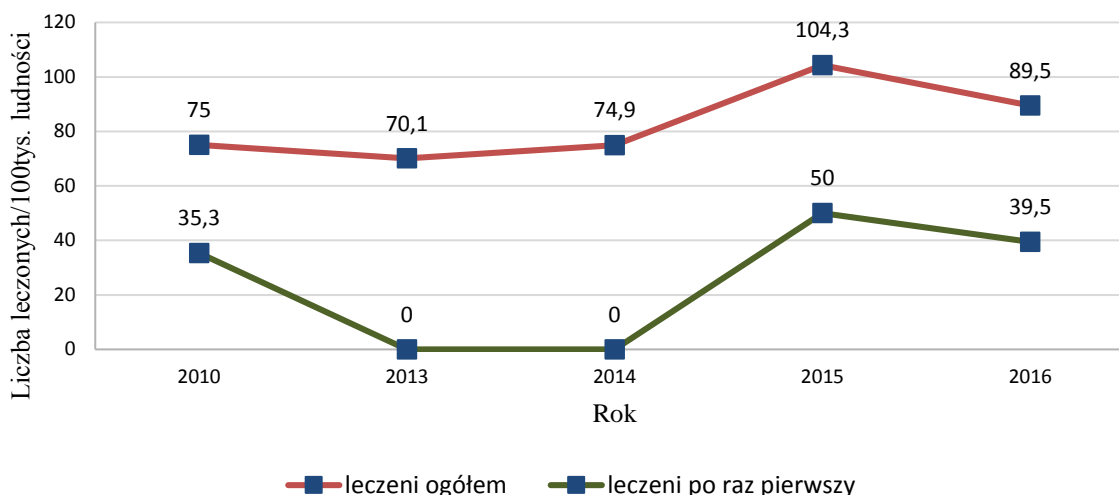
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej

2.4. Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych w woj. śląskim

Trend dotyczący uzależnień powodowanych substancjami psychoaktywnymi w województwie śląskim jest niejednoznaczny. Po niewielkim spadku nastąpił znaczny wzrost liczby leczonych osób między rokiem 2014 i 2015, by następnie ponownie zmniejszyć się, jednak do poziomu wciąż znacząco wyższego niż w latach wcześniejszych³⁶. Szczegóły prezentuje rycina 9.

³⁶ Dane zaczerpnięte z bazy Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego... op. cit.

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi użytkowaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022



Ryc. 9. Leczeni ambulatoryjnie z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych w województwie śląskim (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego; brak danych dotyczących liczby leczonych po raz pierwszy dla lat 2013 i 2014 (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).

Uzupełnieniem powyższych danych jest fakt, iż w ogólnej liczbie leczonych osób dominują mężczyźni (73,1% ogółu), co jest zgodne z charakterystyką zażywania narkotyków w innych regionach i państwach. Rozkład występowania uzależnień pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi jest dość zróżnicowany. Stosunkowo częste jest występowanie zjawiska uzależnienia w najmłodszej grupie wiekowej, zaś ogółem największe rozpowszechnienie ma miejsce w grupie 30-64 lat. Wyraźna dominacja tej grupy wiekowej ma jednak miejsce tylko w przypadku uzależnienia od opiatów, środków uspokajających oraz tytoniu (ok. 70% przypadków). Z kolei w młodszych grupach wiekowych zdecydowanie częstsze jest występowanie uzależnień od substancji pobudzających (w tym kokainy) oraz substancji halucynogennych. Szczegóły przedstawiono w tabeli 4 oraz 5.

Tab. 4. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń związanych z użytkowaniem substancji psychoaktywnych w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na płeć (liczby bezwzględne).

Jednostka chorobowa	Ogółem		M		K	
	lb.	%	lb.	%	lb.	%
Zaburzenia psychiczne spowodowane użytkowaniem środków psychoaktywnych ogółem	4 081	100	2 985	73,1	1 096	26,9
Opiaty (F11)	264	100	190	72,0	74	28,0
Kanabinole (F12)	247	100	209	84,6	38	15,4
Leki uspokajające i nasenne (F13)	429	100	140	32,6	289	67,4
Kokaina (F14)	12	100	6	50,0	6	50,0
Inne substancje pobudzające, w tym: kofeina (F15)	86	100	60	69,8	26	30,2
Substancje halucynogenne (F16)	14	100	13	92,9	1	7,1

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi użytkowaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022

Używanie tytoniu (F17)	192	100	107	55,7	85	44,3
Lotne rozpuszczalniki (F18)	7	100	6	85,7	1	14,3
Kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne (F19)	2 830	100	2 254	79,6	576	20,4

Zródło: Opracowanie własne na podst. danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).

Tab. 5. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń związanych z użytkowaniem substancji psychoaktywnych w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na wiek (liczby bezwzględne).

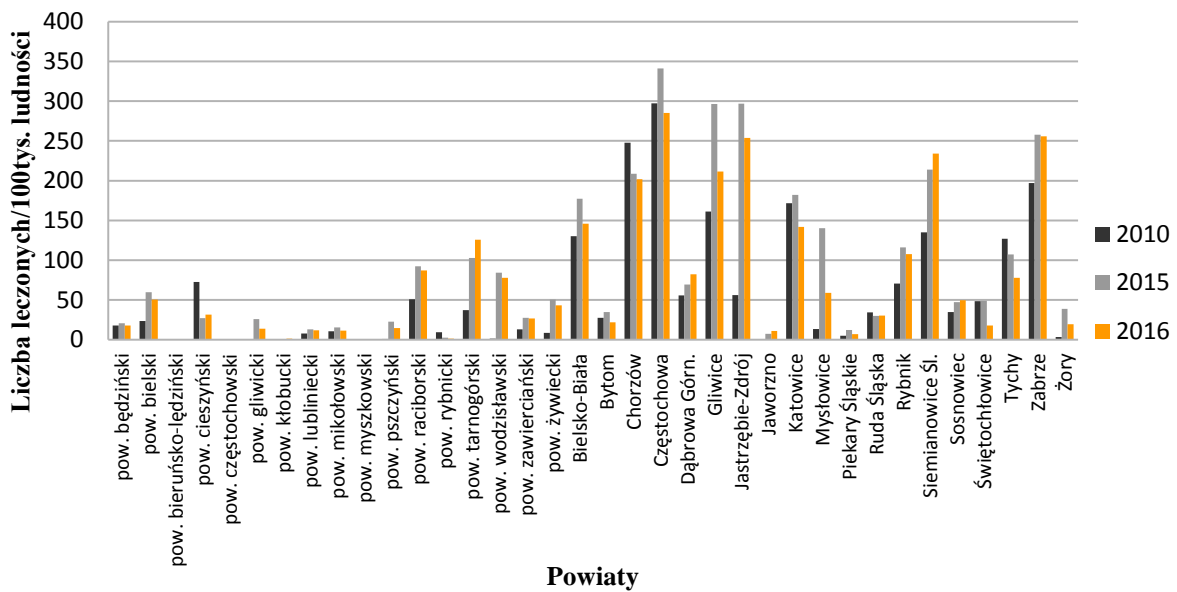
Jednostka chorobowa	Wiek									
	Ogółem		0-18		19-29		30-64		≥65	
	osoba	%	osoba	%	osoba	%	osoba	%	osoba	%
Zaburzenia psychiczne spowodowane użytkowaniem środków psychoaktywnych ogółem	4 081	100,0	358	8,8	1 681	41,2	1 868	45,8	174	4,3
Opiaty (F11)	264	100,0	5	1,9	65	24,6	187	70,8	7	2,7
Kanabinoły (F12)	247	100,0	82	33,2	127	51,4	36	14,6	2	0,8
Leki uspokajające i nasenne (F13)	429	100,0	2	0,5	44	10,3	291	67,8	92	21,4
Kokaina (F14)	12	100,0	0	0,0	1	8,3	11	91,7	0	0,0
Inne substancje pobudzające, w tym: kofeina (F15)	86	100,0	7	8,1	32	37,2	40	46,5	7	8,1
Substancje halucynogenne (F16)	14	100,0	0	0,0	7	50,0	7	50,0	0	0,0
Używanie tytoniu (F17)	192	100,0	11	5,7	26	13,5	110	57,3	45	23,4
Lotne rozpuszczalniki (F18)	7	100,0	2	28,6	2	28,6	3	42,9	0	0,0
Kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne (F19)	2 830	100,0	249	8,8	1 377	48,7	1 183	41,8	21	0,7

Zródło: Opracowanie własne na podst. danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).

W rozbiciu na powiaty, zwraca uwagę wyraźnie wyższa liczba pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Chorzowie, Częstochowie Gliwicach, Jastrzębiu-Zdroju oraz Zabrze. W przypadku Częstochowy, Gliwic, Jastrzębia-Zdrój oraz Zabrze dotyczy to zarówno ogólnej liczby leczonych, jak i przypadków nowo diagnozowanych. W przypadku ogólnej liczby leczonych w powiecie tarnogórskim, Dąbrowie Górniczej, Siemianowicach Śląskich, Sosnowcu, Chorzowie i Tychach można mówić o jednoznacznym trendzie w zakresie zmiany liczby leczonych osób, przy czym w przypadku czterech pierwszych wymienionych jest to trend wzrostowy, a w pozostałych dwóch – spadkowy. W odniesieniu do leczonych po raz pierwszy trend taki można zaobserwować w powiecie cieszyńskim, Chorzowie (spadek) oraz Rybniku i Siemianowicach Śląskich (wzrost)³⁷. Szczegóły prezentują ryciny 10 i 11.

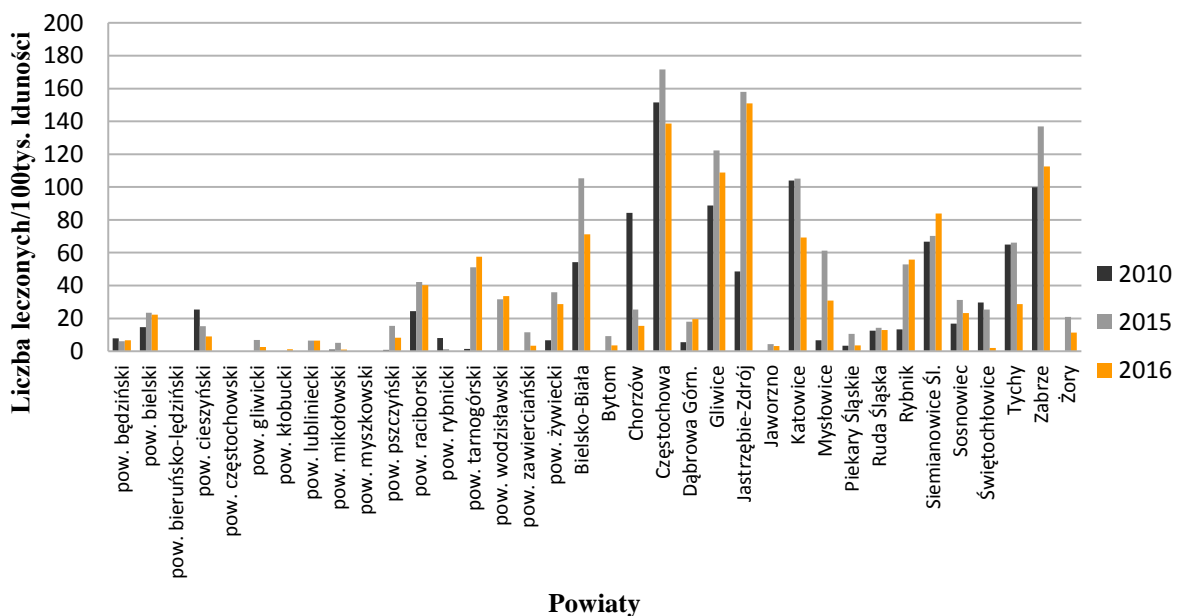
³⁷ Ibidem.

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022



Ryc. 10. Leczeni ambulatoryjnie ogółem z powodu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych w powiatach województwa śląskiego (na 100 tys. ludności).

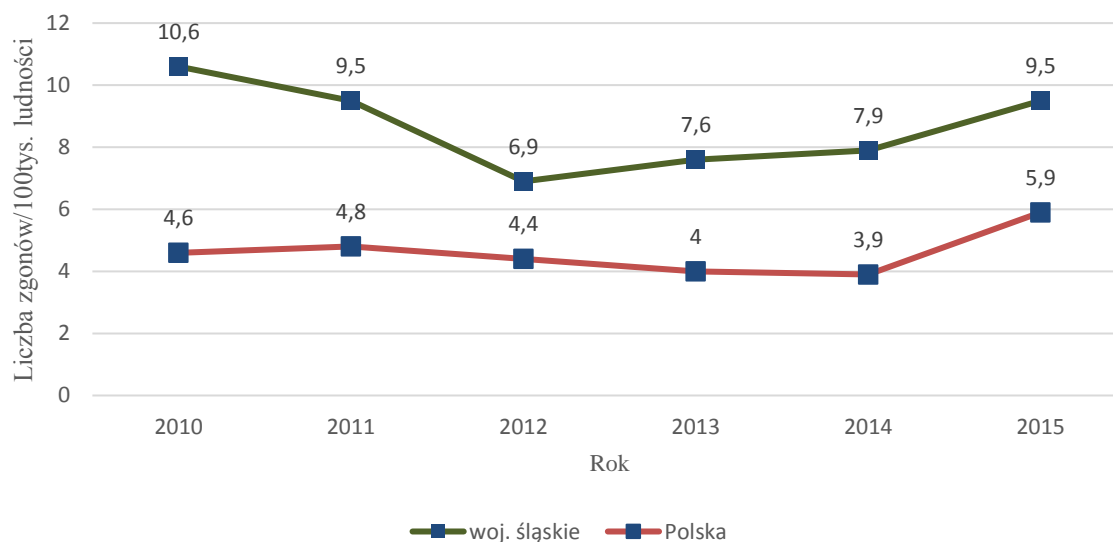
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego; brak danych dla powiatów: bieruńsko-lędziańskiego, częstochowskiego oraz myszkowskiego; dane niepełne dla powiatu kłobuckiego, miasta Jaworzno oraz Żory (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).



Ryc. 11. Leczeni ambulatoryjnie po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych w powiatach województwa śląskiego (na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego; brak danych dla powiatów: bieruńsko-lędziańskiego, częstochowskiego oraz myszkowskiego; dane niepełne dla powiatu kłobuckiego, miasta Jaworzno oraz Żory (Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna; katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.).

Powyższe dane odnoszą się do liczby leczonych pacjentów. Aby zyskać pełniejszy obraz skali obciążenia populacji województwa śląskiego problemami zdrowotnymi z zakresu zaburzeń psychicznych, warto również przeanalizować dane dotyczące zapadalności, chorobowości oraz umieralności z ww. przyczyn. Wśród ogółu zgonów z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce w roku 2015 aż 89,8% spowodowanych było alkoholem³⁸. Zauważyć należy, iż umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w województwie śląskim w roku 2015 jest o ok. 60% wyższa niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając poziom najwyższy wśród wszystkich regionów Polski. Ponadto, o ile w przypadku Polski jeszcze do roku 2014 można było mówić pod tym względem o trendzie spadkowym, w przypadku województwa śląskiego nie obserwowano takiego zjawiska w sposób jednoznaczny, a w roku 2015 odnotowano silny wzrost³⁹. Obserwowane zjawisko można interpretować w sposób wskazujący, iż zaburzenia diagnozowane na obszarze województwa śląskiego są wyraźnie poważniejsze w swoim nasileniu i objawach oraz charakteryzują się cięższym przebiegiem. Jest to również jednoznaczny dowód na szczególną zasadność działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych, odnoszących się do tej kategorii problemów zdrowotnych w województwie śląskim. Szczegóły ukazano na rycinie 12.



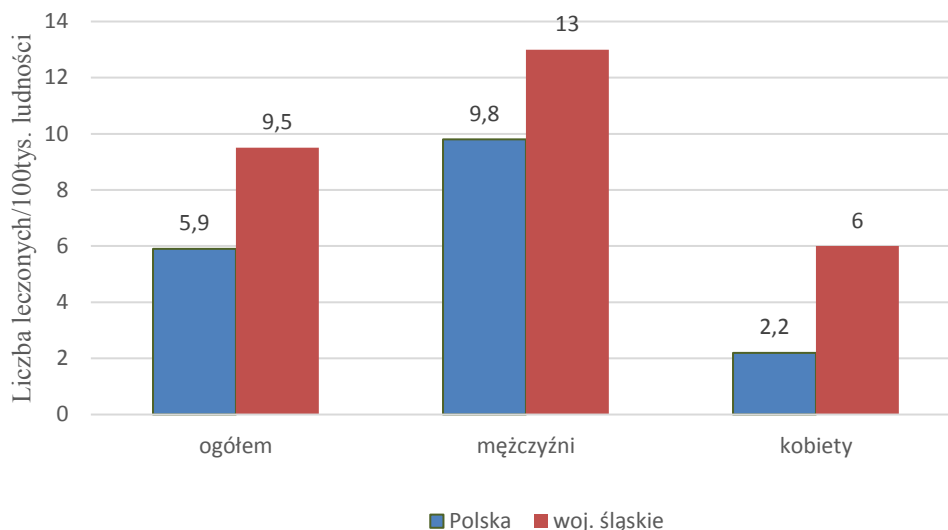
Ryc. 12. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce oraz województwie śląskim (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS [Bank Danych Lokalnych; bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.].

³⁸ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017... op.cit.

³⁹ Bank Danych Lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

Ponadto podkreślenia wymaga fakt, iż wskaźniki umieralności z powodu omawianych zaburzeń są znacznie wyższe w przypadku mężczyzn, którzy w województwie śląskim umierają ponad 2-krotnie częściej z powodu zaburzeń psychicznych w porównaniu do kobiet (w kraju ogółem 4,5-krotnie częściej). Szczegóły zilustrowano za pomocą ryciny 13.



Ryc. 13. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce oraz w województwie śląskim w zależności od płci (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS [Bank Danych Lokalnych; bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.].

Rzeczywisty wpływ zaburzeń psychicznych związanych z użytkowaniem alkoholu i środków psychoaktywnych na umieralność należy uznać za wyższy niż ukazany w przedstawionych wyżej danych, ponieważ zaburzenia te w sposób istotny przyczyniają się do wzrostu wskaźnika samobójstw w populacji. W roku 2015 w Polsce zarejestrowano ponad 9,8tys. zamachów samobójczych (usiłowanych i dokonanych), a liczba samobójstw wyniosła 14,1/100tys. ludności. W tym samym okresie w województwie śląskim dokonano ok. 1,5tys. zamachów samobójczych (14,7% ogółu), natomiast liczba samobójstw wyniosła 8/100tys. ludności, będąc tym samym ponad 1,5-krotnie niższą w porównaniu dla wartości obserwowanej na poziomie ogólnokrajowym. Ponadto należy podkreślić, iż samobójstwa występują znacznie częściej w populacji mężczyzn (ponad 4,5-krotnie częściej na przykładzie danych dla województwa oraz 7-krotnie częściej na przykładzie danych ogólnokrajowych)^{40,41}.

⁴⁰ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017... op.cit.

⁴¹ Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego 2017, Urząd Statystyczny w Katowicach [katowice.stat.gov.pl; dostęp: 08.02.2018r.].

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych dla województwa śląskiego, rejestrowana zapadalność dla rozpoznań z grupy uzależnienia w roku 2014 wyniosła 312 przypadków na 100 tys. ludności (łącznie 14,3 tys. osób). Była to siódma najwyższa wartość współczynnika wśród województw, nieznacznie powyżej średniej dla całego kraju. Najwyższa zapadalność dotyczy osób w wieku 19-44 lata (niespełna 60% przypadków w województwie śląskim), w zdecydowanej większości są to mężczyźni (ponad 70% przypadków). Z kolei chorobowość rejestrowana wyniosła 2493,7 przypadków na 100 tys. ludności (łącznie 114,3 tys. osób), co jest ósmą najwyższą wartością wśród województw, nieznacznie wyższą od średniej dla Polski. Uzależnienia w grupie zaburzeń psychicznych pozostają najważniejszą przyczyną hospitalizacji, odpowiadając za 11,7% przypadków przyjęć do szpitala z rozpoznaniem z grupy chorób psychicznych. W grupie hospitalizowanych pacjentów śmiertelność w ciągu 365 dni od hospitalizacji wyniosła w województwie 3,9%, co było ósmą wartością w skali całego kraju⁴².

Uzupełnieniem charakterystyki obrazu epidemiologicznego są zbiorcze dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych mieszkańcom województwa śląskiego w wieku produkcyjnym w roku 2016 w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, w związku z rozpoznaniem omawianymi w niniejszym Programie (tabela 6). Na podstawie zaprezentowanych danych stwierdzić należy, że liczba osób w wieku produkcyjnym leczących się z powodu rozpoznania zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19) w jednostkach realizujących świadczenia w ramach kontraktów z NFZ, osiąga w województwie śląskim ponad 20tys. osób (w roku 2016), co stanowi ok. 0,74% populacji województwa w analizowanej grupie wiekowej. Najpowszechniej rozpoznawanymi zaburzeniami są zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F10) oraz spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (F19). Pozostałe spośród wyróżnionych rodzajów zaburzeń występują z wyraźnie mniejszą częstotliwością. W kontekście zasadności realizacji niniejszego Programu zwraca uwagę marginalna ilość świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na rzecz osób z omawianymi zaburzeniami psychicznymi (<0,01%).

⁴² Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp dnia 17.01.2018].

Tab. 6. Rozpoznania dotyczące zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wykazane w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom w wieku produkcyjnym w województwie śląskim w roku 2016 na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Kod ICD-10	Jednostka chorobowa	Liczba rozpoznań					Rozpowszechnienie problemu w populacji w wieku produkcyjnym**
		Opieka psych. ogółem*	Leczenie ambulatoryjne	Leczenie stacjonarne	Leczenie uzależnień	Świadczenia rehabilitacyjne	
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu	15 054	2 902	5 078	7 688	16	0,53%
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów	152	60	36	56	2	0,01%
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli	408	78	24	318	0	0,01%
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych	376	210	100	74	0	0,01%
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy	12	4	4	4	0	<0,01%
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających, w tym kofeiny	204	34	44	134	0	0,01%
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów	9	8	0	1	0	<0,01%
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu	70	12	0	58	0	<0,01%
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi	34	22	6	6	0	<0,01%
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych	4 552	948	1 408	2 810	10	0,16%
Łącznie		20 871	4 278	6 700	11 149	28	0,74%

* liczba bez powtarzających się rozpoznań (pacjent pojawiający w roku 2016 w różnych zakresach świadczeń został w kolumnie „Opieka psych. ogółem” uwzględniony jeden raz celem uniknięcia przeszacowania populacji, w związku z czym wartość w tej kolumnie nie stanowi sumy wartości z pozostałych kolumn opisujących stan w poszczególnych z wybranych zakresów świadczeń)

**rozpowszechnienie obliczone na podstawie liczby rozpoznań w „Opiece psych. ogółem” (kolumna 3) oraz liczby mieszkańców województwa w wieku produkcyjnym (2 818 424 osób w 2016r. wg GUS);

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych ze Śląskiego OW NFZ

Objaśnienia do tabeli:

a) opieka psychiatryczna ogółem – wszystkie zakresy

b) leczenie ambulatoryjne – świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)

c) leczenie stacjonarne – świadczenia psychiatryczne dla dorosłych (04.4700.021.02)

d) leczenie uzależnień – leczenie uzależnień (04.1740.007.02), świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (04.1746.007.02), świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu (04.2712.020.02), świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (04.2714.020.02), świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu (04.2724.021.02), świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu (04.2726.021.02), świadczenia dzienne leczenia uzależnień (04.2740.021.02), leczenie uzależnień stacjonarne (04.4740.002.02), świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne (04.4744.001.02), krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (04.4746.021.02)

e) świadczenia rehabilitacyjne - świadczenia psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych (04.2702.020.02), świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej (04.4702.021.02), świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (04.4750.021.02)

Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, iż niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu, zgodnie z danymi ZUS, stanowi podstawę do wystawiania rocznie ok. 4,4 tys. zaświadczeń lekarskich i jest przyczyną ponad 50 tys. dni absencji chorobowej, której przeciętna długość z ww. powodu to ok. 12 dni. Niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu dotyczy głównie mężczyzn (ponad 80% przypadków). Ponadto, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F10) znajdują się wśród 30 jednostek chorobowych będących przyczyną najdłuższych absencji chorobowych z tytułu choroby własnej w populacji mężczyzn (0,8% ogółu)⁴³.

2.5. Dostępność zasobów ochrony zdrowia w opiece psychiatrycznej

W województwie śląskim, zgodnie z danymi na koniec roku 2016, w placówkach ochrony zdrowia pracuje 11,3tys. lekarzy oraz 24,4tys. pielęgniarek, w tym 266 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz 450 pielęgniarek posiadających specjalizację lub kurs specjalizacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Ponadto wśród pracowników medycznych znajduje się również 1 408 psychologów oraz 233 terapeutów zajęciowych^{44,45}. Ponadto należy wskazać, iż zgodnie z danymi WOŁOiZOL w Gorzycach w województwie śląskim w lecznictwie uzależnienia od alkoholu zatrudnionych jest co najmniej 133 lekarzy specjalistów (w tym 106 psychiatrów) oraz 127 pielęgniarek, a także 221 pracowników certyfikowanych, w tym 151 specjalistów psychoterapii uzależnień, 29 instruktorów terapii uzależnień, 27 specjalistów oraz instruktorów terapii uzależnień od narkotyków oraz 14 psychoterapeutów⁴⁶.

W roku 2016 w województwie funkcjonowały 22 podmioty psychiatrycznej opieki stacjonarnej dysponujące łącznie ok. 3tys. łóżek. Wśród podmiotów tych znajduje się 10 szpitali psychiatrycznych z ok. 2,4tys. łóżek (w tym 4 niepubliczne), 4 ośrodki leczenia odwykowego z 324 łózkami (w tym 2 niepubliczne) oraz 8 ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z 274 łózkami (w tym 7 niepublicznych). W ramach działalności ww. placówek wskazać można m.in. na⁴⁷:

- 24 oddziały psychiatryczne (ok. 1,2tys. łóżek; ok. 13,3tys. leczonych rocznie),
- 4 oddziały rehabilitacji psychiatrycznej (120 łóżek, ok. 460 chorych leczonych rocznie),

⁴³ Absencja chorobowa w 2016 roku... op. cit.

⁴⁴ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2017 [csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

⁴⁵ Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach dot. zasobów ochrony zdrowia [katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

⁴⁶ Wolny S., Raport o stanie lecznictwa odwykowego w województwie śląskim w 2016 roku... op. cit.

⁴⁷ Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach dot. zasobów ochrony zdrowia... op. cit.

- 1 oddział/ośrodek leczenia uzależnień (90 łóżek, ok. 945 leczonych rocznie),
- 5 oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (114 łóżek, ok. 3,8tys. leczonych rocznie),
- 5 oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu (174 łóżka, ok. 1,5tys. leczonych rocznie),
- 2 ośrodki terapii uzależnienia od narkotyków (61 łóżek, ok. 200 osób leczonych rocznie),
- 1 oddział/ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (8 łóżek, ok. 260 osób leczonych rocznie),
- 7 oddziałów/ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (208 łóżek, ok. 600 chorych leczonych rocznie),
- 1 hostel dla osób uzależnionych od alkoholu, dysponujący 7 miejscami (niewykorzystanymi ani razu w roku 2016),
- 1 hostel dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, dysponujący 36 miejscami (70 osób korzystających w roku 2016).

Zgodnie z danymi WOŁOIZOL w Gorzycach w województwie śląskim funkcjonują 53 poradnie odwykowe (w tym poradnie terapii uzależnienia od alkoholu oraz poradnie terapii uzależnień)⁴⁸. Ponadto, według danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w województwie zarejestrowanych jest 20 poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych⁴⁹. Porady sprawozdane przez wymienione wyżej poradnie stanowiły w roku 2016 25,1% ogółu porad w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej w województwie śląskim⁵⁰.

Dostępność do świadczeń opieki psychiatrycznej w województwie śląskim jest niezadawalająca, o czym świadczą dane dotyczące liczby podmiotów leczniczych posiadających umowy z NFZ na realizację omawianego rodzaju świadczeń, a także dostępne dane o czasie oczekiwania na te usługi. Zgodnie ze stanem na luty 2018 Śląski OW NFZ posiada 180 podpisanych umów na realizację ww. świadczeń, w tym m.in.⁵¹:

- 142 w zakresie leczenia uzależnień (ambulatoryjnie lub stacjonarnie),
- 41 w zakresie świadczeń ambulatoryjnych terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
- 7 w zakresie świadczeń ambulatoryjnych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol,

⁴⁸ Wolny S., Raport o stanie lecznictwa odwykowego w województwie śląskim w 2016 roku... op. cit.

⁴⁹ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą [rpwdl.csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

⁵⁰ Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach dot. zasobów ochrony zdrowia... op.cit.

⁵¹ Dane NFZ, Informator o umowach [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 07.02.2018r.]

- 14 w zakresie świadczeń dziennych terapii uzależnienia od alkoholu,
- 3 w zakresie świadczeń dziennych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- 22 w zakresie świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych,
- 6 w zakresie świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych,
- 22 w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w trybie stacjonarnym,
- 4 w zakresie leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja),
- 1 w zakresie leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja),
- 8 w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
- 1 w zakresie świadczeń dla uzależnionych od alkoholu udzielanych w hostelu,
- 1 w zakresie świadczeń dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielanych w hostelu.

Zgodnie z dostępnymi danymi, mediana czasu oczekiwania na wizytę w poradni leczenia uzależnień w województwie śląskim w roku 2014 wynosiła 28 dni. W przypadku poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia było to 87 dni, natomiast poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych – 92 dni⁵². Biorąc pod uwagę fakt zmniejszonej liczby świadczeniodawców posiadających obecnie umowę z NFZ na realizację ww. świadczeń w stosunku do roku 2014⁵³, czas oczekiwania na wizytę z wysokim prawdopodobieństwem nie uległ skróceniu.

3. Opis obecnego postępowania

Obecnie realizowane postępowanie w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania uwarunkowane jest przez czynniki prawne, założenia polityki zdrowotnej państwa oraz standardy postępowania. Osobom cierpiącym na zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Podkreślenia wymaga fakt, że omawianej grupie pacjentów należy zapewnić dostęp nie tylko do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych. Niezwykle istotnym elementem

⁵² Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018].

⁵³ Dane NFZ, Informator o umowach... op.cit.

kompleksowej opieki zdrowotnej jest także rehabilitacja osób uzależnionych, definiowana w przypadku tej grupy pacjentów jako system skoordynowanych działań mających na celu wyposażenie osoby uzależnionej w umiejętności fizyczne, intelektualne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczności, przy możliwie najmniejszym wsparciu ze strony osób i instytucji zawodowo zajmujących się pomaganiem⁵⁴.

Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, dziennych oraz stacjonarnych. Chorzy korzystający ze świadczeń ambulatoryjnych mają zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne oraz leki niezbędne w stanach nagłych. Ponadto w ramach tego zakresu świadczeń gwarantuje się także działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin pacjentów. W ramach świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz wyżywienia. Członkowie rodziny pacjenta także w tym przypadku mogą korzystać z działań edukacyjno-konsultacyjnych oraz terapeutycznych. Pacjenci korzystający z usług w warunkach stacjonarnych mają dostęp do wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych⁵⁵. Ponadto, warto zaznaczyć, iż od osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz członków ich rodzin nie pobiera się opłat za świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w zakresie leczenia odwykowego⁵⁶. Szczegółowy zakres świadczeń przysługujących pacjentom z omawianą grupą zaburzeń przedstawiono w tabeli 7.

Tab. 7. Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych

Zakres świadczenia	Opis
Świadczenia w trybie ambulatoryjnym i leczenia środowiskowego	
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	Porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii, w tym: - porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna, kontrolna - porada psychologiczna - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja wsparcia psychospołecznego - wizyta, porada domowa lub środowiskowa
Leczenie uzależnień	Porady, wizyty, sesje psychoterapii, programy, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień oraz leczenia substytucyjnego: - porada lub wizyta diagnostyczna, terapeutyczna,

⁵⁴ Cechnicki A., Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody. Psychiatr. Prakt. Klin., 2009, 2: 41-54.

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386].

⁵⁶ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [Dz.U. 2016 poz. 487]

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022

	<ul style="list-style-type: none"> - porada lub wizyta lekarska - wizyta instruktora terapii uzależnień - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja psychoedukacyjna
Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	<p>Porady, wizyty lub sesje psychoterapii, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień:</p> <ul style="list-style-type: none"> - porada lub wizyta diagnostyczna, terapeutyczna, - porada lub wizyta lekarska - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja psychoedukacyjna
Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	<p>Porady, wizyty, sesje psychoterapii lub programy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - porada lub wizyta diagnostyczna, terapeutyczna, - porada lub wizyta lekarska - wizyta instruktora terapii uzależnień - sesja psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej - sesja psychoedukacyjna - program leczenia substytucyjnego
Program leczenia substytucyjnego	Program leczenia uzależnienia od opiatów
Świadczenia w trybie dziennym	
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych, a także osób ryzykownie pijących, działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i współuzależnionych, działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
Świadczenia dzienne leczenia uzależnień	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych i współuzależnionych, działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
Świadczenia w trybie stacjonarnym	
Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	Diagnostyka i leczenie osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi
Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	Diagnostyka i leczenie osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, u których jest konieczna jednoczesna diagnostyka i leczenie towarzyszących schorzeń somatycznych lub leczenie gruźlicy oraz innych towarzyszących chorób zakaźnych
Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	Diagnostyka i leczenie osób z alkoholowym zespołem abstynencyjnym oraz motywowanie do dalszej terapii uzależnienia.
Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)	Diagnostyka i leczenie osób z zespołem abstynencyjnym po substancjach psychoaktywnych innych niż alkohol i towarzyszących chorób psychicznych, somatycznych oraz motywowanie do dalszej terapii
Leczenie uzależnień	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol oraz działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
Świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi	Diagnostyka, leczenie, wczesna rehabilitacja i psychoedukację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.

zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza)	
Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	Długoterminowa rehabilitacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) oraz działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
Świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza)	Rehabilitacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi z powodu znacznych i utrwalonych zaburzeń funkcjonowania oraz działania konsultacyjno–edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
Świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu	Pobyt w chronionych warunkach mieszkalnych, połączony z programem postrehabilitacyjnym opartym o terapię grupową.
Świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu	Pobyt w chronionych warunkach mieszkalnych, połączony z programem postrehabilitacyjnym opartym o terapię grupową.
Świadczenia stacjonarne w izbie przyjęć	Udzielane całodobowo w trybie nagłym, w tym świadczenia diagnostyczno–terapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie.

Zródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386].

Ponadto dla pacjentów uzależnionych w ramach leczenia uzależnień mogą być realizowane turnusy rehabilitacyjne w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnienia, dziennych lub ambulatoryjnych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych (nie częściej niż raz na 12 miesięcy)⁵⁷.

Przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnień zostało uznane za jeden z priorytetów polityki zdrowotnej państwa określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r w sprawie priorytetów zdrowotnych⁵⁸, gdzie wskazano na konieczność ograniczania szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu (§1 pkt 6a).

Dostrzegając problem braku kompleksowej opieki psychiatrycznej, również podczas opracowywania Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Śląskiego, uznano za zasadne uwzględnienie omawianego problemu zdrowotnego wśród obszarów priorytetowych. Priorytet 5 ww. dokumentu strategicznego zakłada poprawę jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dzieci i dorosłych. Zakłada się między innymi: tworzenie kompleksowych ośrodków specjalistycznych; funkcjonalne powiązanie oddziałów całodobowych, dziennych, zespołów

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2014 poz. 1138.]

środowiskowych i poradni z wykorzystaniem interdyscyplinarnych zespołów specjalistów w leczeniu zaburzeń psychicznych i uzależnień⁵⁹.

Podstawowy dokument strategiczny w obszarze zdrowia publicznego – tj. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 (NPZ)⁶⁰ zwraca uwagę na problem zaburzeń psychicznych w celu operacyjnym 3 pn. „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”, natomiast na problem związany z uzależnieniami w celu operacyjnym 2 pn. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”. W ramach Programu przewidziano liczne działania mające na celu m.in. ograniczenie stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych oraz środków zastępczych poprzez edukację zdrowotną i prowadzenie kampanii społecznych, ukierunkowanie sposobu prowadzenia polityki na rzecz ograniczania popytu i podaży substancji psychoaktywnych (środków odurzających, substancji psychotropowych, NSP i środków zastępczych) oraz działania profilaktyczne.

W ramach działań ukierunkowanych na zdrowie psychiczne realizowany jest także Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (NPOZP)⁶¹. Wśród celów głównych i szczegółowych Programu znajduje się:

1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:
 - upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
 - udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.
2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
 - opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,

⁵⁹ Priorytety dla Regionalnej Polityki Województwa Śląskiego, Wojewoda Śląski, Katowice 30.06.2016r.

⁶⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

⁶¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu... op. cit.

- prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

3. Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Wśród ogólnokrajowych dokumentów strategicznych odnoszących się do problematyki zdrowia psychicznego wymienić należy także „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. Celem głównym Strategii jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce. Wśród celów długoterminowych do roku 2030 wymieniono m.in. opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych oraz wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej⁶².

Do podejmowania działań na rzecz wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi zobowiązane są organy administracji rządowej i samorządowej. Wśród działań tych, realizowanych zgodnie z NPZ, znajdują się⁶³:

- tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu;
- działalność wychowawcza i informacyjna;
- ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju;
- ograniczanie dostępności alkoholu;
- leczenie, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych od alkoholu;
- zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie;
- przeciwdziałanie przemocy w rodzinie;
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej.

W przypadku samorządów województw ww. działania realizowane są w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Ponadto, zarząd województwa zobowiązany jest do organizacji na obszarze województwa, podmiotów

⁶² Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.

⁶³ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 marca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [Dz.U. 2016 poz. 487]

lecniczych wykonujących działalność leczniczą w formie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia i współuzależnienia. Do korzystania ze świadczeń realizowanych przez ww. podmioty uprawnieni są nie tylko uzależnieni, ale też członkowie ich rodzin (w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki)⁶⁴. W województwie śląskim realizowany jest obecnie „Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2016-2020”, którego celem głównym jest integracja na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie. Wśród zaplanowanych w ramach Programu działań wymienić można m.in. profilaktykę i diagnozowanie problemów alkoholowych, leczenie uzależnienia i współuzależnienia, a także wspieranie osób i rodzin z problemem alkoholowym, w tym z problemem przemocy w rodzinie⁶⁵.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń w zakresie lecznictwa odwykowego, inne niż wymienione w poprzednim akapicie, są organizowane na poziomie powiatu przez Starostę. Ponadto zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych mogą być zlecane jednostkom samorządu powiatowego przez zarząd województwa, włącznie z przekazaniem środków finansowych na ich realizację. Na poziomie gmin działania w obszarze omawianego tematu realizowane są w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wymienione wyżej dokumenty strategiczne, niezależnie od ich zasięgu terytorialnego (województwo, gmina), powinny uwzględniać cele operacyjne NPZ⁶⁶.

Władze publiczne realizują także zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, których podstawę, podobnie jak miało to miejsce w przypadku przeciwdziałania alkoholizmowi, stanowi NPZ. Działania w zakresie przeciwdziałania narkomanii na poziomie województwa realizowane są poprzez Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii, natomiast na poziomie gminy poprzez Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii. Wśród zadań tych wymienić można⁶⁷:

- działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną;
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych;

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Uchwała nr V/17/1/2016 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 stycznia 2016 r. w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2016-2020

⁶⁶ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 marca 2016 r.... op. cit.

⁶⁷ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii [Dz.U. 2017 poz. 783]

- ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych.

Wśród celów operacyjnych realizowanego obecnie „Programu przeciwdziałania narkomanii w województwie śląskim na lata 2017-2020” znajduje się edukacja publiczna w zakresie przeciwdziałania narkomanii, wzmacnianie oddziaływań profilaktycznych, wzmacnianie procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin oraz badanie i monitorowanie problemów związanych z narkotykami i narkomanią. Cele te zaplanowano do realizacji m.in. poprzez profilaktykę problemów narkomanii, wspieranie osób i rodzin z problemem narkomanii, leczenie uzależnienia i współuzależnienia, a także diagnozowanie problemów związanych z narkotykami i narkomanią⁶⁸.

Ponadto nie należy zapominać, że jednym z zadań NPZ na lata 2016-2020 jest także konieczność opracowania i realizacji samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego⁶⁹. Za przykład ww. zadania służyć może Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, którego cele główne są następujące:

- Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
- Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego;
- Współpraca międzynarodowa z regionami partnerskimi województwa śląskiego, celem propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacji na terenie województwa europejskich standardów opieki psychiatrycznej.

Ponadto podjęcie interwencji w omawianym obszarze w ramach regionalnego programu zdrowotnego wpisuje się w cele operacyjne Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+ (cel operacyjny B.1: Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa)⁷⁰ oraz cele strategiczne Strategii Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020 (cel strategiczny 4: Poprawa warunków i jakości życia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i społecznie wykluczonych; cel strategiczny 6: Wspieranie działań

⁶⁸ Uchwała nr V/34/8/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia z dnia 13 lutego 2017 roku w sprawie przyjęcia Programu przeciwdziałania narkomanii w województwie śląskim na lata 2017-2020.

⁶⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia...op. cit.

⁷⁰ Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „ŚLĄSKIE 2020+”, Katowice, Lipiec 2013.

na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.)⁷¹.

Dodatkowo warto podkreślić, iż większość programów w ośrodkach zajmujących się leczeniem uzależnień integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno-poznawczego, a także korzysta z idei i doświadczeń Wspólnoty Anonimowych Alkoholików oraz Wspólnoty Anonimowych Narkomanów. Podstawowymi celami psychoterapii są: zachowanie trwałej abstynencji, poprawa zdrowia psychicznego i fizycznego, nabycie umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i społecznych. Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to 18-24 miesiące. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od czterech do sześciu miesięcy. Cały cykl psychoterapii uzależnienia trwa do kilku lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku⁷².

Długotrwałe doświadczenia w pracy z osobami uzależnionymi oraz wyniki badań naukowych wskazały na konieczność stosowania innych metod pracy niż tylko długotrwała terapia i abstynencja. Zwrócono uwagę m.in. na konieczność oddziaływań pozwalających w znacznym stopniu poprawić jakość życia pacjentów, a nie jedynie skupianie się na wyeliminowaniu objawów uzależnienia. Do terapii uzależnień wprowadzono m.in. programy redukcji szkód, programy ograniczania picia oraz programy ograniczania używania substancji psychoaktywnych⁷³. Ich celem jest podniesienie jakości życia pacjentów, zatrzymanie procesu uzależnienia oraz często zabezpieczenie podstawowych potrzeb pacjentów i ich rodzinom. Wymagającym podkreślenia aspektem jest udzielanie pomocy w każdej sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent. Ta forma pomocy nie wyklucza więc osób, które aktualnie przyjmują substancje psychoaktywne – warunki uzyskania pomocy określone są indywidualnie. Ponadto w programach tego typu sam pacjent jest aktywnym uczestnikiem udzielanej pomocy, a także współuczestniczy w tworzeniu strategii i form pomocy wobec siebie, co w założeniu przekłada się na wyższą efektywność terapii^{74,75}.

⁷¹ Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.

⁷² Ibidem.

⁷³ Informacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [parpa.pl; dostęp: 06.02.2018r.].

⁷⁴ Klingemann J. Redukcja szkód a programy ograniczania picia. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2015, 5:3-4

⁷⁵ Sempruch-Malinowska K. Zygałło M. Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (red.) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Łódź 2012, s.253-264

Programy redukcji szkód, realizowane w poradniach leczenia uzależnień oraz terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, obejmują oddziaływania indywidualne i/lub grupowe. Celem podejmowanych interwencji nie jest w tym przypadku abstynencja oraz ograniczenie konsumpcji alkoholu, lecz ograniczenie negatywnych konsekwencji wynikających z jego spożywania (szkody zdrowotne psychologiczne oraz społeczne), a także poprawa zdrowia i funkcjonowania psychospołecznego osoby uzależnionej. Ponadto uczestnictwo w tego typu programie pozwala pacjentowi na zwiększenie kompetencji życiowych w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb, a także przeciwdziała procesowi wykluczenia społecznego. Z programów tych nie powinni korzystać pacjenci kwalifikujący się do programów ukierunkowanych na abstynencję lub ograniczenie picia, a także chorzy podejmujący leczenie uzależnienia po raz pierwszy. Grupę docelową w tym przypadku stanowią osoby głęboko uzależnione, mające trudności z utrzymaniem abstynencji oraz leczone wielokrotnie w programach nakierowanych na całkowitą abstynencję. Wśród zasadniczych celów programów ograniczania picia wymienić należy poprawę stanu zdrowia⁷⁶. Omawiane programy realizowane są także za pomocą pracy w środowisku (tworzenie punktów wymiany igieł i strzykawek, udzielanie informacji o zasadach bezpiecznych iniekcji, tworzenie pokoi iniekcyjnych) oraz szeroko rozumianej edukacji (m.in. edukacja uliczna, programy terapii krótkoterminowej, treningi kompetencji społecznych)⁷⁷.

Programy ograniczania picia obejmują oddziaływania indywidualne i/lub grupowe ukierunkowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym we współpracy z terapeutą planem picia. Plan ten zawiera zasady dotyczące używania alkoholu przez pacjenta tj. ilość, częstość, kontekst, czas oraz miejsce. Programy tego typu skierowane są do osób pijących szkodliwie oraz uzależnionych bez przeciwwskazań zdrowotnych dla używania alkoholu, czy też nie akceptujących trwałej abstynencji jako celu terapii. Do populacji docelowej w tym przypadku zaliczane są także osoby w początkowej fazie uzależnienia, z mniejszym nasileniem objawów choroby, doświadczające mniejszej ilości problemów związanych z piciem, lepiej funkcjonujące społecznie oraz młodsze. Podkreślić należy, iż zgodnie z aktualną wiedzą naukową omawiane programy mają podobną efektywność

⁷⁶ Zalecenia dla programów redukcji szkód realizowanych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, PARPA 31.03.2017r.

⁷⁷ Ibidem.

do tych ukierunkowanych na abstynencję i powinny być traktowane jako opcja terapeutyczna w odniesieniu do wymienionych wyżej pacjentów⁷⁸.

Ponadto warto dodać, że wiele spośród placówek leczenia uzależnień poszerza obecnie swoją ofertę psychoterapeutyczną także o metodę terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (ang. *Brief Solution Focused Therapy*; BSFT). Celem tej formy terapii nie jest jedynie rozwiązanie problemu, jakim jest samo uzależnienie. BSFT ma na celu budowanie przez pacjenta, przy pomocy terapeuty, takiego fragmentu rzeczywistości, w którym będzie miał on możliwość zaspokojenia swoich potrzeb w sposób akceptowalny społecznie i ograniczający negatywne konsekwencje indywidualne. Osoba uzależniona zatem, przy współudziale terapeuty, pracuje nad aktualną całościową sytuacją w jakiej się znajduje, poszukując optymalnego dla siebie rozwiązania sytuacji. Czas trwania terapii nie jest ściśle określony, jednak w założeniu powinien być jak najkrótszy. Praca obejmuje także oddziaływanie terapeutyczne na całą gamę konsekwencji związanych z uzależnieniem, takich jak osłabienie relacji społecznych, zaniedbywanie lub utrata pracy, trudności w samodzielnym radzeniu sobie, czy obniżenie jakości życia^{79,80}.

W wielu placówkach terapii uzależnień duże znaczenie przywiązuje się do indywidualizacji procesu terapeutycznego, reagowania na potrzeby klienta i sojusz terapeutyczny zawarty pomiędzy pacjentem i terapeutą wokół wspólnych celów. Nie należy zapominać, że nie każdy pacjent uzależniony potrzebuje, czy też ma możliwość wglądu w przyczyny swojego zaburzenia, ale jednocześnie nie u wszystkich pacjentów terapia powinna koncentrować się na behawioralnych metodach radzenia sobie z objawem. Dlatego też coraz częściej terapeuci uzależnień podejmują szkolenia w obszarze psychoterapii, korzystając w ten sposób z różnych podejść terapeutycznych przy uwzględnieniu możliwości pacjenta. Wyposażeni w nowe umiejętności zawodowe stosują zatem nie tylko BSFT, ale też psychodramę, terapię systemową czy też psychodynamiczną^{81,82}.

⁷⁸ Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień, PARPA 7.07.2016.

⁷⁹ Berg I.K., Miller S.D. Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym. Galaktyka. Łódź 2000 [brief-therapy.org; dostęp 06.02.2018]

⁸⁰ Kosman T., Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR), Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne, 2013 (1), s. 9-26.

⁸¹ Kowalcze M., Integracja czy jednorodność w: Terapia uzależnienia i współuzależnienia nr 6/2009.

⁸² Kowalcze M. Psychoterapia uzależnień - podejście integracyjne Psychiatria po dyplomie tom 13, nr 06 2016.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Konsekwencje zaburzeń psychicznych spowodowanych użytkowaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych istotnie wpływają na obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania zaproponowane w Programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności oraz wykluczeniu z rynku pracy mieszkańców województwa dotkniętych problemem ww. grupy chorób, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi oraz finansowymi w zakresie wydatków ponoszonych przez ZUS z tytułu świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Województwo śląskie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie zaburzeń psychicznych. Umieralność w województwie z tej przyczyny jest o ok. 60% wyższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając tym samym poziom najwyższy wśród wszystkich regionów Polski⁸³. Ponadto zapadalność oraz chorobowość rejestrowana dotycząca rozpoznań z grupy uzależnień pozostaje w województwie wyższa od średniej dla całej Polski⁸⁴. Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, iż zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F10) znajdują się wśród 30 jednostek chorobowych będących przyczyną najdłuższych absencji chorobowych z tytułu choroby własnej w populacji mężczyzn (0,8% ogółu)⁸⁵. Wskazane wyżej dane, w opinii autorów, stanowią bezsprzeczne uzasadnienie dla podjęcia działań planowanych w ramach niniejszego Programu.

Przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności psychofizycznej, a także zdolności do podejmowania lub kontynuowania aktywności zawodowej oraz czynnego uczestnictwa w życiu społecznym pacjentom z problemem zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych użytkowaniem substancji psychoaktywnych możliwe jest dzięki podejmowaniu kompleksowych działań rehabilitacyjnych. Jak wskazano w części dot. epidemiologii, istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej stanowi bardzo niski odsetek pacjentów z rozpoznaniem chorób w obrębie ww. grupy, korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Ponadto należy podkreślić, iż interwencje oferowane w Programie stanowią w znacznej części świadczenia uzupełniające w odniesieniu

⁸³ Bank Danych Lokalnych, GUS... op. cit.

⁸⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp dnia 17.01.2018].

⁸⁵ Absencja chorobowa w 2016 roku... op. cit.

do świadczeń gwarantowanych, a zaplanowanie ich w trybie ambulatoryjnym pozwoli na zwiększenie dostępu do działań z zakresu profilaktyki wtórnej dla osób z populacji docelowej.

Zarząd Województwa Śląskiego planuje wdrożenie „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022” w odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz obserwowaną sytuację zdrowotną. Wdrożenie Programu uzasadnione jest także wskazaniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wśród pięciu grup schorzeń, będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Wśród pozostałych grup ww. schorzeń pojawiają się także choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz choroby układu oddechowego⁸⁶.

4.1. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie krajowym

Zaplanowany Program wpisuje się w krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

- 1) Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁸⁷ – priorytet 4: ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji; priorytet 5: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 2) Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020⁸⁸: *cel operacyjny 2: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi; cel operacyjny 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa;*
- 3) Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022⁸⁹: *cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;*

⁸⁶ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018r.

⁸⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

⁸⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

⁸⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony... op. cit.

4) Krajowymi ramami strategicznymi. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020⁹⁰: Punkt 5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, 5.3. Struktura celów strategicznych, 5.3.1. *Cel główny: Celem głównym jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce, Cele długoterminowe do 2030 r.: Cel 1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych; Cel 3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej; Cel 4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).*

Problematyka poruszana w Programie nie jest objęta żadnym programem polityki zdrowotnej o zasięgu ogólnokrajowym, w związku z czym nie istnieje ryzyko powielania się interwencji oraz grup docelowych.

4.2. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022 zaplanowany został w ramach RPO WSL na lata 2014–2020⁹¹, osi priorytetowej VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, *działanie 8.3: Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, poddziałanie 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, typ 1: Opracowywanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i utrzymanie zatrudnienia we współpracy z pracodawcami oraz typ 2: Wdrażanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i utrzymanie zatrudnienia we współpracy z pracodawcami.*

Ponadto zaplanowany Program wpisuje się w regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

⁹⁰ Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020... op. cit.

⁹¹ Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wersja 12.0, Katowice, grudzień 2017 r.

- 1) Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim⁹² – *priorytet 5: Poprawa jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dorosłych i dzieci;*
- 2) Strategią Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+⁹³ - *cel operacyjny B.1: Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa;*
- 3) Śląskim Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020⁹⁴ – *cel główny 2: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;*
- 4) Strategią Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020⁹⁵ - *cel strategiczny 4: Poprawa warunków i jakości życia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i społecznie wykluczonych.*

⁹² „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie”... op. cit.

⁹³ Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+... op. cit.

⁹⁴ Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, Uchwała nr 2406/290/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 r.

⁹⁵ Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności

1. Cel główny

Przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności psychicznej i społecznej oraz zdolności do aktywności zawodowej co najmniej 1 290 mieszkańcom województwa śląskiego w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnym zawodowo lub deklaruującym gotowość do podjęcia zatrudnienia, z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, będącym uczestnikami Programu w latach 2019-2022.

2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie o co najmniej 70% liczby osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, będących uczestnikami Programu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2019-2022.

2. Ograniczenie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów wynikających z zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, poprzez udzielenie wsparcia specjalistycznego co najmniej 10% osób oraz zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 60% osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, objętych interwencjami w Programie w latach 2019-2022.

3. Ograniczenie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów wynikających z wystąpienia w rodzinie zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, poprzez dostarczenie wiedzy na temat ww. zaburzeń oraz zachowań zdrowotnych, a także udzielenie wsparcia psychologicznego co najmniej 60% członków rodzin osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, objętych interwencjami w Programie w latach 2019-2022.

4. Wzrost kwalifikacji z zakresu nowoczesnych metod rehabilitacji zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych u co najmniej

60% przedstawicieli personelu medycznego świadczącego usługi medyczne, dzięki szkoleniom zaplanowanym do realizacji w latach 2019-2020.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela 8. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Liczba osób objętych Programem zdrowotnym dzięki współfinansowaniu z EFS (uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie)	3 222	Liczba oświadczeń o udziale w Programie
Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie	298	Listy obecności
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla pre-testów przeprowadzanych przed szkoleniem w porównaniu z post-testami przeprowadzanymi po szkoleniu
Liczba osób uczestniczących w badaniu lekarskim kwalifikującym do Programu	3 544	Listy prowadzone przez realizatora
Odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie	co najmniej 70% uczestników	Liczba oświadczeń o udziale w Programie
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po ostatnich zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed 1 zajęciem
Liczba członków rodzin pacjentów uczestnicząca w zajęciach edukacji zdrowotnej	3 222	Listy prowadzone przez realizatora
Odsetek członków rodzin, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po ostatnich zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed 1 zajęciem
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 10% uczestników	Wyniki w zakresie funkcjonowania psychologicznego na podstawie pytań z dziedziny psychologicznej kwestionariusza WHOQOL-100 (różnica pomiędzy wartością deklarowaną przez pacjenta na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze relacji społecznych, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 10% uczestników	Wyniki w zakresie relacji społecznych na podstawie pytań z dziedziny relacji społecznych kwestionariusza WHOQOL-100* (różnica pomiędzy wartością

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022

		deklarowaną przez pacjenta na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)
Odsetek osób, u których doszło do zwiększenia ilości zachowań zdrowotnych w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 30% uczestników	Wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych na podstawie Kwestionariusza IZZ (różnica pomiędzy wartością deklarowaną przez pacjenta na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)
Odsetek osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	co najmniej 40% uczestników	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)
Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	co najmniej 1 290	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia Programu)

* Wartości mierników efektywności przyjęto biorąc pod uwagę ograniczone środki finansowe przeznaczone na realizację Programu.

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

1. Populacja docelowa

Zgodnie z danymi GUS⁹⁶ województwo śląskie zamieszkuje ok. 4 559 164 mieszkańców (11,86% ludności kraju), w tym 51,77% kobiet oraz 48,23% mężczyzn. Ludność w wieku produkcyjnym stanowi 61,8% ogółu mieszkańców zarówno w przypadku województwa śląskiego, jak i całego kraju. Wskaźnik obciążenia demograficznego dla województwa osiąga wartość zbliżoną do wartości krajowej. Szczegóły przedstawiono za pomocą tabeli 9.

Tabela 9. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju.

Wyszczególnienie			Śląskie	Polska
			2016	2016
Ludność ogółem			4 559 164	38 432 992
Wiek przedprodukcyjny	ogółem	liczba	767 290	6 895 878
		%	16,8	17,9
	mężczyźni	liczba	392 796	3 538 551
		%	51,2	51,3
	kobiety	liczba	374 494	3 357 327
		%	48,8	48,7
Wiek produkcyjny	ogółem*	liczba	2 818 424	23 767 614
		%	61,8	61,8
	mężczyźni	liczba	1 490 539	12 584 291
		%	52,9	52,9
	kobiety	liczba	1 327 885	11 183 323
		%	47,1	47,1
Wiek poprodukcyjny	ogółem	liczba	973 450	7 769 500
		%	21,4	20,2
	mężczyźni	liczba	315 521	2 470 324
		%	32,4	31,8
	kobiety	liczba	657 929	5 299 176
		%	67,6	68,2
Wskaźnik obciążenia demograficznego**			61,8	61,7

* 18-64 lata mężczyźni, 18-59 lat kobiety

** ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Populacja kwalifikująca się do Programu wyłoniona zostanie spośród osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, których liczba w

⁹⁶ Liczba osób w wieku produkcyjnym, stan na 31.12.2016r., Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 05.01.2018r.]

województwie śląskim wynosi 2 818 424⁹⁷. Interwencje w Programie skierowane będą do populacji docelowej osób w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, dotkniętych problemem zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz przedstawicielei kadry medycznej, świadczących usługi pacjentom z ww. problemami zdrowotnymi.

Działania szkoleniowe w Programie skierowane będą do lekarzy POZ, lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinie, psychologów oraz specjalistów terapii uzależnień. Jak wskazano w części dotyczącej epidemiologii w województwie śląskim w roku 2016 zatrudnionych było 266 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, 1 408 psychologów oraz 151 specjalistów psychoterapii uzależnień. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, etap I Programu w latach 2019-2020 obejmie 298 uczestników. Oszacowanie wskaźnika objęcia populacji docelowej jest trudne ze względu na brak dokładnych danych statystycznych wskazujących jak duża liczba z wskazanych wyżej specjalistów pracuje z pacjentami dotkniętymi zaburzeniami omawianymi w niniejszym opracowaniu.

Według wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020⁹⁸ Regionalne Programy Zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy, realizowane w ramach RPO, powinny być ukierunkowane na osoby w wieku aktywności zawodowej najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych. Bazując na danych ZUS, przedstawionych w części dotyczącej opisu problemu zdrowotnego oraz epidemiologii, za osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych uznano populację osób pracujących w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn z rozpoznaniem w wywiadzie zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (zespół uzależnienia; F10.2), substancji uspokajających i nasennych (zespół uzależnienia; F.13.2) oraz wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (zespół uzależnienia; F19.2). Za osoby najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych, w tym przypadku, uznano

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018r.

osoby bezrobotne oraz deklarujące gotowość do podjęcia zatrudnienia z tej samej grupy wiekowej. Doboru populacji docelowej dokonano biorąc pod uwagę stosunkowo duże rozpowszechnienie ww. problemów w populacji ogólnej, spowodowane m.in. dostępnością substancji i społecznym przyzwoleniem na ich używanie. Ponadto uzależnienie od produktów zwanych popularnie „dopalaczami” jest klasyfikowane najczęściej pod symbolem F.19, ze względu na ich złożony skład oraz zróżnicowany wpływ na organizm (pobudzający, uspokajający lub halucynogeny). Celem zapobieżenia podwójnemu finansowaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej założono, iż Programem objęci zostaną pacjenci z rozpoznaniem wskazanych wyżej jednostek chorobowych w wywiadzie, nie korzystający w momencie zgłoszenia się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia z powodu ww. jednostek chorobowych.

Zgodnie z danymi ŚUW⁹⁹, przedstawionymi w części dotyczącej epidemiologii, w roku 2016 ze świadczeń ambulatoryjnych w związku z ww. rozpoznaniem wg ICD-10 (F10.2, F13¹⁰⁰ oraz F19¹⁰¹) skorzystało ok. 23 tys. pacjentów w wieku od 18 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 18 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn. Po uwzględnieniu współczynnika aktywności zawodowej ludności województwa śląskiego¹⁰² populację docelową oszacowano na ok. 16,7 tys. osób. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi kompleksowa rehabilitacja w ramach Programu w latach 2019-2022 obejmie 3 222 uczestników tj. ok. 19,3% populacji docelowej.

Program skierowany jest do osób z ww. grup docelowych, które zgłoszą chęć uczestnictwa w projektach realizowanych przez beneficjentów/realizatorów wyłonionych w ramach konkursu w ramach RPO WSL na lata 2014-2020. Istotnym elementem Programu jest równy dostęp mieszkańców województwa śląskiego zarówno do udziału w Programie, jak również do wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowotnej. W związku z powyższym niezbędne jest prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych w równym zakresie na terytorium całego regionu. W tym celu zalecane jest wykorzystanie mediów tradycyjnych oraz interaktywnych.

⁹⁹ Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna [katowice.uw.gov.pl; dostęp: 10.02.2018r.]

¹⁰⁰ W związku z brakiem dokładnych danych statystycznych dotyczących wyłącznie zespołu uzależnienia w szacowaniu populacji uwzględniono liczbę pacjentów z rozpoznaniem F13 oraz F19 ogółem.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Wartość współczynnika aktywności zawodowej ludności w wieku produkcyjnym – 72,9% [Aktywność ekonomiczna ludności w województwie śląskim w III kwartale 2017r., Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice, Grudzień 2017; katowice.stat.gov.pl, dostęp: 02.02.2017r.]

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

2.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I) – lekarze POZ

2.1.1. Kryteria włączenia:

- osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu: lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych;
- wykonywanie pracy zawodowej na terenie województwa śląskiego w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

2.1.2. Kryteria wyłączenia:

Brak

2.2. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I) – pozostali specjaliści

2.2.1. Kryteria włączenia:

- osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu: lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, psychologa, specjalisty psychoterapii uzależnień;
- wykonywanie pracy zawodowej na terenie województwa śląskiego w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń leczenia uzależnień na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych.

2.2.2. Kryteria wyłączenia:

Brak

2.3. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

2.3.1. Kryteria włączenia:

- wiek: 18-64 lat mężczyzna, 18-59 lat kobieta,
- pozostawanie aktywnym zawodowo lub deklaruującym gotowość do podjęcia zatrudnienia¹⁰³,
- zamieszkiwanie na terenie województwa śląskiego;

¹⁰³ Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym); [Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018 r.]

- rozpoznanie w wywiadzie zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem alkoholu (zespół uzależnienia; F10.2), substancji uspokajających i nasennych (zespół uzależnienia; F.13.2) oraz wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (zespół uzależnienia; F19.2);
- zakończenie podstawowego cyklu leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnej.

2.3.2. Kryteria wyłączenia:

- aktywne zażywanie substancji psychoaktywnej;
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji zaplanowanych w Programie, np. ciężka depresja, znaczne otępienie, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe;
- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia; z powodu ww. jednostek chorobowych w momencie zgłoszenia się do Programu (mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika programu, np. oświadczenie pacjenta).

2.4. Edukacja zdrowotna członków rodzin

2.4.1. Kryteria włączenia:

- pozostawanie członkiem rodziny pacjenta zakwalifikowanego do udziału w Programie.

2.4.2. Kryteria wyłączenia:

- brak.

2.5. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

2.5.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Wykonawców poprzez nawiązanie bezpośredniego kontaktu z podmiotami działalności leczniczej (w tym szczególnie z poradniami POZ, poradniami terapii uzależnień, poradniami terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradniami terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz oddziałami/ośrodkami zajmującymi się leczeniem uzależnień w trybie dziennym i/lub stacjonarnym), a także lekarskim samorządem zawodowym (Śląska Izba Lekarska) oraz oddziałami Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów. Wśród sposobów

rozpowszechnienia informacji o szkoleniach dla kadry medycznej zaleca się wykorzystanie m.in. drogi pocztowej, mailowej oraz telefonicznej, natomiast ostatecznie zależne one będą od wyboru narzędzi przez Wykonawcę/Wykonawców w złożonym projekcie.

2.5.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Wykonawców w ramach współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w opiece psychiatrycznej (głównie poradnie leczenia uzależnień, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnie uzależnienia od substancji psychoaktywnych, gabinety lekarzy psychiatrów, oddziały/ośrodki dzienne psychiatryczne), innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto informacje o Programie dostępne będą w siedzibie Wykonawców, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez Wykonawcę/Wykonawców w złożonym projekcie.

3. Planowane interwencje

W Programie zaplanowano przeprowadzenie działań szkoleniowych skierowanych do kadry medycznej oraz kompleksowej rehabilitacji uczestników Programu.

3.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Szkolenia mające na celu wzrost kwalifikacji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych obejmą swym zasięgiem 298 uczestników tj. lekarzy POZ (lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych), lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinie, psychologów oraz specjalistów psychoterapii uzależnień. Rozkład w grupach wskazanych wyżej specjalistów zależny będzie od wyników naboru uczestników do Programu, prowadzonego przez Realizatora.

Szkolenia realizowane będą w trybie jednodniowym, obejmując łącznie co najmniej 8 godzin edukacyjnych (45-minutowych) w grupach max. 30-osobowych. Realizator zapewni, że

szkolenia prowadzone będą przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz specjalistów psychoterapii uzależnień, doświadczonych w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Treści przekazywane w ramach szkoleń dotyczyły będą m.in.:

- w przypadku lekarzy POZ: mechanizmu uzależnienia, problematyki picia szkodliwego, klasyfikacji substancji psychoaktywnych, problemu dopalaczy, rozpoznawania objawów uzależnienia, pierwszej pomocy w przypadku zażycia narkotyku i zatrucia alkoholem, medycznych aspektów nadużywania alkoholu (wskaźniki widoczne w badaniach laboratoryjnych, ocena stanu klinicznego pod kątem objawów odstawiennych), form profesjonalnej pomocy dla osób uzależnionych;
- w przypadku lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, psychologów, specjalistów psychoterapii uzależnień: psychopatologii współwystępującej z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych, problematyki picia szkodliwego, kompleksowości postępowania w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, nowoczesnych metod neurorehabilitacji stosowanych w usprawnianiu funkcji poznawczych, rehabilitacji psychiatrycznej z udziałem nowoczesnych technologii, efektywnego łączenia farmakoterapii z metodami nefarmakologicznymi, współczesnych metod psychoterapii zaburzeń psychicznych, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki.

Celem oceny efektywności szkoleń Realizator opracuje ankietę ewaluacyjną dot. przekazywanych treści, obejmującą min. 20 pytań zamkniętych. Anonimowa ankieta zostanie przeprowadzona przed szkoleniem w formie pre-testu oraz po szkoleniu w formie post-testu. Wyniki ankiet zostaną wprowadzone do arkusza programu Excel i przekazane Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej. Dodatkowo organizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia wśród uczestników ankiet oceniających jakość przeprowadzonych działań oraz wydania uczestnikom certyfikatów potwierdzających podniesienie kwalifikacji zawodowych.

3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Kompleksowa rehabilitacja w ramach Programu obejmie 3 222 pacjentów dotkniętych problemem zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem alkoholu oraz

innych substancji psychoaktywnych. W ramach omawianej interwencji zaplanowano dla każdego uczestnika następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
- analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania – zespół uzależnienia od alkoholu, substancji uspokajających i nasennych lub wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych [wg ICD-10: F10.2, F13.2, F19.2],
- analizę dokumentacji medycznej stwierdzającej zakończenie leczenia właściwego ww. zaburzeń,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie (m.in. ciężka depresja, znaczne otępienie, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe, aktywne zażywanie substancji psychoaktywnej),
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w Programie,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii i/lub psychoterapeucie i/lub terapeucie uzależnień, z którego świadczeń korzysta pacjent,
- ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej wraz ze wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonane badanie kwalifikujące do Programu, może być zwiększona o 10%, w relacji do liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

2) Pierwsza konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa będącego specjalistą terapii uzależnień lub posiadającego doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi, obejmująca:

- wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności zawodowej pacjenta),
- zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
- dokonanie oceny funkcjonowania psychologicznego i relacji społecznych (na podstawie pytań z dziedziny psychologicznej i dziedziny relacji społecznych kwestionariusza

WHOQOL-100) oraz zachowań zdrowotnych (na podstawie kwestionariusza IZZ) wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,

- ustalenie harmonogramu kolejnych indywidualnych spotkań terapeutycznych,
- ustalenie harmonogramu spotkań terapeutycznych pacjentów oraz członków ich rodzin,
- ustalenie harmonogramu indywidualnych konsultacji specjalistycznych z doradcą zawodowym,
- zaplanowanie indywidualnego planu zajęć warsztatowych;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonane badanie kwalifikujące do Programu, może być zwiększona o 10%, w relacji do liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

W projekcie celowo zastosowano dwukrotną weryfikację braku przeciwwskazań do udziału w Programie, zgodnie z założeniem, iż lekarz psychiatra kwalifikuje pacjenta pod kątem zdrowia psychicznego (wyklucza ewentualne zaburzenia lub choroby psychiczne, które mogłyby stanowić przeszkodę do wzięcia udziału w Programie), natomiast psycholog pod kątem sprawności psychologicznej (poznawczej, emocjonalnej, społecznej), niezbędnej do udziału w Programie. W związku z powyższym obie kwalifikacje można uznać za komplementarne, zapewniające całościowe spojrzenie na funkcjonowanie psychologiczne kandydata do udziału w Programie.

3) Indywidualne spotkania terapeutyczne realizowane przez osobę posiadającą certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień:

- 10 spotkań indywidualnych, trwających do 45 minut. Tematyka spotkań dostosowana do potrzeb konkretnego pacjenta. Wykorzystane będą terapie stosujące metody oparte na dowodach naukowych. Spotkania pozwolą na monitorowanie przebiegu procesu rehabilitacji u uczestnika Programu.

4) Spotkania terapeutyczne pacjentów oraz członków ich rodzin realizowane przez team złożony z psychologa i specjalisty psychoterapii uzależnień, posiadających przygotowanie z zakresu terapii rodzin oraz doświadczenie w pracy z osobami z problemem uzależnienia, zaplanowane jako istotne działanie z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemem alkoholowym:

- 4 spotkania, trwające do 90 minut. Tematyka spotkań uwzględniająca indywidualne potrzeby/problemy rodziny. Podejście terapeutyczne oparte na dowodach naukowych. Celem spotkań jest udzielenie rodzinie wsparcia psychologicznego w radzeniu sobie z

- sytuacją zdrowotną pacjenta oraz ewentualna pomoc w rozwiązaniu problemów psychologicznych rodziny, wynikających ze stanu zdrowia psychicznego pacjenta;
- 5) Indywidualne konsultacje specjalistyczne z doradcą zawodowym obejmujące 2 spotkania trwające do 45 minut. Celem konsultacji jest zapoznanie uczestników z zasadami funkcjonowania rynku pracy i udzielenie im profesjonalnego wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej.
 - 6) Zaawansowany trening umiejętności społecznych realizowany przez psychologa będącego specjalistą terapii uzależnień lub posiadającego doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi, obejmujący:
 - 4 spotkania grupowe, w grupach max. 12-osobowych, trwające do 180min. Spotkania mają na celu pogłębienie poziomu takich umiejętności, jak m.in. efektywne komunikowanie się, konstruktywne radzenie sobie z negatywnymi emocjami, autoprezentacja, asertywność, rozwiązywanie konfliktów, współpraca w grupie;
 - 7) Trening rozwiązywania problemów realizowany przez psychologa będącego specjalistą terapii uzależnień lub posiadającego doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi, obejmujący:
 - 4 spotkania grupowe, w grupach max. 12-osobowych, trwające do 180min. Spotkania mają na celu zwiększenie umiejętności praktycznych przydatnych w codziennym życiu (m.in. podejmowanie decyzji, gospodarowanie pieniędzmi, planowanie dnia, wyznaczanie celów);
 - 8) Wybrane zajęcia warsztatowe (cykl 8 spotkań wybranych przez psychologa w konsultacji z pacjentem podczas pierwszej konsultacji psychologicznej):
 - warsztat kulinarny w ramach terapii zajęciowej realizowany przez dietetyka, w formie spotkań trwających do 135min, w grupie max. 12-osobowej; warsztat ma na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat zasad prawidłowego odżywiania się oraz praktycznej umiejętności przygotowania zbilansowanego posiłku,
 - warsztat kinezyterapii w ramach terapii zajęciowej realizowany przez fizjoterapeutę, w formie spotkań trwających do 135min, w grupie max. 12-osobowej; warsztat ma na celu przekazanie pacjentom podstawowej wiedzy na temat prozdrowotnej aktywności fizycznej oraz praktycznej umiejętności wykonania określonych ćwiczeń ruchowych,
 - warsztat arteterapii w ramach terapii zajęciowej realizowany przez arteterapeutę, w formie spotkań trwających do 135min, w grupie max. 12-osobowej; tematyka zajęć powinna być zaproponowana przez osobę prowadzącą i może obejmować:

plastykoterapię, muzykoterapię, choreoterapię lub biblioterapię; warsztat ma na celu umożliwienie pacjentom uzewnętrznienie przeżyć i doznań, pobudzenie talentów i zainteresowań oraz zachęcenie ich do wstąpienia na drogę samorozwoju.

9) Warsztat relaksacyjny realizowany przez psychologa, obejmujący:

- 10 spotkań grupowych, w grupach max. 12-osobowych, trwających do 45min. Warsztat ma na celu przekazanie pacjentom praktycznej umiejętności zastosowania technik relaksacyjnych w życiu codziennym;

10) Działania edukacyjne zaplanowane obligatoryjnie w odniesieniu do każdego z uczestników, obejmujące:

- 1 spotkanie w grupie mieszanej realizowane przez instruktora terapii uzależnień lub specjalistę terapii uzależnień, trwające do 135 minut, w grupie max. 30-osobowej mieszanej, złożonej z pacjentów oraz członków ich rodzin. Celem oceny efektywności edukacji Realizator opracuje ankietę ewaluacyjną dot. przekazywanych treści, obejmującą min. 10 pytań zamkniętych. Anonimowa ankietę zostanie przeprowadzona przed spotkaniem (osobno w grupie pacjentów oraz członków ich rodzin) w formie pre-testu oraz po spotkaniu w formie post-testu. Wyniki ankiet zostaną wprowadzone do arkusza programu Excel i przekazane Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej (spotkanie będzie realizowane z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, tematyka spotkania zostanie szczegółowo zaplanowana przez realizującego je instruktora terapii uzależnień lub specjalistę terapii uzależnień, natomiast powinna obejmować co najmniej następujące treści: związek stylu życia ze zdrowiem psychicznym, w tym m.in. rola aktywności fizycznej, diety, snu i wypoczynku w utrzymywaniu abstynencji, radzenie sobie ze stresem, znaczenie grup samopomocowych AA oraz Al-Anon).

11) Druga konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa będącego specjalistą psychoterapii uzależnień lub posiadającego doświadczenie w pracy z uzależnieniami po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, obejmująca:

- wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności zawodowej pacjenta),
- dokonanie oceny funkcjonowania psychologicznego i relacji społecznych (na podstawie pytań z dziedziny psychologicznej i dziedziny relacji społecznych kwestionariusza WHOQOL-100) oraz zachowań zdrowotnych (na podstawie kwestionariusza IZZ) wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,

- ewentualne wydanie na piśmie informacji o funkcjonowaniu psychologicznym pacjenta z zaleceniem przekazania go terapeutę, jeśli pacjent pozostaje w kontakcie z terapeutą;

12) Kontrolna konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) i przedmiotowe,
- przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 1),
- uzupełnienie karty oceny skuteczności Programu, zawierającej informacje o aktualnej aktywności zawodowej uczestników oraz stanie ich zdrowia (w tym porównanie uzyskanych wyników standaryzowanych kwestionariuszy zastosowanych w Programie z wartościami początkowymi);
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii.

Tab. 10. Przykładowy harmonogram kompleksowej rehabilitacji uczestników Programu.

TYDZIEŃ												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	20
5	5	8	8	9	9	9	9	9	9	6	5	2
26 godz.				36 godz.				29 godz.				2 godz.
93 godz.												
konsultacja psychiatryczna konsultacja psychologiczna indywidualne spotkanie terapeutyczne				spotkanie terapeutyczne pacjentów oraz członków ich rodzin indywidualna konsultacja specjalistyczna z doradcą zawodowym zaawansowany trening umiejętności społecznych				trening rozwiązywania problemów zajęcia warsztatowe warsztat relaksacyjny spotkanie edukacyjne				

* 1h w harmonogramie = 45min

3.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin

W ramach Programu, jako element profilaktyki pierwotnej, zaplanowano udział członków rodziny pacjenta w działaniach edukacyjnych realizowanych przez instruktora terapii uzależnień lub specjalistę terapii uzależnień, trwających do 135minut. W Programie zaplanowano uczestnictwo 3 222 członków rodzin pacjentów. Oszacowanie tej populacji jest trudne, ponieważ przewiduje się, że część pacjentów nie zaprosi w ogóle członków rodzin do wzięcia udziału w interwencjach, część natomiast zaprosi do udziału więcej niż jedną osobę. Zaplanowane działanie pozwoli na zwiększenie motywacji pacjenta do pracy nad poprawą stanu swojego zdrowia, a w konsekwencji może przyczynić się do wzrostu efektywności Programu. Ponadto, przyniesie wymierną korzyść dla członka rodziny pacjenta, umożliwiając mu zwiększenie wiedzy w zakresie problematyki prewencji zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Zajęcia będą odbywały się w grupach mieszanych max. 30-osobowych, obejmujących pacjentów oraz członków ich rodzin.

3.3. Zwrot kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej

W ramach Programu zaplanowano także możliwość otrzymania przez uczestników zwrotu kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej. Zwrot ten, w związku z

ograniczeniami budżetowymi, przysługiwał będzie 9% uczestników objętych Programem, w tym priorytetowo osobom niepełnosprawnym. Otrzymanie zwrotu będzie możliwe po ukończeniu indywidualnego cyklu rehabilitacji na podstawie okazania zakupionego wykorzystanego biletu (biletów). Możliwość przyznania zwrotu kosztów dojazdu będzie każdorazowo rozpatrywana indywidualnie w zależności od sytuacji uczestnika Programu.

3.5. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i wynikach badań naukowych.

W latach 2004-2009 pracował powołany przez Ministra Zdrowia Zespół ekspertów ds. opracowania standardów postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i programów ograniczania szkód zdrowotnych oraz akredytacji zakładów opieki zdrowotnej prowadzących leczenie, rehabilitację i programy ograniczania szkód zdrowotnych wobec osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. W pracach uczestniczyli przedstawiciele Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz praktycy – specjaliści terapii uzależnień pracujący w organizacjach pozarządowych, świadczących pomoc osobom z problemem narkotykowym. Opracowano trzy projekty standardów uwzględniające specyfikę leczenia stacjonarnego, dziennego i ambulatoryjnego. Na chwilę obecną zatwierdzono i opublikowano „Standardy dobrej praktyki w opiece i leczeniu pacjentów uzależnionych od narkotyków w placówkach stacjonarnych”. Standardy te mogą być użyteczne w codziennej praktyce klinicznej oraz przyczynić się do podniesienia jakości świadczonych usług dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Standardy dotyczą między innymi: praw pacjenta, ciągłości opieki (wskazują na konieczność kontynuacji opieki nad pacjentem po zaprzestaniu leczenia stacjonarnego/szpitalnego), opieki nad pacjentem (działania diagnostyczne, terapia uzależnienia, działania zmierzające do poprawy stanu funkcjonowania społecznego pacjenta), a także funkcji organizacyjnych¹⁰⁴.

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii także wskazuje na konieczność podejmowania działań w odniesieniu do osób po ukończonym procesie leczenia odwykowego. Działania takie określa mianem postrehabilitacji. Ich celem jest powrót osób

¹⁰⁴ Dane Krajowego Biura Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii [narkomania.gov.pl; dostęp 22.01.2018].

uzależnionych do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, podjęcie pracy, pełnienie ról społecznych. Działania te realizowane są głównie poprzez zajęcia zapewniające wsparcie psychologiczne, terapię podtrzymującą, naukę usamodzielniania się¹⁰⁵. Konieczność taką podkreślają również wytyczne NICE (2011)¹⁰⁶, dotyczące diagnozowania, leczenia i pomocy osobom uzależnionym od alkoholu. Dodatkowo, poza ewentualnym leczeniem farmakologicznym, rekomenduje się uczestniczenie pacjentów w programach wspomagających wychodzenie z uzależnienia, spotkaniach społeczności terapeutycznej, udział w grupach wsparcia oraz koordynowanie opieki nad pacjentem w jego środowisku lokalnym.

Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii podstawową metodą leczenia osoby uzależnionej jest psychoterapia, natomiast farmakoterapia ma jedynie charakter wspomagający. Poza udziałem w psychoterapii zaleca się, aby osoby uzależnione korzystały z różnego rodzaju form wsparcia społecznego, przez uczestnictwo np. w mityngach Grup Anonimowych Alkoholików i Anonimowych Narkomanów^{107,108}.

Również wyniki badań naukowych potwierdzają, że poprawa funkcjonowania społecznego jest jednym z istotnych aspektów terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Czynnikiem wyzwalającym oraz podtrzymującym uzależnienie jest często lęk, w tym lęk społeczny. Sięganie po substancję psychoaktywną ma w takim przypadku na celu obniżenie progu wrażliwości na negatywne emocje (lęk, niepokój, niepewność, wstyd), które realnie bądź potencjalnie mogą pojawić się w relacjach interpersonalnych. Ponadto oczekiwany efekt polega na zwiększeniu poziomu odwagi w nawiązywaniu relacji oraz poprawie ogólnego samopoczucia psychofizycznego. Ma to szczególne znaczenie dla osób młodszych, aktywnie poszukujących aprobaty społecznej oraz dla osób poszukujących partnera¹⁰⁹. Z tego względu profesjonalne wsparcie w zakresie minimalizowania lęku społecznego, ma istotne znaczenie nie tylko dla poprawy jakości życia osób z problemem uzależnienia, ale stanowi również czynnik minimalizujący ryzyko nawrotu.

¹⁰⁵ Ibidem.

¹⁰⁶ NICE Clinical guideline [CG115], Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [nice.org.uk, dostęp: 22.01.2018r.]

¹⁰⁷ Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2018 roku, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2017 [parpa.pl; dostęp 22.01.2018].

¹⁰⁸ Miller W.R., Forcehimes A.A., Zweben A.. Terapia Uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2014, s. 260–281

¹⁰⁹ Bulley A, Miloyan B, Brilot B, Gullo MJ, Suddendorf T. An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder. *J Affect Disord.* 2016;196:62-70.

U osób długotrwale nadużywających substancji psychoaktywnych obserwuje się z kolei deficyty w zakresie poznawczych umiejętności społecznych, związanych m.in. z umiejętnością odczytywania emocji rozmówcy na podstawie wyrazu jego twarzy oraz odczytywania znaczenia emocjonalnego komunikatów werbalnych. Wynikiem tych trudności są, występujące często w grupie osób uzależnionych, zaburzenia emocjonalne, osłabione funkcjonowanie poznawcze, a także neuropatologie obszarów mózgu leżących u podstaw umiejętności przetwarzania sygnałów społecznych. W zakresie wymienionych trudności obserwuje się różnice płciowe, na niekorzyść mężczyzn. Ponadto, ponieważ upośledzenia w poznaniu społecznym mogą utrzymywać się pomimo przedłużającej się abstynencji, mają one ważne implikacje dla zapobiegania nawrotom¹¹⁰.

Ponieważ podstawową grupą społeczną jest rodzina, w przypadku rehabilitacji psychiatrycznej szczególnie istotne jest przywrócenie efektywnego funkcjonowania pacjenta w obszarze relacji rodzinnych. Również w tym aspekcie umiejętności społeczne, takie jak konstruktywne radzenie sobie z emocjami, rozwiązywanie konfliktów czy poprawna komunikacja, są znaczące. Uzależnienie od substancji psychoaktywnej najczęściej narusza dobrostan relacji rodzinnych, prowadząc nierzadko do poważnych problemów, jak przemoc domowa czy nadużycia seksualne. Sam fakt zaprzestania aktywnego używania substancji psychoaktywnej przez osobę uzależnioną nie jest wystarczający do poprawy jej relacji z członkami rodziny. Wsparcie ze strony profesjonalistów może pomóc rodzinie odbudować naruszone zaufanie i poczucie bezpieczeństwa oraz minimalizować przez to również ryzyko nawrotu uzależnienia¹¹¹.

3.6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami realizowanymi przez ministrów lub Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dodatkowo, warto zaznaczyć, że mimo iż część zaplanowanych interwencji stanowi świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej, to w opinii autorów działania rehabilitacji psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym połączone z zaplanowanymi działaniami

¹¹⁰ Valmas MM, Mosher Ruiz S, Gansler DA, Sawyer KS, Oscar-Berman M. Social cognition deficits and associations with drinking history in alcoholic men and women. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014;38(12):2998-3007.

¹¹¹ Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment and Family Therapy. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2004. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39

obejmującymi podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej, zaawansowane treningi umiejętności społecznych oraz treningi rozwiązywania problemów, indywidualne konsultacje specjalistyczne z doradcą zawodowym, zajęcia warsztatowe, warsztaty relaksacyjne oraz działania edukacyjne stanowią logiczną całość oraz skierowane są do zdefiniowanej grupy docelowej. W związku z powyższym zgodnie z wytycznymi dla EFS, w opinii autorów, mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia realizowane w ramach Programu będą bezpłatne i dobrowolne, odbywać się będą po wyrażeniu przez pacjenta świadomej zgody na uczestnictwo w Programie. Ponadto wszystkie zaplanowane działania prowadzone będą z poszanowaniem prywatności oraz ochrony danych osobowych.

Za zaproszenie uczestników do Programu odpowiedzialni będą wyłonieni w drodze konkursu realizatorzy, a koszty akcji promocyjno-informacyjnej zostaną wliczone w koszty pośrednie. Dostęp do interwencji w ramach Programu zapewniony będzie w godzinach porannych oraz popołudniowych od poniedziałku do piątku, a także w godzinach porannych w soboty i niedziele, celem dostosowania do potrzeb uczestników. Pacjent będzie miał możliwość kontaktu telefonicznego z realizatorem celem m.in. pozyskania informacji w zakresie terminów udzielania świadczeń, czy też przełożenia wizyty/konsultacji/warsztatów.

Świadczenia będą realizowane przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, składające się z lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, psychologów, fizjoterapeutów, dietetyków, arteterapeutów, terapeutów uzależnień i doradców zawodowych. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących poszczególne etapy Programu opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wszyscy ww. specjaliści będą ze sobą aktywnie współpracować celem zapewnienia uczestnikowi Programu kompleksowej opieki. W ramach Programu zaplanowano długotrwałą, kilkutygodniową współpracę pacjenta z ww. zespołem, której celem jest wypracowanie oraz późniejsze podtrzymanie odpowiednich zachowań zdrowotnych przez pacjenta.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Organizator dopuszcza zakończenie Programu na każdym jego etapie na życzenie pacjenta. W przypadku ukończenia pełnego cyklu programu pacjent:

- otrzymuje wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 1), której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
- kończy udział w Programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu Programu pacjent:

- zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w Programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań rehabilitacyjnych w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości życia),
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Części składowe programu polityki zdrowotnej są następujące:

- 1) Wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w ramach konkursu ofert,
- 2) Przeprowadzenie szkoleń dla kadry medycznej,
- 3) Przeprowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej,
- 4) Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu,
- 5) Bieżące monitorowanie jakości oraz zgłaszalności,
- 6) Ewaluacja programu – ocena efektywności programu.

Program będzie przebiegał w następujących etapach:

Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej,

Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu.

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

2.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Organizator szkoleń zaplanowanych w ramach Programu powinien:

- zapewnić niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń;
- posiadać doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/warsztatów z zakresów medycznych (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 8 godzin, dla min. 50 osób poświadczane odpowiednimi dokumentami);
- zapewnić prowadzenie wykładów wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz specjalistów psychoterapii uzależnień, posiadających co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Realizator wyłoniony w drodze konkursu powinien spełniać wymagania lokalowe i sprzętowe, a także wymagania dotyczące kompetencji specjalistów udzielających świadczeń w Programie (lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, psycholog) określone przepisami zawartymi w załączniku nr 7 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w

części dotyczącej leczenia uzależnień (porada lub wizyta lekarska, w tym personel: pkt. 1-3; porada lub wizyta terapeutyczna, w tym personel pkt. 1-5)¹¹².

Ponadto realizator zapewni, że:

- 1) wszystkie osoby realizujące interwencje z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu będą posiadały certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień;
- 2) wszyscy psycholodzy realizujący projekt będą specjalistami w zakresie psychoterapii uzależnień lub będą posiadali doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, minimum rok pracy w wymiarze nie mniejszym niż 50% pełnego wymiaru czasu pracy);
- 3) warsztaty kinezyterapii prowadzone będą przez fizjoterapeutę, posiadającego:
 - co najmniej tytuł zawodowy magistra lub równorzędny,
 - doświadczenie w pracy klinicznej¹¹³ (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, minimum rok pracy w wymiarze nie mniejszym niż 50% pełnego wymiaru czasu pracy);
- 4) warsztaty kulinarne prowadzone będą przez osobę, która:
 - rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1630 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra / ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku / rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra / rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata lub magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku / ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk / ukończyła przed dniem wejścia w życie

¹¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień... op. cit.

¹¹³ Praca z pacjentem

rozporządzenia technikum lub szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka,

- posiada doświadczenie w pracy klinicznej¹¹⁴ (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, minimum rok pracy w wymiarze nie mniejszym niż 50% pełnego wymiaru czasu pracy);

5) warsztaty arteterapii prowadzone będą przez arteterapeutę, posiadającego:

- dyplom lub certyfikat potwierdzający kwalifikacje zawodowe,
- doświadczenie w pracy klinicznej¹¹⁵ (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, minimum rok pracy w wymiarze nie mniejszym niż 50% pełnego wymiaru czasu pracy);

6) konsultacje z zakresu doradztwa zawodowego prowadzone będą przez doradcę zawodowego, posiadającego:

- wykształcenie wyższe magisterskie i licencję doradcy zawodowego co najmniej I stopnia;
- doświadczenie zawodowe (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, minimum rok pracy związanej ze świadczeniem przedmiotowych usług na rzecz osób bezrobotnych, w wymiarze nie mniejszym niż 50% pełnego wymiaru czasu pracy);

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Ibidem.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do Programu prowadzona corocznie oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez analizę:

- liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniach lekarskich kwalifikujących do Programu,
- liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych w podziale na pacjentów i członków ich rodzin,
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na poszczególnych etapach jego trwania.

Ocena zgłaszalności do Programu będzie monitorowana na podstawie baz danych prowadzonych przez beneficjentów/realizatorów Programu. Analizie zostanie poddana m. in. liczba osób, które aplikowały do Programu oraz liczba osób, którym udzielono świadczeń podczas jego realizacji. Dokonane zostanie również porównanie ilości osób, którym udzielono świadczeń w ramach Programu w stosunku do populacji kwalifikującej się do Programu. Poziom zgłaszalności będzie elementem końcowej oceny realizacji Programu dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od beneficjentów.

2) Ocena jakości świadczeń w Programie prowadzona corocznie oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez:

- analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników Programu (załącznik 1),
- analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora Programu,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg Programu.

Ocena jakości świadczeń będzie monitorowana przez beneficjenta na podstawie wyników ankiet badających poziom satysfakcji uczestników Programu. Beneficjent będzie przeprowadzać ocenę w każdym projekcie z częstotliwością dostosowaną do etapów realizacji projektu lub zadań w jego ramach realizowanych. Obligatoryjnie ocena będzie musiała być przeprowadzona na zakończenie realizacji projektu i obejmować wszystkie usługi, którymi w ramach projektu objęci będą świadczeniobiorcy.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości następujących mierników efektywności, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami Programu:

- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych,
- odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- odsetek członków rodzin, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej,
- odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze relacji społecznych, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami,
- odsetek osób, u których doszło do zwiększenia ilości zachowań zdrowotnych w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami,
- odsetek osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie.

Ewaluacja Programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności przed i po realizacji Programu, a o wadze osiągniętych efektów stanowić będzie zmiana w zakresie tych wartości. Ponadto należy podkreślić, że ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu Programu i będzie procesem długoterminowym.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości 11 442 741,20 zł. W latach 2019-2022 planuje się ogłoszenie naborów wniosków o dofinansowanie projektów w ramach RPO WSL 2014-2020.

Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty Programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia na terenie województwa śląskiego. Koszty przewidziane w Programie muszą być ponoszone na warunkach określonych w wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Koszty monitorowania Programu stanowić będą koszty pośrednie odpowiedzialnych za to zadanie beneficjentów, natomiast ewaluacja zostanie przeprowadzona zgodnie z Wytycznymi.

1. Koszty jednostkowe

1.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Działania szkoleniowe w Programie zaplanowano dla 298 uczestników (10 szkoleń w grupach max. 30-osobowych). Koszt szkolenia w trybie jednodniowym (8h edukacyjnych 45-minutowych) dla 1 uczestnika, na podstawie rozeznania sytuacji rynkowej, oszacowano na poziomie 500 zł. Koszt obejmować będzie wynagrodzenie wykładowcy, wynajem sali, catering, opracowanie i druk materiałów szkoleniowych. Koszt organizacji jednego szkolenia przy założeniu grupy 30-osobowej wyniesie 15 000,00 zł.

1.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II): 3 111zł

- 1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii: 130zł
- 2) Pierwsza konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa: 100zł
- 3) Indywidualne spotkania terapeutyczne realizowane przez osobę posiadającą certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień (10 spotkań): 1 050zł (105zł/spotkanie)
- 4) Spotkanie terapeutyczne pacjentów oraz członków ich rodzin realizowane przez psychologa lub specjalistę terapii uzależnień (4 spotkania): 600zł (150zł/spotkanie)
- 5) Indywidualne konsultacje specjalistyczne z doradcą zawodowym (2 spotkania trwające do 45 minut): 220zł (110zł/jedną konsultację)

- 6) Zaawansowany trening umiejętności społecznych realizowany przez psychologa będącego specjalistą terapii uzależnień lub posiadającego doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi (4 spotkania w grupach 12-osobowych): 168zł (42zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 504zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 7) Trening rozwiązywania problemów realizowany przez psychologa będącego specjalistą terapii uzależnień lub posiadającego doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi (4 spotkania w grupach 12-osobowych): 168zł (42zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 504zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 8) Zajęcia warsztatowe w formie cyklu 8 spotkań trwających do 135 minut, w grupie max. 12-osobowej (1 warsztat do wyboru: kulinarny, kinezyterapii lub arteterapii): 320zł (40zł/jedno spotkanie dla jednego uczestnika; 480zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 9) Warsztat relaksacyjny realizowany przez psychologa, trwający do 45 minut, w grupie max. 12-osobowej (10 spotkań): 130zł (13zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 156zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 10) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie realizowane przez instruktora terapii uzależnień lub specjalistę terapii uzależnień, trwające do 135 minut, w grupie max. 30-osobowej mieszanej, złożonej z pacjentów oraz członków ich rodzin: 20zł (600zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 11) Druga konsultacja psychologiczna realizowana przez psychologa po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji: 100zł
- 12) Kontrolna konsultacja psychiatryczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji: 105zł

1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin: 20zł

Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie realizowane przez instruktora terapii uzależnień lub specjalistę terapii uzależnień, trwające do 135 minut, w grupie max. 30-osobowej mieszanej, złożonej z pacjentów oraz członków ich rodzin: 20zł (600zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

1.4. Zwrot kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej: 315 zł

Zwrot kosztów dojazdu dla uprawnionych uczestników Programu oszacowano na poziomie max. 315zł na podstawie średniej ceny biletu kwartalnego obliczonej według

cenników trzech dużych przewoźników, świadczących usługi transportowe w województwie śląskim.

Tab. 11. Przykładowe koszty jednostkowe Programu.

Interwencja	Koszt jednostkowy (zł)
Uczestnictwo jednej osoby w szkoleniu dla kadry medycznej	500,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w Programie kompleksowej rehabilitacji bez zwrotu kosztów dojazdu	3 111,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w Programie kompleksowej rehabilitacji ze zwrotem kosztów dojazdu	3 426,00
Konsultacja lekarza psychiatry kwalifikująca do Programu	130,00
Konsultacja psychologiczna	100,00
Indywidualne spotkanie terapeutyczne	105,00
Spotkanie terapeutyczne pacjentów oraz członków ich rodzin	150,00
Indywidualna konsultacja specjalistyczna z doradcą zawodowym	110,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w zaawansowanym treningu umiejętności społecznych realizowanym przez psychologa (4 spotkania)	168,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w treningu rozwiązywania problemów realizowanym przez psychologa (4 spotkania)	168,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w zajęciach warsztatowych (1 spotkanie – warsztat kulinarny, kinezyterapii lub arteterapii)	40,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w warsztacie relaksacyjnym (1 spotkanie)	13,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w działaniach edukacyjnych realizowanych przez instruktora terapii uzależnień lub specjalistę terapii uzależnień	20,00
Uczestnictwo jednego członka rodziny w edukacji zdrowotnej realizowanej przez instruktora terapii uzależnień lub specjalistę terapii uzależnień	20,00
Kontrolna wizyta lekarska	105,00

2. Koszty całkowite

Tab. 12. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej				149 000,00
Szkolenia dla kadry medycznej	298	osoba	500	149 000,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu				10 097 702,00
1) Pierwsza konsultacja psychiatryczna kwalifikująca do Programu	3 544	osoba	130	460 720,00
2) Pierwsza konsultacja psychologiczna	3 544	osoba	100	354 400,00
3) Indywidualne spotkania terapeutyczne	3 222	osoba	1 050	3 383 100,00
4) Spotkanie terapeutyczne pacjentów oraz członków ich rodzin	3 222	osoba	600	1 933 200,00
5) Indywidualne konsultacje specjalistyczne z doradcą zawodowym	3 222	osoba	220	708 840,00
6) Zaawansowany trening umiejętności społecznych	3 222	osoba	168	541 296,00
7) Trening rozwiązywania problemów	3 222	osoba	168	541 296,00
8) Zajęcia warsztatowe	3 222	osoba	320	1 031 040,00
9) Warsztat relaksacyjny	3 222	osoba	130	418 860,00
10) Działania edukacyjne	3 222	osoba	20	64 440,00
11) Druga wizyta psychologiczna	3 222	osoba	100	322 200,00
12) Kontrolna konsultacja psychiatryczna	3 222	osoba	105	338 310,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	3 222	osoba	20	64 440,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników)	290	osoba	315	91 350,00
Koszty Programu (bezpośrednie)				10 402 492,00

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi użytkowaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022

Tab. 13. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba	% ogółu	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Rok 2019					3 151 662,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	149	50%	osoba	500	74 500,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	967	30%	osoba	3 111	3 008 337,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	967	30%	osoba	20	19 340,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	87	30%	osoba	315	27 405,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	96	30%	osoba	230	22 080,00
Rok 2020					3 151 662,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	149	50%	osoba	500	74 500,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	967	30%	osoba	3 111	3 008 337,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	967	30%	osoba	20	19 340,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	87	30%	osoba	315	27 405,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	96	30%	osoba	230	22 080,00
Rok 2021					3 077 162,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	967	30%	osoba	3 111	3 008 337,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	967	30%	osoba	20	19 340,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	87	30%	osoba	315	27 405,00
Koszt konsultacji lekarskich i psychologicznych wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	96	30%	osoba	230	22 080,00
Rok 2022					1 022 006,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	321	10%	osoba	3 111	998 631,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	321	10%	osoba	20	6 420,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	29	10%	osoba	315	9 135,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	34	10%	osoba	230	7 820,00
Koszty Programu (bezpośrednie)					10 402 492,00

Koszty bezpośrednie Programu szacuje się na poziomie 10 402 492,00 zł, co po doliczeniu 10% kosztów pośrednich¹¹⁶ stanowi całkowity koszt realizacji Programu w wysokości 11 442 741,20 zł.

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 9 726 330,02 zł (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

¹¹⁶ Koszty pośrednie liczone z kosztów bezpośrednich

Bibliografia

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) APA, Washington 2013.
2. Bank Danych Lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
3. Benton, S.A.: Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej. Wyd. Feeria, Łódź 2015.
4. Berg I.K., Miller S.D. Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym. Galaktyka. Łódź 2000 [brief-therapy.org; dostęp 06.02.2018]
5. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2017 [csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
6. Cechnicki A., Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody. Psychiatr. Prakt. Klin., 2009, 2: 41-54.
7. Cierpiałkowska L, Ziarko M. Psychologia uzależnień – alkoholizm. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010, s. 169.
8. Ciosek M. Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. Studia Gdańskie. Wizje Rzeczyw 2011, 8: 270-282.
9. Cloninger C.R., Sigvardsson S., Gilligan S., von Knorring A., Reich T., Bohman M.: Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. Adv Alcohol Subst Abuse. 1988, 7:3–16
10. Dane Krajowego Biura Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii [narkomania.gov.pl; dostęp 22.01.2018].
11. Dane NFZ, Informator o umowach [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 07.02.2018r.]
12. Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 22.01.2018r.]
13. Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach dot. zasobów ochrony zdrowia [katowice.uw.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
14. Dimoff T, Carper S. Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books, Warszawa 1994.
15. Dmitrowicz I. Problem alkoholowy z przemocą w tle. Świat Probl 2013, 3: 25-27.
16. European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020. WHO
17. Europejski Raport Narkotykowy 2016. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Luksemburg 2016.
18. Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, Genewa 2010.
19. Hornowska E. Uzależnienia a temperament. Wokół temperamentalnego czynnika ryzyka uzależnień. W: Oblicza współczesnych uzależnień, L. Cierpiałkowska (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 43-73.
20. Informacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [parpa.pl; dostęp: 06.02.2018r.]. Informacje WOŁOIZOL w Gorzycach [woloizol.com.pl; dostęp: 13.02.2018r.]
21. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. [apps.who.int; dostęp: 20.01.2018r.]
22. Klingemann J. Redukcja szkód a programy ograniczania picia. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 2015, 5:3-4
23. Kosman T., Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR), Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne, 2013 (1), s. 9-26.
24. Kowalcz M. Psychoterapia uzależnień - podejście integracyjne Psychiatria po dyplomie tom 13, nr 06 2016.
25. Kowalcz M., Integracja czy jednorodność w: Terapia uzależnienia i współuzależnienia nr 6/2009.
26. Kowalewski I.: Zespół uzależnienia od alkoholu wśród dorosłych. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2016. Benton, S.A.: Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej. Wyd. Feeria, Łódź 2015.
27. Kowalewski I.: Zespół uzależnienia od alkoholu wśród dorosłych. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2016.
28. Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.
29. Lesch O.M., Kefer J., Lentner S., Mader R., Marx B., Musalek M. et al. Diagnosis of chronic alcoholism/classificatory problems. Psychopathology 1990, 23: 88–96.
30. Ludności Polski w 2014 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
31. Malczewski A., Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2015 r.
32. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa Śląskiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 24.01.2018r.]
33. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012. [csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
34. Miller W.R., Forchimes A.A., Zweben A.. Terapia Uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2014, s. 260–281

35. NICE Clinical guideline [CG115], Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [nice.org.uk, dostęp: 22.01.2018r.]
36. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 marca 2016 r.... op. cit.
37. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii [Dz.U. 2017 poz. 783]
38. Priorytety dla Regionalnej Polityki Województwa Śląskiego, Wojewoda Śląski, Katowice 30.06.2016r.
39. Pużyński S, Wciórka J (red). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wyd Med Vesalius, Kraków 1997.
40. Regional Office for Europe, Kopenhaga 2012.
41. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą [rpwdl.csioz.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
42. Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2018 roku, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2017 [parpa.pl; dostęp 22.01.2018].
43. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017, GUS [stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]
44. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386].
46. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].
47. Sempruch-Malinowska K. Zygałdo M. Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych [w:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów (red.) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Łódź 2012,s.253-264
48. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa 2016.
49. Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.
50. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+, Katowice, Lipiec 2013.
51. Szczygieł Ł. Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. Gaz Farm 2008, 8: 24-27.
52. Szczyrba-Maróń B, Bąk-Sosnowska M. Dopalacze – charakterystyka zjawiska. Forum Zab. Metab. 2013, 4(3): 132-147.
53. Teenson M., Degenhardt L., Hall W. Uzależnienia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne; Gdańsk: 2005, s.12.
54. Uchwała nr V/17/1/2016 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 stycznia 2016 r. w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2016-2020
55. Uchwała nr V/34/8/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia z dnia 13 lutego 2017 roku w sprawie przyjęcia Programu przeciwdziałania narkomanii w województwie śląskim na lata 2017-2020.
56. WHO Health for All Database, <http://data.euro.who.int/hfad/>.
57. Wolny S., Raport o stanie lecznictwa odwykowego w województwie śląskim w 2016 roku, 25.11.2017r.
58. World Drug Report 2016. United Nations Office on Drugs and Crime. Nowy Jork 2016.
59. Zajączkowski K. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; Warszawa 2003, s. 7.
60. Zalecenia dla programów redukcji szkód realizowanych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, PARPA 31.03.2017r.
61. Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień, PARPA 7.07.2016.
62. Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2015 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

Spis rycin

Ryc. 1. Średnie spożycie czystego alkoholu w litrach na mieszkańca, dla populacji powyżej 15 r.ż. w Polsce oraz „nowych” i „starych” krajach członkowskich UE.....	12
Ryc. 2. Trend dotyczący zgonów związanych ze spożyciem alkoholu w Polsce oraz „nowych” i „starych” krajach członkowskich UE.	13
Ryc. 3. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w Polsce w latach 2010-2015 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	14
Ryc. 4. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń powodowanych nadużywaniem alkoholu w województwie śląskim (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	15
Ryc. 5. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu w powiatach województwa śląskiego (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).....	17
Ryc. 6. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu w powiatach województwa śląskiego – leczeni po raz pierwszy (na 100 tys. ludności).	18
Ryc. 7. Podstawowe dane dotyczące używania narkotyków w Polsce.	20
Ryc. 8. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych w Polsce w latach 2010-2015 (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	22
Ryc. 9. Leczeni ambulatoryjnie z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych w województwie śląskim (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).	23
Ryc. 10. Leczeni ambulatoryjnie ogółem z powodu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych w powiatach województwa śląskiego (na 100 tys. ludności).	25
Ryc. 11. Leczeni ambulatoryjnie po raz pierwszy z powodu zaburzeń powodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych w powiatach województwa śląskiego (na 100 tys. ludności).	25
Ryc. 12. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce oraz województwie śląskim (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).....	26
Ryc. 13. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce oraz w województwie śląskim w zależności od płci (wartość współczynnika na 100 tys. ludności).	27

Spis tabel

Tab. 1. Zaburzenia psychiczne wg Międzynarodowej Klasyfikacji ICD–10.....	6
Tab. 2. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na płeć (liczby bezwzględne).....	16
Tab. 3. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na wiek (liczby bezwzględne).	16
Tab. 4. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na płeć (liczby bezwzględne).	23
Tab. 5. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w województwie śląskim w roku 2016 w podziale na wiek (liczby bezwzględne).	24
Tab. 6. Rozpoznania dotyczące zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wykazane w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom w wieku produkcyjnym w województwie śląskim w roku 2016 na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.	29
Tab. 7. Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	33
Tabela 8. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.	48
Tabela 9. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju.	50
Tab. 10. Przykładowy harmonogram kompleksowej rehabilitacji uczestników Programu.....	62
Tab. 11. Przykładowe koszty jednostkowe programu.	75
Tab. 12. Koszty bezpośrednie programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.	75
Tab. 13. Koszty bezpośrednie programu w poszczególnych latach realizacji.....	76

Załącznik 1

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi użytkowaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022” (wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych interwencji oferowanych w Programie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyt lekarskich

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazywania informacji?					

III. Ocena świadczeń psychologicznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychologów?					
poszanowanie prywatności podczas porad i zabiegów?					
staranność i dokładność wykonywania zabiegów?					
sposób przekazywania informacji nt. sposobów rehabilitacji?					

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetów?					
wyposażenie sal warsztatowych?					

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

--