



# Palenie tytoniu

najważniejszy  
czynnik ryzyka  
zdrowotnego  
w Polsce

Raport Instytutu  
Człowieka Świadomego



**DR JERZY GRYGLEWICZ**

---

Absolwent Akademii Medycznej w Warszawie, studiów podyplomowych z zarządzania jednostkami służby zdrowia na Uniwersytecie im. Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz aplikacji Najwyższej Izby Kontroli. Obecnie Wykładowca i Lider Projektu MBA – Uczelnia Łazarskiego w Warszawie oraz ekspert Center of Value Based Healthcare. Były Zastępca Dyrektora ds. klinicznych Instytutu Reumatologii w Warszawie, Zastępca Dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej Miasta Stołecznego Warszawy, Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej i Departamencie Kontroli Centrali NFZ. Autor wielu raportów i analiz dotyczących systemu opieki zdrowotnej, rynku medycznego i zdrowia publicznego.



**DR JANUSZ KRUPA**

---

Prezes zarządu Instytutu Człowieka Świadomego, specjalista medycyny rodzinnej, Przychodnia Lekarska ORLIK, Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) w Warszawie.



AUTORZY RAPORTU:

Dr Jerzy Gryglewicz  
Dr Janusz Krupa

WYDAWCA:

Stowarzyszenie Instytut  
Człowieka Świadomego

KOMENTARZE:

Prof. Maciej Krzakowski  
Prof. Marek Krzystanek  
Prof. Halina Car  
Dr hab. Roman Sosnowski  
Dr Artur Prusaczyk

WYDANIE I:

kwiecień 2024 r.

# SPIS TREŚCI

<b>01.</b>	Wstęp	6
<b>02.</b>	Wnioski i rekomendacje	10
<b>03.</b>	Komentarze ekspertów	16
<b>04.</b>	Środowisko wolne od dymu tytoniowego – projekt Komisji Europejskiej	26
<b>05.</b>	Problem zdrowotny – palenie tytoniu w dokumentach strategicznych państwa	36
<b>06.</b>	Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 w kontekście profilaktyki i leczenia uzależnienia od nikotyny	42
<b>07.</b>	Strategie ograniczenia palenia papierosów - doświadczenia międzynarodowe	47
<b>08.</b>	Stygmatyzacja pacjentów palących papierosy i doświadczenia pacjentów w rzucaniu palenia	60
<b>09.</b>	Problem palenia papierosów wśród dzieci i młodzieży	64
<b>10.</b>	Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Rekomendacje polskiej grupy ekspertów z 2022 roku	68
<b>11.</b>	Skuteczność interwencji farmakologicznych, nikotynowej terapii zastępczej (NTZ), e-papierosów oraz wsparcia behawioralnego w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu na podstawie wyników metaanaliz Cochrane Tobacco Addiction Group	71

<b>12.</b>	Systematyczny przegląd dowodów naukowych w zakresie wpływu wybranych metod dostarczania nikotyny na zdrowie użytkowników papierosów konwencjonalnych	74
<b>13.</b>	Wyniki badania ankietowego dot. e-papierosów 2023 przeprowadzonego na zlecenie Biura do spraw Substancji Chemicznych	83
<b>14.</b>	Analiza organizacji i finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia „Programu profilaktyki chorób odytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”	86
<b>15.</b>	Rekomendacja Prezesa AOTMiT w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny)	98
<b>16.</b>	Projekt Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki i Leczenia Uzależnienia od Palenia Tytoniu	103
<b>17.</b>	Projekt świadczenia opieki koordynowanej w POZ „Ograniczanie lub eliminacja palenia tytoniu”	121



# 01

WSTĘP

---

---

*Szanowni Państwo,*

Instytut Człowieka Świadomego podjął się analizy największego problemu zdrowotnego Polaków jakim jest palenie tytoniu. Niniejszy raport stanowi pierwszy z cyklu monografii dotyczących największych wyzwań zdrowotnych polskiego społeczeństwa opisanych w dokumencie programowym pt. „Kluczowe Ryzyka Zdrowotne w Polsce”<sup>1</sup>.

Krajowy Plan Transformacji, oficjalny dokument Ministerstwa Zdrowia, opublikowany w 2021 r. na podstawie rekomendacji Unii Europejskiej zidentyfikował największe zagrożenia dla zdrowia Polaków.

Niechlubne pierwsze miejsce w tym rankingu przypadło „tytoniowi”, który odpowiada za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu (tzw. DALY) – 5,7 tys. Drugie w kolejności nadciśnienie tętnicze odpowiada za 4,2 tys. DALY, a trzecie - wysokie BMI (nadwaga i otyłość) - za 4,1 tys. DALY, tak więc palenie tytoniu w tym rankingu jest zdecydowanie liderem.

Jednak dla większości z nas, w tym dla mnie, jako lekarza praktyka, DALY jest tylko abstrakcyjnym konstruktem intelektualnym, wartością używaną głównie w debatach poświęconych zdrowiu publicznemu. Z mojego punktu widzenia najistotniejszymi „danymi” związanymi z paleniem papierosów w Polsce są dwie inne liczby: 8 000 000 i 70 000.

8 000 000 to liczba regularnie, codziennie palących Polaków, w zdecydowanej większości tradycyjne, wydzielające dym tytoniowy.

70 000 to liczba osób umierających rocznie z powodu chorób odtytotniowych.

Co więcej, podczas szkolenia poświęconego leczeniu ZUT, czyli Zespołu Uzależnienia od Tytoniu (jednostki chorobowej sklasyfikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych pod kodem ICD-10 F.17), prowadzonego przez Zespół ds. Profilaktyki Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii wskazano, że **w Polsce codziennie 4 000 000 dzieci są bezpośrednio narażone na dym tytoniowy! Każdego dnia 4 miliony dzieci w Polsce są biernymi palaczami!**

Są to dane zatrważające. Dziesiątki tysięcy osób umierających corocznie z powodu chorób wywołanych przez papierosy, miliony dzieci biernie palących to fakty, które powinny od dawna alarmować opinię publiczną, tymczasem mam wrażenie, jakby temat ten prawie wcale nie istniał w przestrzeni publicznej. Publiczną debatę często rozpalają tematy dotyczące problemów zdrowotnych dotyczących relatywnie wąskiej grupy pacjentów (oczywiście, nie neguję potrzeby takich debat), podczas gdy o przyczynie zgonów dziesiątków tysięcy rocznie nie wspomina się prawie w ogóle.

Podobnie wygląda kwestia finansowania profilaktyki antytytoniowej. Jak wielu palących wie, gdzie mogą zwrócić się w celu otrzymania pomocy w porzuceniu nałogu? Ilu lekarzy proaktywnie pyta

<sup>1</sup> Dokument Programowy „Kluczowe ryzyka zdrowotne w Polsce – stan na 2024 r.” [https://instytutczlowiekaswiadomego.pl/wp-content/uploads/2024/01/Dokument\\_programowy\\_Kluczowe\\_ryzyka\\_zdrowotne\\_w\\_Polsce\\_-\\_stan\\_na\\_styczen\\_2024r.pdf](https://instytutczlowiekaswiadomego.pl/wp-content/uploads/2024/01/Dokument_programowy_Kluczowe_ryzyka_zdrowotne_w_Polsce_-_stan_na_styczen_2024r.pdf)

o palenie i kieruje osoby uzależnione do wyspecjalizowanych ośrodków? Ile jest tych ośrodków? Ilu pacjentów rocznie konsultują?

Szczegółowe odpowiedzi na te pytania znajdziecie Państwo w niniejszym raporcie, ale napiszę o nich w dużym skrócie: świadomość palaczy dotycząca miejsc gdzie mogą otrzymać profesjonalną pomoc w zaprzestaniu palenia jest minimalna. W Polsce są tylko 3 (słownie: trzy) wyspecjalizowane, pełno-profilowe (zatrudniające lekarza, psychologa, dietetyka innych specjalistów) ośrodki zajmujące się leczeniem ZUT. Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP) działająca od wielu lat udziela rocznie między 6000 a 9200 konsultacji na 8 000 000 palących osób! To oznacza, że zwraca się do niej rocznie ok. 1‰ (jeden promil!) palaczy.

Podobnie rzecz się ma w przypadku „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”. W 2022 roku program realizowało na terenie Polski zaledwie 74 świadczeniodawców, a liczba pacjentów objętych programem w tymże roku wyniosła 2 560 osób – 0,3 ‰ (0,3 promila) palaczy.

Podczas, gdy w wielu krajach liczba osób palących od lat stale się zmniejsza, w Polsce w ostatnich 2-3 latach tendencja jest wręcz odwrotna – pali coraz większy odsetek dorosłych, coraz większa liczba młodzieży przed 18 rokiem życia sięga po papierosy.

Czy możemy w tej sytuacji stwierdzić, że odnieśliśmy sukces w walce z tytoniem?

Odpowiedź jest aż nazbyt oczywista.

Nie prowadzimy w Polsce skutecznych kampanii skierowanych do palaczy, nie mamy też gęstej, łatwo dostępnej sieci poradni dla osób uzależnionych od tytoniu, a to, co proponujemy palącym to ortodoksyjne podejście zero-jedynkowe: masz rzucić palenie! Jeśli tego nie zrobisz, nie zaprzestaniesz palenia, konsekwencje mogą być tragiczne. Chciałbym zwrócić uwagę, że osoba, której nie uda się porzucić nałogu nadal będzie paliła papierosy. **W Polsce ok. 8-10% terapii antytytoniowych kończy się sukcesem, więc spośród tych, którzy zgłosili się do poradni antytytoniowej, 90-92% nadal będzie paliło.**

Takie podejście do leczenia ZUT jest wprawdzie zgodne z wytycznymi WHO, jednak patrząc na przykłady państw odnoszących sukcesy w zmniejszaniu liczby palaczy (szczegóły w raporcie) wydaje się, że nie jest to podejście jedyne, a być może nie jest to wcale podejście najskuteczniejsze.

Aby zredukować liczbę palących do poniżej 5% dorosłej populacji (w 2040 roku osób w wieku powyżej 17 lat ma być w Polsce ok. 30 mln – 5% z tej liczby oznacza 1,5 mln), liczba palaczy powinna zatem zmniejszyć się z obecnych 8 mln do 1,5 mln. Aby to osiągnąć średni roczny spadek palących powinien wynosić 10%. Odsetek ten (10%) powinien dotyczyć WSZYSTKICH palących, czyli rocznie powinno rzucać palenie 10% spośród wszystkich palących. Obecnie rekomendowane metody wynoszą między



8 a 19 % (analiza Cochrane, szczegóły w raporcie). Jak spowodować, by każdego roku 100% palących podejmowało trud porzucenia nałogu? Jak spowodować, by ci, którzy się na to zdecydowali – otrzymali SKUTECZNĄ pomoc?

**Wg. danych OECD z 2021 roku na profilaktykę w Polsce wydaje się rocznie per capita 36 Euro, przy średniej dla UE – 250 Euro.** Są to nakłady dalece niewystarczające, ale nawet największe sumy, bez wypracowania skutecznych modeli profilaktyki zdrowotnej mogą okazać się zmarnowane. Jak widać, mamy jeszcze wiele do zrobienia.

Nie znamy wszystkich odpowiedzi, ale wiemy, że jeśli chcemy wpłynąć na zatrważające statystyki, niezbędna jest szeroka społeczna debata, w wyniku której zostaną wypracowane **skuteczne, akceptowane przez osoby palące sposoby walki z paleniem tytoniu, a następnie wdrożona narodowa strategia antytytoniowa.**

Zapraszamy do debaty.



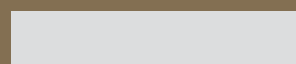
## DR JANUSZ KRUPA

Prezes Instytutu Człowieka Świadomego



# 02

**WNIOSKI  
I KLUCZOWE ASPEKTY**  
ZAWARTE W RAPORCIE



Palenie tytoniu stanowi jedno z największych wyzwań dla globalnego zdrowia publicznego w XXI wieku, będąc przyczyną milionów przedwczesnych zgonów każdego roku na całym świecie. Mimo rosnącej świadomości społecznej na temat szkodliwości palenia tytoniu, nadal pozostaje ono poważnym problemem zdrowotnym, mającym wpływ na jakość i długość życia ludzi niezależnie od wieku, płci czy statusu społecznego.

W opublikowanym przez Instytut Człowieka Świadomego w styczniu b.r. dokumencie programowym „**Kluczowe ryzyka zdrowotne w Polsce, stan na styczeń 2024**”, przedstawiono najważniejsze czynniki utraty zdrowia Polek i Polaków, wśród których w czołówce znajdują się kolejno: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze i wysokie BMI. W związku z trwającą intensywną debatą publiczną nad ograniczeniem negatywnych skutków używania wyrobów nikotynowych, Instytut przygotował wraz z ekspertami kompleksowy raport „Palenie tytoniu – najważniejszy czynnik wpływający na zdrowie Polaków” (Raport).

Niniejszy raport ma na celu przedstawienie skali problemu palenia tytoniu w Polsce oraz jego konsekwencji dla zdrowia populacji. Zawiera on kompleksową analizę danych epidemiologicznych, prezentując zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio konsekwencje zdrowotne wynikające z nałogu tytoniowego. Dodatkowo, identyfikuje skuteczność obecnych międzynarodowych i krajowych strategii antytytoniowych i zidentyfikuje luki w dotychczasowym podejściu do tego problemu w Polsce, wskazując na konieczność wprowadzenia zintegrowanych działań na wielu płaszczyznach – od lokalnych inicjatyw po ogólnopolskie rozwiązania.

Celem dokumentu jest nie tylko zwrócenie szczególnej uwagi na problem palenia tytoniu jako czynnika ryzyka wielu chorób, ale także mobilizacja do działania organizatorów ochrony zdrowia, profesjonalistów medycznych, organizacji społecznych i samych palaczy. Tylko zdecydowane i skoordynowane działania mogą zmniejszyć skalę tego problemu i jego wpływ na zdrowie publiczne.

Oto kluczowe spostrzeżenia:

## **PALENIE TYTONIU – GLOBALNE WYZWANIE**

- Palenie tytoniu od wielu lat pozostaje największym globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego, odpowiadając za ok. 8 milionów zgonów rocznie na świecie.
- Zespół uzależnienia od tytoniu jest chorobą przewlekłą opisaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych pod numerem ICD-10 F17.
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała 16 stycznia 2024 roku „Globalny raport WHO na temat trendów w rozpowszechnieniu używania tytoniu w latach 2000–2030”, w którym podkreślono, że choć w większości krajów odnotowano spadek liczby osób palących, to można się spodziewać, że liczba zgonów spowodowanych paleniem tytoniu, zacznie się obniżać dopiero po wielu latach.
- Według WHO główny wpływ na tendencje używania tytoniu w poszczególnych krajach mają działania i strategie rządowe związane z kontrolą używania tytoniu i leczeniem.

## UNIA EUROPEJSKA A ŚRODOWISKO WOLNE OD DYMU TYTONIOWEGO

- W odpowiedzi na kryzys zdrowotny spowodowany paleniem tytoniu, Rada Unii Europejskiej wydała zalecenia dotyczące poszerzania środowisk wolnych od dymu oraz opracowania i rozpowszechniania przez państwa członkowskie odpowiednich, kompleksowych i zintegrowanych wytycznych w celu promowania zaprzestania używania tytoniu i skutecznego leczenia uzależnienia od tytoniu.
- Komisja Europejska zamierza kontynuować wysiłki na rzecz ograniczenia używania tytoniu zgodnie z celem określonym w Europejskim Planie Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan), jakim jest stworzenie w Europie pokolenia wolnego od tytoniu, tzn. zmniejszenie do 2040 r. wskaźnika dorosłej populacji palącej tytoń poniżej 5%.
- Komisja Specjalna Parlamentu Europejskiego ds. Zwalczania Raka (BECA) przedstawiła raport, z którego wynika, że papierosy elektroniczne mogłyby umożliwić niektórym palaczom stopniowe porzucenie palenia przy jednoczesnym założeniu, że nie powinny być one atrakcyjne dla osób niepełnoletnich i niepalących.

## PALENIE TYTONIU – SYTUACJA W POLSCE

- W Polsce palenie tytoniu jest szeroko rozpowszechnione, znacząco wpływając na jakość i długość życia obywateli. Regularne (codzienne) palenie tytoniu deklaruje 30,8% polskich mężczyzn i 27,1% kobiet (badanie przeprowadzone przez Ogólnopolski Panel Badawczy w 2022 r.).
- Polacy palą dużo (mężczyźni - 20 papierosów dziennie, kobiety - 15), długo (średnio 20 lat) i wcześnie rozpoczynają palenie. W szczególności osobami palącymi są: nisko wykształceni, pochodzący z biedniejszych warstw społecznych, bezrobotni jak również gospodynie domowe. Te grupy najczęściej ponoszą zdrowotne i społeczno-ekonomiczne koszty palenia i wymagają specjalistycznego, refundowanego leczenia uzależnienia od tytoniu.
- Związane z paleniem objawy chorobowe i zgony występują zwykle po długim okresie bezobjawowym. Skala i niekorzystne wzory palenia tytoniu w Polsce doprowadziły do epidemii chorób odtytoniowych i pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Umieralność na nowotwory płuca, chorobę występującą prawie wyłącznie u palaczy tytoniu, jest w Polsce na jednym z najwyższych poziomów na świecie, przede wszystkim u mężczyzn w średnim wieku. Z powodu chorób odtytoniowych odnotowuje się rocznie w Polsce ponad 70 000 zgonów.

## STRATEGICZNE DOKUMENTY I PROGRAMY MAJĄCE NA CELU OGRANICZENIE PALENIA TYTONIU W POLSCE

- W dokumencie strategicznym Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030 r.” wskazano, że najważniejszą przyczyną utraconych lat życia w zdrowiu w Polsce jest palenie tytoniu. Wskaźnik ten jest o 3 punkty procentowe wyższy niż średnia dla UE.
- W Krajowym Planie Transformacji, który przedstawia główne czynniki ryzyka odpowiadające za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn w Polsce - palenie tytoniu odpowiada za ok. 5,7 tys. DALY na 100 tys. ludności, kolejne - wysokie ciśnienie krwi jest odpowiedzialne za ok. 4,2 tys. DALY na 100 tys. ludności, a trzeci czynnik ryzyka - wysoki indeks BMI powoduje ok. 4,1 tys. DALY na 100 tys. ludności.
- W ramach zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 realizowane są przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny oraz prowadzona jest Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym, działająca przy Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów.
- „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”, realizuje na terenie Polski zaledwie 57 świadczeniodawców, a liczba pacjentów objętych programem w 2022 roku wyniosła tylko 1 647 osób.
- AOTMiT w 2023 roku wydał „Rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny)”, w których rekomenduje m.in. tworzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych, konsultacji antynikotynowych w warunkach szpitalnych, działania profilaktyczne w szkołach, szkolenia dla personelu medycznego oraz działania informacyjno-edukacyjne.
- W Rekomendacji AOTMiT określono, że celem głównym programów polityki zdrowotnej (PPZ) powinno być ograniczenie bądź całkowite zaprzestanie używania produktów zawierających nikotynę w trakcie trwania programu.
- Polska grupa ekspertów medycznych opracowała w 2022 roku „Wytyczne leczenie uzależnienia od nikotyny” zawierające 15 szczegółowych rekomendacji.



## WYBRANE BADANIA OPINII SPOŁECZNEJ

- W raporcie „Palenie a stygmatyzacja pacjentów z rakiem płuca” podkreślono, że w komunikacji lekarz-pacjent często brakuje empatii i zrozumienia dla faktu, że pacjent zmagają się z uzależnieniem od tytoniu i potrzebuje wsparcia w tym zakresie.
- Badanie PolNicoYouth potwierdziło, że ponad 60% polskich uczniów i prawie połowa 15-latków ma już za sobą doświadczenie wypalenia pierwszego papierosa lub innego wyrobu nikotynowego.
- W badaniu ankietowym, przeprowadzonym w 2023 roku dla Biura do Spraw Substancji Chemicznych dotyczącym e-papierosów, większość ankietowanych (57%), wskazała, że gdy próbowali e-papierosa po raz pierwszy w życiu, mieli przekonanie, że to lepsza i zdrowsza alternatywa dla tradycyjnych papierosów. Jednocześnie 46% badanych, którzy sięgnęli po papierosy elektroniczne, aby rzucić palenie tradycyjnych papierosów, twierdziło, że e-papierosy pomogły im w ograniczeniu bądź całkowitym zaprzestaniu palenia papierosów tradycyjnych.

## DOWODY NAUKOWE DOTYCZĄCE BEZDYMNYCH, ALTERNATYWNYCH PRODUKTÓW NIKOTYNOWYCH

- Dane zawarte w polskim systematycznym przeglądzie dowodów naukowych, który wkrótce się ukaże, potwierdzają niższą emisję szkodliwych substancji przez urządzenia wykorzystujące technologie podgrzewania tytoniu lub proces waporyzacji płynu (e-papierosy) w stosunku do papierosów tradycyjnych.
- W szczególności, dane z przeglądu systematycznego wskazują, że stosowanie technologii wykorzystującej proces waporyzacji płynu w e-papierosach powoduje całkowitą redukcję emisji Nitrozamin, najbardziej istotnej grupy związków kancerogennych uwalnianych podczas palenia papierów tradycyjnych.
- Wnioski z najnowszej metaanalizy, opublikowanej w bibliotece Cochrane w styczniu 2024 roku, oceniającej skuteczność e-papierosów w zaprzestaniu palenia tradycyjnych papierosów, wskazują, że na 100 osób palących tradycyjne, wydzielające dym papierosy, starających się zaprzestać palenie, udało się to:
  - 8-10 osobom używającym nikotynowych e-papierosów
  - 7 osobom używającym e-papierosów nie zawierających nikotyny
  - 6 osobom używającym nikotynowej terapii zastępczej (NTZ)
  - 4 osobom bez żadnego wsparcia bądź tylko ze wsparciem behawioralnym

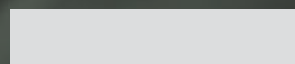
# REKOMENDACJE AUTORÓW RAPORTU

Poniższe rekomendacje zostały opracowane, w szczególności, na podstawie zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, Rady Unii Europejskiej, Rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dokumentów strategicznych państwa, aktualnego przeglądu badań naukowych, opinii ekspertów oraz doświadczeń międzynarodowych:

- Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia i Rady Unii Europejskiej należy opracować **Narodową Strategię zaprzestania używania tytoniu i leczenia uzależnienia od tytoniu**.
- Rozważyć utworzenie, wzorem wprowadzanych rozwiązań rządowych funkcjonujących w Republice Czeskiej, Agencji ds. Prewencji i Leczenia Uzależnień o silnej pozycji instytucjonalnej i wyodrębnionym budżecie oraz zadaniami w zakresie profilaktyki wszystkich rodzajów uzależnień, poprzez zwiększenie zakresu działalności Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- **Zapewnić finansowanie wydatków publicznych na leczenie uzależnień na poziomie co najmniej 0,1 %** (średnia dla krajów UE 0,5% PKB).
- Utworzyć w całym kraju zgodnie z aktualnymi rekomendacjami AOTMiT **antynikotynowe punkty konsultacyjne**.
- Wprowadzić obowiązek wpisywania do **dokumentacji szpitalnej i ambulatoryjnej informacji o używaniu wyrobów tytoniowych**. Informację tę należy aktualizować w czasie każdego kontaktu z pacjentem, zgodnie konsensusem ekspertów z 2022 roku oraz rekomendacjami AOTMiT.
- Przeprowadzić **Ogólnopolską Akcję Edukacyjno-Informacyjną na temat szkodliwości palenia tytoniu i możliwości bezpłatnego leczenia uzależnienia**.
- Przeprowadzić edukację zdrowotną nt. konsekwencji zdrowotnych używania produktów zawierających tytoń i nikotynę skierowaną do dzieci i młodzieży w ramach tzw. lekcji o zdrowiu.
- Opierając się o dowody naukowe, wypracować odpowiednie bardziej restrykcyjne przepisy w zakresie dystrybucji i sprzedaży **jednorazowych, smakowych e-papierosów** ze względu na niepokojący wzrost spożycia tych produktów wśród dzieci i młodzieży.
- Wprowadzić wzorem krajów europejskich m.in. Wielkiej Brytanii, Szwecji, Czech oraz wyników aktualnych badań klinicznych, **procedurę redukcji szkód** (programy kontrolowanej konsumpcji) u osób uzależnionych od nikotyny, które nie mogą zaprzestać palenia przy użyciu stosowanych dotychczas metod.
- Wprowadzić w miejsce praktycznie niefunkcjonującego „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)” i innych programów, **„Ogólnopolski Program Profilaktyki i Leczenia Uzależnienia od Palenia Tytoniu” oraz świadczenie opieki koordynowanej w POZ „Ograniczanie lub eliminacja palenia tytoniu”**.
- Planowanie interwencji w zakresie polityki chorób odtytoniowych powinno być oparte na najnowszych wytycznych i **aktualnych, rzetelnych dowodach naukowych** (zgodnie z evidence based medicine).

# 03

KOMENTARZE  
EKSPERTÓW







## PROF. DR HAB. N. MED. MACIEJ KRZAKOWSKI

Konsultant Krajowy w dziedzinie  
Onkologii Klinicznej

Prezes Polskiego Towarzystwa  
Onkologii Klinicznej

Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca  
i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu  
Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie -  
Państwowego Instytutu Badawczego  
w Warszawie

Raport PALENIE TYTONIU - NAJWAŻNIEJSZY CZYNNIK WPŁYWAJĄCY NA ZDROWIE POLAKÓW w mojej ocenie jest opracowaniem bardzo wartościowym. Działanie szkodliwych składników dymu tytoniowego - wchłanianych czynnie lub biernie - jest najlepiej zdefiniowanym czynnikiem ryzyka wielu nowotworów, w tym najważniejszą przyczyną powstawania raka płuca, ale również odgrywa znaczącą rolę w rozwoju nowotworów górnych dróg oddechowych (jama ustna, gardło, krtani) oraz pęcherza moczowego i kilku innych (np. rak trzustki i rak jelita grubego). Palenie tytoniu jest również czynnikiem ryzyka wielu chorób nienowotworowych, które niejednokrotnie stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia.

Wymienione okoliczności uzasadniają podejmowanie działań mających na celu walkę z uzależnieniem od tytoniu. Raport - przygotowa-

ny przez Instytut Człowieka Świadomego - zawiera opis zagrożeń związanych z działaniem szkodliwych składników dymu tytoniowego, ale również opisuje stanowiska organizacji reprezentujących kraje Unii Europejskiej. Ważnym elementem raportu jest przedstawienie doświadczeń i rozwiązań innych krajów w zakresie działań ograniczających używanie wyrobów tytoniowych. Opisuje także sytuację w Polsce, która jest niestety niekorzystna.

Najważniejszą częścią raportu są zalecenia dotyczące edukacji prozdrowotnej i tworzenia instytucjonalnych rozwiązań z zabezpieczeniem odpowiednich środków finansowych. Zwraca uwagę postulat potrzeby skutecznego ograniczenia dostępności do urządzeń wykorzystujących systemy podgrzewania tytoniu lub waporyzacji płynu dla dzieci i młodzieży. Tu niezbędne wydaje się podjęcie bardziej radykalnych działań w zakresie egzekwowania przepisów zakazujących sprzedaży papierosów i produktów bezdymnych młodzieży.

Postulatem środowiska onkologów, którego jestem przedstawicielem, powinno być utworzenie poradni antynikotynowych w każdym wojewódzkim ośrodku onkologicznym i pulmonologicznym oraz wszystkich szpitalach uniwersyteckich. Przekazuję wyrazy uznania dla Autorów raportu i mam nadzieję, że informacje oraz rekomendacje w nim zawarte przyczynią się do poprawy sytuacji w zakresie wyeliminowania zagrożeń związanych z uzależnieniami tytoniowymi.





## PROF. DR HAB. N. MED. MAREK KRZYSTANEK

Kierownik Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Zagrożenia zdrowia publicznego współczesnej Polski i świata mają charakter zarówno społeczny jak i indywidualny i dotyczą każdego w każdej grupie wiekowej. Jeżeli nie zostaną rozpoznane i zaadresowane mogą one mieć krytyczny wpływ na jakość życia ludzi i w ciągu kilku generacji prowadzić do istotnych kryzysów psychicznych i społecznych a nawet załamania zdolności adaptacji jednostki do zmian w świecie i utraty kontaktu z rzeczywistością w postaci plag uzależnień oraz inwalidyzacji osobowościowej i somatycznej.

Zagrożenia związane z psychiatrią dzieci i młodzieży dotyczą z jednej strony zmian struktury rodziny jak również braku świadomości rodziców dotyczących potrzeb dzieci i młodzieży. Medycyna, a w szczególności psychologia sformułowały modele podstawowych potrzeb życiowych, które warunkują wykształcenie się dojrzałej i niezaburzonej osobowości. Wiedza społeczeństwa o tych modelach jest znikoma co przekłada się na brak kompetencji rodzicielskich i uprawianie ryzykownych eksperymentów społecznych w postaci np. bezstresowego wychowania czy legalizacji miękkich

narkotyków. Konieczne są kampanie społeczne edukujące młodych rodziców na temat współczesnej wiedzy o psychologii dziecka na przykład w formie regularnych szkoleń dla rodziców prowadzonych w szkołach. Współcześnie dzieci zostały pozbawione rodziny generacyjnej, stanowiącej wcześniej model kształtowania postaw i ról rodzicielskich, z drugiej strony dzieci pozbawiono grupy rówieśniczej, w której wcześniej dzieci i młodzież nabywała stopniowo kompetencje społeczne. Prowadzi to do dorastania młodych osób nieprzystosowanych do życia, nieradzących sobie ze stresem, pozbawionych umiejętności odraczania nagród i stawiania sobie długofalowych celów. Mamy więc do czynienia z narastającym zjawiskiem niedojrzałości, przesuwania się wieku podejmowania samodzielnego życia oraz zawierania związków małżeńskich oraz spadającej dzietności. Konieczne są kampanie społeczne uświadamiające społeczeństwu zagrożenia związane z konsumpcyjnym modelem życia. Wychowanie dzieci jest obecnie skoncentrowane na przekazaniu im największej ilości wiedzy i umiejętności, gwarantujących przyszłym dorosłym sukces finansowy, zapewniający z kolei wysoki poziom konsumpcji. Dzieci spędzają większość czasu w szkole i na zajęciach dodatkowych bez kontaktu z rodzicami i grupą rówieśniczą. Wiedzę o świecie i relacje społeczne zastępują dzieciom i młodzieży media społecznościowe, mody i samozwańczy popkulturowi influencerzy. Powoduje to przewlekłą deprywację emocjonalną, brak więzi, brak umiejętności zabawy i dostosowywanie się do wymagań świata dorosłych. Powoduje to zaburzenia osobowości w postaci chwiejności emocjonalnej, poczucia pustki wewnętrznej, braku poczucia kompetencji i samoradzenia, narastanie autoagresji, samookaleczeń i prób samobójczych. Dodatkowo model wychowania bez stresu powoduje u dzieci brak zaspokojenia potrzeby realnych granic i samokontroli co rodzi u młodych ludzi postawy roszczeniowe, fasadowy narcyzm i egoizm.

W grupie osób dorosłych zagrożenia zdrowot-

ne polegają głównie na nieumiejętności życia opartego na wiedzy o potrzebach i ograniczeniach biologicznego ciała człowieka. Z punktu widzenia psychiatrii człowiek współczesny ma powierzchowną wiedzę o tym w jaki sposób dbać o swój mózg żeby służył długo i efektywnie i w jaki sposób osiągać dobrostan zdrowotny i społeczny. Medycyna przeżywa kryzys związany z narastaniem częstości występowania schorzeń psychicznych i fizycznych, będących wynikiem lekceważenia granic odporności i mechanizmów radzenia sobie organizmu człowieka. Medycyna współczesna stała się medycyną reparacyjną, skoncentrowaną głównie na farmakologicznym leczeniu utrwalonych i przewlekłych problemów zdrowotnych. Brakuje świadomych działań ze strony autorytetów i organizacji rządowych kształtujących rozwój medycyny, nastawionych na rozwój medycyny wczesnej interwencji i medycyny prewencyjnej jako priorytetu zdrowotnego państwa. Podstawowym zagrożeniem jest brak świadomości zdrowotnej współczesnych ludzi, opartej na zintegrowanym modelu medycznym, ujmującym człowieka jako samoorganizującą się całość. Ludzie nie są świadomi tego, że istotą utrzymania dobrego stanu zdrowia są zalecenia prozdrowotne, formułowane przez każdą z dyscyplin medycznych, których przestrzeganie ma największe znaczenie dla prewencji chorób. W psychiatrii dostrzegam ogromną potrzebę społeczną dotyczącą merytorycznej wiedzy na temat tego jak obsługiwać swój mózg i jak żyć żeby być szczęśliwym. Wiedza ta obejmuje zachowanie higieny psychicznej, umiejętność regulacji emocji, higienę snu i świadome zaspokajanie potrzeb, nie tylko biologicznych ale również psychologicznych, leżących u podstaw dorosłego, dojrzałego życia. Żeby te potrzeby zaspokajać trzeba je znać. Formułowanie takiego przekazu to zadanie medycyny ale jego popularyzacja i modelowanie należy do organizacji społecznych i państwowych. Brak utrzymania higieny psychicznej prowadzi do przewlekłej neurastenii, czyli tak zwanego wypalenia zawodowego albo jej jeszcze innej nazwy – zespołu

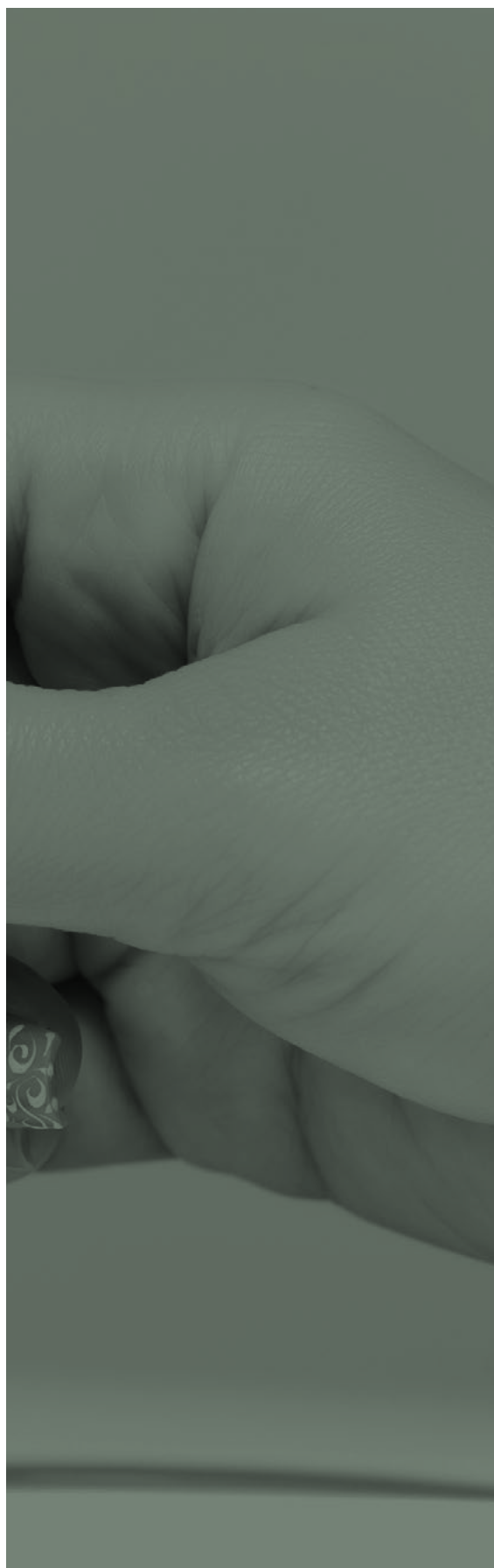
przewlekłego zmęczenia. Przewlekła neurastenii może prowadzić do utraty zdolności do pracy i inwalidyzacji młodych ludzi. Brak umiejętności higieny snu prowadzi do bezsenności, w różnym stopniu dotykającej nawet trzecią część społeczeństwa. Brak umiejętności regulacji emocjonalnej prowadzi do patologicznych form regulowania negatywnych emocji takich jak jedzenie z powodów emocjonalnych, prowadzące do nadwagi, otyłości czy zaburzeń odżywiania się. Brak wiedzy o regulacji emocjonalnej prowadzi również do nałogów i uzależnień, zarówno chemicznych (nikotyna, alkohol, narkotyki) jak i behawioralnych (hazard, seksuolizm czy uzależnienie od gier internetowych). Brak wiedzy na temat psychologicznych potrzeb dorosłego człowieka prowadzi do braku celów, słabości psychicznej i braku kompetencji, samotności, pustki egzystencjalnej i depresji.

Nikotyna jest substancją psychoaktywną, która może powodować uzależnienie zarówno psychologiczne jak i fizyczne. Uzależnienie psychologiczne polega na trudnej do powstrzymania potrzebie zażywania nikotyny, natomiast fizyczne uzależnienie prowadzi do tolerancji na działanie nikotyny, skutkującej koniecznością zwiększania jej dawki oraz do objawów abstynencyjnych, które pojawiają się przy próbie odstawiania nikotyny i mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy. Uzależnienie od nikotyny w formie palenia tytoniu to nie tylko problem zażywania samej nikotyny ale również długiej listy kancerogennych substancji smolistych zawartych w dymie i wdychanych do płuc. Negatywne skutki wdychania dymu tytoniowego są medyczną oczywistością i nie wymagają komentarza, a jedynie podejmowania wszelkich możliwych działań na poziomie jednostki i społeczeństwa w kierunku eradykacji tej używki.

Formą redukcji szkód w stosunku do wdychania dymu tytoniowego jest popularyzacja technologii podgrzewania tytoniu lub procesu waporyzacji płynu (e-papierosy) pod warunkiem, że będą one bezpieczniejszą alternatywą dla

dymu tytoniowego, używaną w okresie stopniowego odstawiania nikotyny przez osoby uzależnione, a nie jako bezpieczna forma uzależnienia. Należy zwrócić uwagę na atrakcyjność tych produktów wśród młodych ludzi, które jako bezpieczniejsza forma używania nikotyny mogą mieć większy potencjał uzależniający niż tradycyjne papierosy (Jankowski et al. 2019).

Wszystko to postrzegam jako współczesne zagrożenia dla zdrowia publicznego, na które należy zareagować. Nie wystarczy tu wola i działanie jednostkowe. Potrzebne są działania zbiorowe i rozwiązania systemowe zanim narastająca patologia osobowościowa i zbiorowa doprowadzi do krachu życia społecznego.





## PROF. DR HAB. N. MED. HALINA CAR

Kierownik Zakładu Farmakologii Doświadczalnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Raport „Palenie tytoniu – najważniejszy czynnik wpływający na zdrowie Polaków” jest dokumentem zawierającym kompleksową analizę danych epidemiologicznych na temat konsekwencji zdrowotnych palenia tytoniu, skuteczności strategii antytytoniowych w Polsce oraz sugestie zintegrowanych inicjatyw/rozwiązań, a także rekomendacje kierunków i modelowych rozwiązań. Sprecyzowanie tematyki raportu na szeroko aspektowych wymiarach palenia tytoniu, będącego najistotniejszym czynnikiem ryzyka utraty zdrowia i życia ludzi na świecie, a szczególnie Polek i Polaków jest zasadne w świetle danych Światowej Organizacji Zdrowia i ujętych w Krajowym Planie Transformacji na lata 2022-2026.

Palenie tytoniu w Polsce jest pierwszoplanową przyczyną utraconych lat życia w zdrowiu (wskaźnik DALY) i w tym zakresie nasz kraj niestety znacznie pozostaje w tyle za innymi państwami (Ministerstwo Zdrowia „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030 r.”). Liczba codziennych palaczy zadeklarowana na 30,8% wśród mężczyzn i 27,1% kobiet

(źródło Ogólnopolski Panel Badawczy, 2022 r.) jest dramatycznie olbrzymia w porównaniu do innych państw europejskich i danych światowych. Liczba palaczy koresponduje z liczbą zachorowań na choroby odtytoniowe, w tym na choroby nowotworowe. Jednym z kierunków działań Europejskiego Planu Walki z Rakiem jest ograniczenie liczby palaczy poniżej 5%, zwiększenie środowisk wolnych od dymu do 2040 r., zaś Rada Unii Europejskiej wydała zalecenia opracowania kompleksowych wytycznych promowania zaprzestania palenia tytoniu oraz skutecznego leczenia uzależnienia od nikotyny. Ponadto, Komisja Specjalna Parlamentu Europejskiego ds. Zwalczania Raka (BECA) zasugerowała możliwości stopniowego porzucenia palenia np. poprzez używanie papierosów elektronicznych, tak jak promuje to brytyjski rządowy program „Swap to stop” (Zamień by przestać). Podobnie Szwedzki model korzystania z mniej szkodliwych alternatyw spowodował, iż Szwecja w 2023 r. była jedynym w Europie krajem ze wskaźnikiem 5,6% osób palących tytoń.

Nowy paradygmat ograniczania liczby palaczy tytoniu w postaci promowanej w wielu krajach strategii redukcji szkód polega na ukierunkowywaniu palaczy tytoniu na przechodzenie na wyroby o udokumentowanej mniejszej szkodliwości. Jednak takie podejście do problemu palenia tytoniu stwarza ryzyko korzystania z takich wyrobów jak, np. e-papierosy, przez osoby niepełnoletnie i niepalące. Jest to prawdopodobnie największe ograniczenie wprowadzenia polityki redukcji szkód w Polsce, bowiem zalecenia AOTMiT jak i Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, rekomendują i promują głównie działania edukacyjno-informacyjne i terapię uzależnień. Opracowane w 2022 r. „Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny” nie wspominają o możliwości wychodzenia z palenia tytoniu poprzez bezdymne wyroby nikotynowe. Natomiast, coraz liczniejsze dowody naukowe wskazują, iż używanie podgrzewaczy tytoniu, e-papierosów (ze źródeł certyfikowanych), po pierwsze nie tylko ogranicza narażenie na sub-

stancje kancerogenne, ale również zmniejsza o ok 95% (dla standaryzowanych e-papierosów) ekspozycję na inne związki chemiczne niekorzystne dla zdrowia ludzi. Szwecja, która wyraźnie promuje inne formy używania nikotyny, w tym snus, doustny woreczek zawierający tytoń, ma również najniższy wskaźnik zachorowań na raka płuc, nowotwór bezsprzecznie zależny od palenia tytoniu. Opublikowana w styczniu 2024 r metaanaliza Cochrane pokazała, że e-papierosy zawierające nikotynę/lub bez nikotyny pozwalają 8-10 osobom (odpowiednio) na 100 palaczy tytoniu zaprzestać palić, a nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) pozwala uwolnić się od nałogu 6 osobom, zaś 4 osobom udaje się to zrobić po otrzymaniu wsparcia behawioralnego. Metaanaliza ta nie pokazuje jak szybko następuje powrót do palenia szczególnie po stosowaniu terapii psychologicznej i NTZ. Z innych opracowań wiadomym jest, że terapia antynikotynowa nie jest wystarczająca i jest zazwyczaj nieskuteczna a kompleksowe postępowanie dla osób ciężko uzależnionych od nikotyny jest kroplą w morzu potrzeb.

Rekomendacje przedstawione w Raporcie „Palenie tytoniu – najważniejszy czynnik wpływający na zdrowie Polaków” są merytorycznie opracowanym szczegółowym planem wdrożenia polityki redukującej liczbę palaczy i następstwa palenia tytoniu. Dostrzeżenie palacza tytoniu jako osoby uzależnionej od nikotyny i uwzględnienie tego stanu w postaci wpisu do dokumentacji medycznej pacjenta pozwoliłoby na ukierunkowaną edukację i wdrożenie postępowania skłaniającego do zaprzestania nałogu jako ostatecznego celu profilaktyki zdrowotnej, która mogłaby obejmować stopniowaną redukcję następstw palenia tytoniu w postaci preparatów bezdymnych.

Programy edukacyjno – informacyjne powinny docierać do szerokiego grona społeczeństwa. Szczególnie precyzyjnie zaplanowana edukacja zdrowotna na temat szkodliwości i następstw używania wyrobów zawierających tytoń i nikotynę powinna być skierowana do dzieci i mło-

dzieży. Oprócz wsparcia osób palących poprzez finansowanie leczenia uzależnień i zdecydowane zwiększenie liczby antynikotynowych punktów konsultacyjnych, powinny obowiązywać i być respektowane restrykcyjne przepisy dystrybucji jednorazowych e-papierosów.

Akceptacja procedury redukcji szkód może poszerzyć możliwości pomocy osobom silnie uzależnionym, nie mogącym, mimo licznych prób, zaprzestać palić. Doskonałym pomysłem jest stworzenie Agencji ds. Prewencji i Leczenia Uzależnień, która byłaby inicjatorem i koordynatorem działań prowadzonych w oparciu o najnowsze rzetelne naukowo dane. Według mojej oceny bardzo dobry standard postępowania z osobami uzależnionymi opublikowała brytyjska agencja oceny technologii medycznych NICE pod koniec 2022 roku. Zawiera on wszystkie konieczne etapy od identyfikacji palaczy poprzez poradę, wsparcie i leczenie farmakologiczne do promowania strategii redukcji szkód u osób nie chcących rzucić palenia oraz szpitalną pomoc w zaprzestaniu palenia.

Dostrzeżenie konieczności zmian w zakresie następstw palenia tytoniu ma kilka wymiarów korzyści: od wydłużenia życia w zdrowiu, ograniczenia zachorowań oraz wymierne ekonomiczne benefity zmniejszenia wydatków na leczenie chorób odytoniowych. Ciągłe bardzo wysoka liczba palaczy w Polsce jest najwyraźniejszym wskaźnikiem braku skuteczności dotychczas prowadzonej polityki zdrowotnej.

Podsumowując, Raport zawiera szczegółowe dane na temat palenia tytoniu, od ujęcia epidemiologicznego, konsekwencje zdrowotne, obecne możliwości wychodzenia z nałogu palenia po wnioski i rekomendacje. Przedstawione w Raporcie kompleksowe podejście do tematu palenia tytoniu w kontekście zdrowia jednostek i zdrowia publicznego stanowi doskonały przykład w jaki sposób należy kształtować nowe transformacyjne rozwiązania ograniczania liczby palaczy i następstw palenia tytoniu.



## **DR HAB. N. MED. ROMAN SOSNOWSKI**

Kierownik Kliniki Urologii, Szpitala klinicznego MSWIA, Centrum Onkologii Ziemi Warmińsko-Mazurskiej w Olsztynie

Palenie papierosów i używanie innych wyrobów tytoniowych jest główną przyczyną wielu chorób na świecie, co wpływa na wyższą częstością występowania i wiąże się gorszymi wynikami leczenia m.in. chorób układu moczowo – pęcherza i nerek, zaburzeń erekcji czy występowania krwimoczu. Pomoc pacjentom ze schorzeniami tytonio-zależnymi w rzuceniu palenia jest skutecznym sposobem na poprawę wyników stanu ogólnego ich zdrowia, ale także wyników leczenia urologicznego. Palacze papierosów w istotny sposób polegają i podporządkowują się swojemu lekarzowi prowadzącemu a w przypadku schorzeń układu moczowo – pęcherza, swojemu urologowi.

Wiele doniesień naukowych wskazuje, że porady urologa były wskazywane jako główny motywator w próbach zaprzestania palenia, a palacze, którzy otrzymali od urologa zalecenie rzucenia palenia, byli ponad cztery razy bardziej skłonni do rzucenia palenia niż w przypadku braku takiej porady. Rosnące dowody wspierają twierdzenie, że urolodzy są optymalnie umiejscowieni do przesiewowego badania pacjentów

pod kątem używania tytoniu i udzielania im porad oraz leczenia w zakresie zaprzestania palenia. Badania przesiewowe pod kątem używania tytoniu i zapewnienie pacjentom niezbędnego wsparcia w rzuceniu palenia są zalecane przez wiele komitetów naukowych i grup wsparć, w tym także w dziedzinie jaką jest urologia. Dlatego tak ważne jest, aby wśród personelu medycznego m.in. lekarzy czy pielęgniarek było właściwe zrozumienie prawidłowych praktyk dotyczących interwencji w zakresie zaprzestania palenia jako potencjalnie skutecznych, opartych na dowodach medycznych działaniach.

W opracowaniu „Palenie tytoniu – najważniejszy czynnik ryzyka zdrowotnego w Polsce” odnajdujemy wiele cennych informacji w zakresie omawianego powyżej tematu. Raport w dokładny sposób przedstawia zagadnienia związane z paleniem papierosów w zakresie epidemiologii, farmakoterapii, biochemii, nowoczesnych technologii dostarczania nikotyny. Jednym z najważniejszych elementów materiału są przedstawione rozwiązania w krajach, gdzie wyraźnie obserwowane jest zmniejszenie odsetka osób palących oraz zaprezentowanie wytycznych m.in. Prezesa AOTMiT czy rekomendacji wynikających z „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych”, „Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki i Leczenia Uzależnienia od Palenia Tytoniu” oraz programu w POZ „Ograniczanie lub eliminacja palenia tytoniu”. Jednym z wniosków wynikających z raportu jest wprowadzenie na masową skalę antynikotynowych punktów konsultacyjnych w warunkach poradni specjalistycznych czy szpitali. W takich jednostkach działania urologa w stosunku do swoich pacjentów mają szczególne znaczenie a prace te powinny wykonywane być zgodnie z zaleceniem tzw. minimalnej interwencji antytytoniowej spełniającej zasadę 5P (wersja angielska 5xA) i dotyczącej m.in. pytania każdego pacjenta o status palenia oraz udzielenie mu wsparcia i rekomendacji w procesie zaprzestania tego nałogu.

Mając na uwadze zakres obowiązków lekarzy specjalistów, w tym urologów i związany z tym brak czasu, w/w. interwencja powinna być elementem szerszego kontekstu wsparcia pacjenta w procesie rzucenia palenia a mianowicie kierowania chorego do wyspecjalizowanych punktów konsultacyjnych antynikotynowych czy telefonicznych poradni palącym. W aspekcie udzielanej m.in. przez urologa interwencji antynikotynowej raport „Palenie tytoniu – najważniejszy czynnik ryzyka zdrowotnego w Polsce” zwraca uwagę na konieczność profesjonalnych szkoleń personelu medycznego (m.in. lekarzy specjalistów) co w znaczący sposób zwiększa efektywność działań. Ponadto aktywności specjalistów urologów na rzecz działań związanych ze świadomością zdrowotną społeczeństwa w zakresie np. wczesnej diagnostyki raka prostaty czy nowotworów jąder, mogą a wręcz powinny być wzbogacone o edukację związaną z negatywnymi skutkami palenia o czym w jednoznaczny i czytelny sposób przekonuje raport.

Zachęcam wszystkich czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w szczególności urologów do zapoznania się z raportem „Palenie tytoniu – najważniejszy czynnik ryzyka zdrowotnego w Polsce”, gdyż dzięki lekturze tego opracowania możemy dokładnie zrozumieć skalę i poznać przyczyny zagrożeń wynikających z palenia papierosów, ale przede wszystkim w profesjonalny sposób jako urologicy dowiedzieć się jak być aktywnymi w procesie zaprzestania palenia tytoniu wśród naszych pacjentów.







## LEK. MED. ARTUR PRUSACZYK

Specjalista ginekolog-onkolog  
Wiceprezes zarządu Centrum Medyczo-  
-Diagnostycznego Sp. z o.o., członek Rady  
Naukowej Stowarzyszenia IFIC POLSKA

Raport „Palenie tytoniu – najważniejszy czynnik wpływający na zdrowie Polaków” w sposób kompleksowy podchodzi do tematu konsekwencji palenia tytoniu na zdrowie publiczne, wskazując kierunki dla tworzenia skutecznych polityk antytytoniowych oraz konkretne rozwiązania, bazujące na dobrych praktykach krajowych np. opieka koordynowana w POZ oraz zagranicznych, gdzie dzięki wielopłaszczyznowym, konsekwentnym działaniom, w tym wykorzystaniu mechanizmów redukcji szkód, znacząco zmniejszono odsetek osób palących.

Mając do czynienia z tak dużą skalą problemu – 8 mln. palących dorosłych i 70 000 zgonów rocznie z powodu chorób odtytoniowych, nie można pozostać bezczynnym. Konieczne są działania o charakterze systemowych oraz edukacja zdrowotna nakierowana na dzieci i młodzież oraz dorosłych, w tym pacjentów z chorobami współistniejącymi.

Aktualnie prowadzone działania antynikotynowe są niewystarczające i niedostosowane do aktualnej rzeczywistości, gdzie dochodzi do

wzrostu liczby osób palących, w tym odsetek palących rośnie najszybciej wśród kobiet. Trzy kompleksowe poradnie i infolinia pomocy palącym to kropla w morzu potrzeb.

Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w Polsce stanowi kluczowy element efektywnego systemu opieki zdrowotnej, przynosząc szereg korzyści zarówno dla pacjentów, jak i dla całego systemu ochrony zdrowia. Są one widoczne na wielu poziomach – od poprawy zdrowia i dobrostanu pacjentów, poprzez stratyfikację czynników ryzyka zdrowotnego pacjentów, optymalizację wykorzystania zasobów, aż po redukcję kosztów dla całego systemu opieki zdrowotnej, dlatego w pełni popieram pomysł wprowadzenia świadczenia opieki koordynowanej w POZ pt. „Ograniczenie lub eliminacja palenia tytoniu”. Lekarz rodzinny jest najbliżej pacjenta i widzi go najczęściej, ma też pod swoją opieką chorych ze schorzeniami cywilizacyjnymi, w tym sercowo-naczyniowymi, układu oddechowego, a szczególnie onkologicznymi, gdzie odejście od nałogu palenia jest ważnym wskaźnikiem rokowniczym i podnoszącym jakość życia.

Zespół medycyny rodzinnej, szczególnie lekarz i pielęgniarka, otrzymując odpowiednie narzędzia do wsparcia pacjenta w ograniczeniu lub całkowitej eliminacji palenia tytoniu, może być kluczowym ogniwem w profilaktyce i prewencji wtórnej antytytoniowej, przy założeniu, że system opieki zdrowotnej zapewni kompleksową opiekę nad osobami uzależnionymi, w tym dostęp do terapii uzależnień oraz środków o udokumentowanej skuteczności wspomagających rzucenie palenia. Wymaga to zarówno nadania rangi pilnego priorytetu wdrożeniu rozwiązań systemowych w tym zakresie oraz zapewnieniu odpowiedniego finansowania oraz systemu zachęt dla lekarzy do realizacji tych świadczeń. Wspierać ten proces powinny intensywne działania edukacyjne skierowane do różnych grup społecznych.

# 04

## ŚRODOWISKO WOLNE OD DYMU TYTONIOWEGO - PROJEKT KOMISJI EUROPEJSKIEJ

Problem szkodliwości palenia papierosów i wprowadzenie rozwiązań mających na celu zmniejszenie populacji osób uzależnionych od palenia tytoniu to jedno z kluczowych priorytetów działań w obszarze zdrowia publicznego różnych instytucji Unii Europejskiej. Poniżej zaprezentowano szereg istotnych dokumentów opisujących działania instytucji unijnych w tym zakresie.

# 4.1

## ZALECENIA RADY UNII EUROPEJSKIEJ W ZAKRESIE ŚRODOWISK WOLNYCH OD DYMU

Rada Unii Europejskiej w 2009 roku wydała zalecenia dotyczące poszerzania środowisk wolnych od dymu oraz opracowania i rozpowszechniania przez państwa członkowskie odpowiednich, kompleksowych i zintegrowanych wytycznych opartych na dowodach naukowych i najlepszych praktykach oraz podjęcia skutecznych środków w celu promowania zaprzestania używania tytoniu i odpowiedniego leczenia uzależnienia od palenia tytoniu<sup>2</sup>.

### KLUCZOWE POWODY I PRZESŁANKI WYDANIA ZALECEŃ PRZEZ RADĘ UE:

- Zgodnie z Artykułem 152 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską działania wspólnotowe uzupełniają polityki krajowe, mające na celu poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom u ludzi oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego.
- Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy (ETS) – nazywany także wtórnym dymem tytoniowym – jest powszechnym źródłem zachorowalności, śmiertelności i niepełnosprawności w Unii Europejskiej.
- Narażenie na bierne palenie (dym tytoniowy) jest szczególnie niebezpieczne dla dzieci i młodzieży i może zwiększać prawdopodobieństwo rozpoczęcia przez nie palenia.
- Polityki na poziomie krajowym okazały się nieskuteczne w ograniczaniu narażenia na dym tytoniowy. Wiążące ustawodawstwo państw członkowskich, odpowiednio egzekwowane i monitorowane, stanowi skuteczny środek odpowiedniej ochrony ludzi przed zagrożeniami dla zdrowia wynikającymi z biernego palenia.
- Prawodawstwo uzyskania statusu kraju wolnego od dymu tytoniowego jest największe, gdy jest poparte takimi środkami jak: kampanie podnoszące świadomość, wsparcie zaprzestania używania tytoniu, wyraźne ostrzeżenia zdrowotne na opakowaniach wyrobów tytoniowych i inne regulacje dotyczące wyrobów tytoniowych.
- Polityka antynikotynowa powinna posiadać odpowiednie instrumenty umożliwiające wdrożenie wielosektorowego podejścia do kontroli tytoniu.
- Istnieje potrzeba wzmocnionej współpracy między państwami członkowskimi, aby ułatwić wymianę informacji i najlepszych praktyk oraz opracować ujednoczony unijny system monitorowania.

<sup>2</sup> [https://health.ec.europa.eu/tobacco/smoke-free-environments\\_pl](https://health.ec.europa.eu/tobacco/smoke-free-environments_pl)

**W związku powyższym Rada Unii Europejskiej wydała Państwom członkowskim następujące zalecenia:**

- 1 Zapewnić skuteczną ochronę przed narażeniem na dym tytoniowy w zamkniętych miejscach pracy, zamkniętych miejscach publicznych, środkach transportu publicznego i, w stosownych przypadkach, innych miejscach publicznych, zgodnie z art. 8 Ramowej Konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu (FCTC) i w oparciu o załączone wytyczne dotyczące ochrony przed narażeniem na dym tytoniowy przyjęte przez Drugą Konferencję Stron FCTC, w ciągu pięciu lat od wejścia w życie FCTC w odniesieniu do tego państwa członkowskiego lub najpóźniej w ciągu trzech lat od przyjęcia niniejszego zalecenia;
- 2 Opracować i/lub wzmocnić strategie i środki mające na celu zmniejszenie narażenia dzieci i młodzieży na wtórny dym tytoniowy (bierne palenie);
- 3 Uzupełnić politykę antynikotynową środkami wspierającymi, które mogą obejmować:
  - a. podejmowanie skutecznych działań promujących zaprzestanie używania tytoniu i odpowiednie leczenie uzależnienia od palenia tytoniu, biorąc pod uwagę krajowe uwarunkowania i priorytety.
  - b. wprowadzenie ostrzeżeń mieszanych w rozumieniu art. 2 ust. 4 decyzji Komisji 2003/641/WE z dnia 5 września 2003 r. w sprawie stosowania kolorowych fotografii lub innych ilustracji jako ostrzeżeń zdrowotnych na opakowaniach wyrobów tytoniowych oraz informacji o usługach wspierających zaprzestanie palenia używania tytoniu na opakowaniach wyrobów tytoniowych, aby lepiej informować konsumentów o zagrożeniach dla zdrowia wynikających z używania tytoniu i narażenia na dym tytoniowy, zachęcać do zaprzestania używania tytoniu i zniechęcać do rozpoczęcia palenia;
- 4 Opracowywanie, wdrażanie, okresowe aktualizowanie i przeglądanie kompleksowych wielosektorowych strategii, planów lub programów kontroli tytoniu, które poruszają między innymi kwestię ochrony przed dymem tytoniowym we wszystkich miejscach dostępnych dla ogółu społeczeństwa lub miejscach zbiorowego użytku, niezależnie od własności lub prawa dostępu.
- 5 Zapewnienie odpowiednich instrumentów służących wdrażaniu krajowych strategii, polityk i programów kontroli tytoniu w celu zapewnienia skutecznej ochrony przed narażeniem na dym tytoniowy.
- 6 Przekazanie Komisji, jeśli to możliwe w terminie sześciu miesięcy od przyjęcia niniejszego zalecenia, krajowe punkty kontaktowe ds. kontroli tytoniu w celu wymiany informacji i najlepszych praktyk, a także koordynowanie polityki z innymi państwami członkowskimi.
- 7 Ścisła współpraca między sobą oraz z Komisją w sprawie spójnych ram definicji, poziomów odniesienia i wskaźników służących wdrażaniu niniejszego zalecenia.
- 8 Monitorowanie i ocena skuteczności działań politycznych za pomocą wyżej wymienionych wskaźników.
- 9 Informowanie Komisji o działaniach legislacyjnych i innych podjętych w odpowiedzi na niniejsze zalecenie oraz o wynikach monitorowania i oceny.

# 4.2

## SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZALECEŃ RADY UNII EUROPEJSKIEJ

W lutym 2013 r. Komisja EU opublikowała sprawozdanie zawierające podsumowanie stanu wdrożenia zalecenia Rady w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego z 2009 r.<sup>3</sup>

Wszystkie kraje UE wprowadziły środki mające chronić obywateli UE przed dymem papierosowym. Środki te różnią się jednak znacznie pod względem stopnia i zakresu.

- W niektórych krajach problemem jest egzekwowanie przestrzegania przepisów. Dotyczy to szczególnie przepisów skomplikowanych (tj. przewidujących odstępstwa od reguły).
- Od 2009 do 2012 roku ograniczono narażenie obywateli UE na dym papierosowy, np. w przypadku osób odwiedzających bary i puby z 46% do 28%, a w przypadku osób odwiedzających restauracje z 31% do 14%.

W tym czasie, w krajach takich jak, Belgia, Hiszpania i Polska, dzięki przyjęciu kompleksowych przepisów, udało się w bardzo dużym stopniu ograniczyć narażenie na dym tytoniowy. Aktualne dane, pokazują niestety, że poziom konsumpcji wyrobów tytoniowych w Polsce znowu rośnie i jest wysoki. Pali ok. 8 mln. Polaków.

W sprawozdaniu podkreślono ewidentne korzyści z wdrażania przepisów antynikotynowych na stan zdrowia – spadał odsetek zawałów serca i chorób układu oddechowego. Jednocześnie, skutki ekonomiczne przepisów antynikotynowych były pozytywne lub w ogóle nieodczuwalne.

Rzeczywiste narażenie osób odwiedzających lokale gastronomiczne lub lokale, gdzie spożywa się alkohol, na dym tytoniowy oceniono w badaniu Eurobarometru. Dane (z 2017 r.) wskazują, że ekspozycja na dym dalej spadła – do 20% w przypadku barów i pubów oraz do 9% w przypadku restauracji.

<sup>3</sup> [https://health.ec.europa.eu/document/download/31ea0e10-4c1b-465e-a32a-b33f64a8be56\\_pl?filename=-smoke-free\\_implementation\\_report\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/31ea0e10-4c1b-465e-a32a-b33f64a8be56_pl?filename=-smoke-free_implementation_report_en.pdf)

# 4.3

## NOWE KONSULTACJE KOMISJI EUROPEJSKIEJ W SPRAWIE PRZEGLĄDU RAM LEGISLACYJNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLI TYTONIU

Komisja UE od lutego do maja 2023 roku prowadziła konsultacje społeczne w sprawie funkcjonowania obecnych ram prawnych dotyczących kontroli tytoniu oraz możliwości ulepszenia tych ram<sup>4</sup>. Daje to zainteresowanym obywatelom i państwom członkowskim możliwość wyrażenia swoich opinii w tej sprawie. **Komisja UE zamierza kontynuować wysiłki na rzecz ograniczenia spożycia tytoniu zgodnie z celem określonym w Europejskim Planie Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan), którego celem jest stworzenie w Europie pokolenia wolnego od tytoniu, gdzie do 2040 r. mniej niż 5% populacji będzie używać tytoń.**



Szwecja (według raportu organizacji pozarządowej Health Diplomats) jest pierwszym i jedynym w UE krajem wolnym od dymu papierosowego. Sukces Szwecji jest przede wszystkim związany z polityką zdrowotną, która zezwala na korzystanie z innych, mniej szkodliwych produktów zawierających nikotynę lub tytoń.

<sup>4</sup> [https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13481-Evaluation-of-the-legislative-framework-for-tobacco-control\\_en](https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13481-Evaluation-of-the-legislative-framework-for-tobacco-control_en)

# 4.4

## DYREKTYWA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY 2014/40/UE

Parlament Europejski w 2014 r. przyjął dyrektywę w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich dotyczących produkcji, prezentacji i sprzedaży wyrobów tytoniowych i wyrobów pokrewnych, uchylającą dyrektywę 2001/37/W.

Dyrektywa w sprawie wyrobów tytoniowych (2014/40/UE) weszła w życie 19 maja 2014 r.<sup>5</sup> i zaczęła obowiązywać w krajach UE 20 maja 2016 r. Dyrektywa określa zasady regulujące produkcję, prezentację i sprzedaż wyrobów tytoniowych i wyrobów pokrewnych. Należą do nich papierosy, tytoń do samodzielnego skręcania, tytoń fajkowy, cygara, cygaretki, tytoń bezdymny, papierosy elektroniczne oraz wyroby ziołowe do palenia.

### W SZCZEGÓLNOŚCI DYREKTYWA:

- zabrania dopuszczania do obrotu papierosów i tytoniu do samodzielnego skręcania papierosów o charakterystycznych aromatach;
- wymaga, aby przemysł tytoniowy składał krajom UE sprawozdania dotyczące składników stosowanych w wyrobach tytoniowych;
- wymaga ostrzeżeń zdrowotnych na produktach tytoniowych i pokrewnych: łączone ostrzeżenia zdrowotne (zdjęcie, tekst i informacje o tym, jak zaprzestać palenia) muszą zajmować 65% przodu i tyłu opakowań papierosów i wyrobów tytoniowych do samodzielnego skręcania papierosów;
- określa minimalne wymiary ostrzeżeń i zakazuje małych opakowań niektórych wyrobów tytoniowych;
- zakazuje umieszczania elementów promocyjnych i wprowadzających w błąd na wyrobach tytoniowych, e-papierosach i ziołowych produktach do palenia;
- wprowadza ogólnounijny monitoring w celu zwalczania nielegalnego handlu wyrobami tytoniowymi;
- zezwala krajom UE na zakazanie sprzedaży przez Internet wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów;
- określa wymogi dotyczące bezpieczeństwa, jakości i zgłaszania papierosów elektronicznych;
- zobowiązuje producentów i importerów do powiadamiania krajów UE o nowatorskich wyrobach tytoniowych przed wprowadzeniem ich do obrotu w UE.

| <sup>5</sup> [https://health.ec.europa.eu/tobacco/product-regulation\\_pl](https://health.ec.europa.eu/tobacco/product-regulation_pl)



Należy zaznaczyć, że od 2014 roku opublikowano wiele badań naukowych w kontekście skutków zdrowotnych stosowania tytoniu, nikotyny i alternatywnych produktów, co powoduje konieczność aktualizacji przepisów w/w dyrektywy.

# 4.5

## RAPORT

### KOMISJI EUROPEJSKIEJ Z 2021 ROKU NA TEMAT STOSOWANIA DYREKTYRY 2014/40/UE

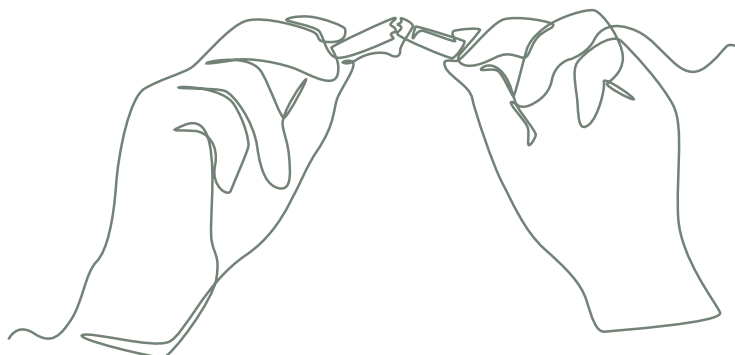
W maju 2021 roku Komisja Europejska opublikowała raport na temat stosowania dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych<sup>6</sup>. W ramach oceny przeprowadzonej w okresie od października 2019 r. do maja 2021 r. zebrano materiał dowodowy wpływu, korzyści, kosztów, zmieniających się okoliczności i kwestii związanych z prawodawstwem.

#### NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI ZAWARTE Z RAPORTU:

- Państwa członkowskie w dużym stopniu wypełniły swoje obowiązki w zakresie stosowania przepisów, przy czym napotkano kilka problemów i kwestii związanych z egzekwowaniem prawa;
- Przypadki nieprzestrzegania przepisów były rzadkie i zostały szybko skorygowane poprzez zaangażowanie właściwych organów krajowych państw członkowskich;
- Sukcesem Dyrektywy było ustanowienie jasnych wytycznych i przepisów dotyczących ustalania maksymalnych poziomów emisji substancji smolistych, nikotyny i tlenku węgla (TNCO) zgodnie z odpowiednimi badaniami i danymi naukowymi (dostępnymi w tamtym czasie);



- Państwa członkowskie rzadko jednak stosowały przepisy dopuszczające dodatkowe metody i progi pomiarowe (w tym dla produktów innych niż papierosy);
- Kluczowe przepisy, które wydają się przynosić korzyści zdrowiu publicznemu, obejmują etykietowanie i przepisy dotyczące opakowań (zwiększona świadomość szkodliwego działania tytoniu i produktów pokrewnych);
- Istnieją pewne dowody na to, że świadomość szkodliwości palenia tytoniu i pokrewnych produktów wzrosła (ogółem i wśród młodych ludzi);
- Dyrektywa osiągnęła zamierzone cele i stworzyła minimalne standardy w obszarach, które były wcześniej problematyczne, takie jak poziomy emisji, składniki, opakowania i etykietowanie, aromatyzowanie, identyfikowalność i zabezpieczenia;
- Nadal jednak istnieją różnice między państwami członkowskimi, np. w przypadku e-papierosów dotyczące opisów smaków i oznakowania opakowań;
- Przepisy dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych pozostają częściowo adekwatne do dzisiejszej rzeczywistości, zareagowały na rozwój naukowy, gospodarczy i technologiczny (w tym nowe produkty);
- Dyrektywa napotkała trudności w dotrzymaniu kroku szybko rozwijającemu się rynkowi i dużej różnorodności produktów;
- Rynek wyrobów tytoniowych i wyrobów pokrewnych stał się bardziej zróżnicowany i trudny do uregulowania, ze względu na wiele nowatorskich sposobów dostarczania tytoniu i nikotyny;
- Rynek bezdymnych wyrobów tytoniowych i ziołowych wyrobów do palenia ulega zmianom i dyrektywa w sprawie wyrobów tytoniowych może nie być w pełni adekwatna w odniesieniu do tego rozwijającego się rynku;
- Państwa członkowskie ponoszą koszty związane z wdrażaniem dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych. Pobierane są pewne opłaty, zgodnie z dyrektywą, aby pomóc w odzyskaniu tych kosztów. Jednak koszty wdrożenia dyrektywy nie zostały przez większość państw zrównoważone przez bezpośrednie dochody;
- Jest zbyt wcześnie, aby wyciągnąć wnioski na temat dokładnego, całościowego wpływu dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych na stan zdrowia publicznego, zwłaszcza że zakaz stosowania aromatów charakterystycznych został wprowadzony dopiero w całości w maju 2020 roku.



| <sup>6</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0249&from=EN>

# 4.6

## WYBRANE ASPEKTY Z RAPORTU KOŃCOWEGO KOMISJI SPECJALNEJ DS. ZWALCZANIA RAKA (BECA)

Parlament Europejski 16 lutego 2022 r. przyjął raport końcowy Komisji Specjalnej ds. Zwalczenia Raka (BECA)<sup>7</sup>. Raport zawiera szereg zaleceń mających na celu wzmocnienie mechanizmów walki z rakiem na poziomie europejskim i obejmuje 4 główne obszary: profilaktykę, badania przesiewowe, równy dostęp do opieki i wsparcie pacjentów.

**Raport BECA „Wzmocnienie Europy w walce z chorobami nowotworowymi” oprócz tradycyjnych sposobów na odejście od nałogu palenia tytoniu, zawiera aspekty dotyczące e-papierosów oraz innych alternatywnych produktów tytoniowych, m.in.:**

*„Wzywa Komisję do podjęcia działań następczych w związku z oceną naukową zagrożeń dla zdrowia związanych z papierosami elektronicznymi, podgrzewanymi wyrobami tytoniowymi i nowatorskimi wyrobami tytoniowymi, w tym oceną ryzyka związanego ze stosowaniem tych wyrobów w porównaniu z używaniem innych wyrobów tytoniowych, a także do opracowania na szczeblu europejskim wykazu substancji zawartych w tych wyrobach i przez nie emitowanych”.*

*Uważa się:*

- że papierosy elektroniczne mogłyby umożliwić niektórym palaczom stopniowe porzucenie palenia;*
- papierosy elektroniczne nie powinny być atrakcyjne dla osób niepełnoletnich i niepalących.*

*Apeluje do Komisji Europejskiej, aby w ramach dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych oceniła, które aromaty w papierosach elektronicznych są szczególnie atrakcyjne dla osób niepełnoletnich i niepalących, oraz aby przedstawiła propozycję wprowadzenia zakazu stosowania tych aromatów oraz zaproponowała możliwość zakazania stosowania wszystkich charakterystycznych aromatów w podgrzewanych wyrobach tytoniowych i nowatorskich wyrobach tytoniowych”.*

<sup>7</sup> <https://www.europarl.europa.eu/committees/pl/beca/home/highlights>

## PODSUMOWANIE

Unia Europejska wprowadziła szereg rozwiązań mających na celu zmniejszenie kosztów społecznych i zdrowotnych związanych paleniem tytoniu.

Należy zauważyć, że konsultacje zrealizowane w 2023 roku w sprawie przeglądu ram legislacyjnych dotyczących kontroli tytoniu oraz wnioski wynikające z Raportu Komisji Europejskiej na temat stosowania dyrektywy 2014/40/UE, a także wyniki wielu aktualnych badań naukowych dotyczących szkodliwości poszczególnych wyrobów tytoniowych, będą podstawą wprowadzenia nowych regulacji w najbliższym czasie, odzwierciedlających aktualny stan wiedzy.



# 05

## PROBLEM ZDROWOTNY - PALENIE TYTOTNIU W DOKUMENTACH STRATEGICZNYCH PAŃSTWA

Konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu są istotnym problemem zdrowotnym poruszonym w dokumentach strategicznych państwa.

# 5.1

## ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ RAMY STRATEGICZNE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021-2027 Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.

Dokument strategiczny „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” stanowi politykę publiczną w rozumieniu koncepcji systemu zarządzania rozwojem Rzeczypospolitej Polskiej, realizowanego na podstawie ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju<sup>8</sup>.

Celem opracowania i wdrożenia tego dokumentu strategicznego są zobowiązania Rzeczypospolitej Polskiej jako członka Unii Europejskiej. W związku z możliwością korzystania ze środków unijnych na realizację określonych działań w ramach funduszy polityki spójności, wszystkie kraje członkowskie są zobowiązane do spełniania warunków podstawowych dla perspektywy 2021–2027 w poszczególnych obszarach.

W dokumencie między innymi wskazano, że Rzeczpospolita Polska na tle krajów UE charakteryzuje się znacznie wyższą umieralnością zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Nadumieralność mężczyzn w Polsce spowodowana jest głównie chorobami układu krążenia, nowotworami, chorobami układu trawiennego i zakażeniami dróg oddechowych wraz z gruźlicą. Z kolei w przypadku kobiet nadwyżka umieralności względem średniej UE jest spowodowana chorobami układu krążenia oraz nowotworami.

**Choroby układu krążenia**, kwalifikowane jako choroby cywilizacyjne, są od wielu lat największym zagrożeniem dla życia Polaków. Na ich rozwój wpływa wiele czynników związanych ze współczesnym stylem życia, m.in.: nieodpowiednia dieta, **palenie tytoniu** i nadmierne spożycie alkoholu, stres i brak aktywności fizycznej.

Rzeczpospolita Polska na tle UE jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale wysokiej umieralności z ich powodu, w tym znacznie wyższej u osób poniżej 65. roku życia. **Najwięcej lat życia w zdrowiu w Polsce w 2019 r. utracono z powodu nowotworu złośliwego tchawicy oskrzeli i płuc**, dla którego wartość DALY stanowiła 26% łącznej wartości wskaźnika dla całej grupy.

<sup>8</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>



Choroby układu oddechowego stanowiły 5% wartości DALY w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej. Wśród niezakaźnych chorób układu oddechowego najsilniejszy wpływ widoczny jest dla **przewlekłej obturacyjnej choroby płuc** (41%). Niewątpliwie wynik ten jest skorelowany z wiodącym czynnikiem ryzyka w Rzeczypospolitej Polskiej, jakim jest **palenie tytoniu**.

**W dokumencie jako pierwszy kierunek interwencji wskazano „Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych” w ramach którego przewidziano między innymi intensywną edukację zdrowotną, w tym programy interwencji behawioralnych w grupach ryzyka (otyłość, używki, siedzący tryb życia, narażenie na nadmierny stres).**

Najważniejszą przyczyną utraconych lat życia w zdrowiu jest właśnie palenie tytoniu. Wskaźnik ten jest o 3 punkty procentowe wyższy niż średnia UE. Również odsetek palących tytoń w Rzeczypospolitej Polskiej jest znacząco wyższy niż średni poziom europejski: średnia UE-28 – 19,2%, Polska – 22,8%.

# 5.2

## KRAJOWY PLAN ODBUDOWY I ZWIĘKSZANIA ODPORNOŚCI (KPO)

Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) jest dokumentem programowym określającym cele związane z odbudową i tworzeniem odporności społeczno-gospodarczej Polski po kryzysie wywołanym pandemią COVID-19 oraz służące ich realizacji reformy strukturalne i inwestycje. Dokument stanowi podstawę ubiegania się o wsparcie z Europejskiego Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (Recovery and Resilience Facility – RRF). Horyzont czasowy realizacji zadań projektowych zawartych w dokumencie zamyka się z końcem sierpnia 2026 r.<sup>9</sup>

W dokumencie wskazano na **rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej**, który powinien zajmować się wszystkimi problemami zdrowotnymi, niezależnie od wieku, płci i jakichkolwiek innych cech pacjentów.

Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia jest kluczowa w kontekście wzrostu liczby osób przewlekle chorych oraz starzenia się społeczeństwa i związanego z tym zmniejszenia roli opieki szpitalnej.

Dodatkowo, jego rola ma szczególne znaczenie w odniesieniu do wyrównywania nierówności w zdrowiu. Celem zintensyfikowania działań wzmacniających rolę opieki podstawowej planowane są działania wzmacniające model promujący zdrowie przez odpowiednią i efektywną interwencję.

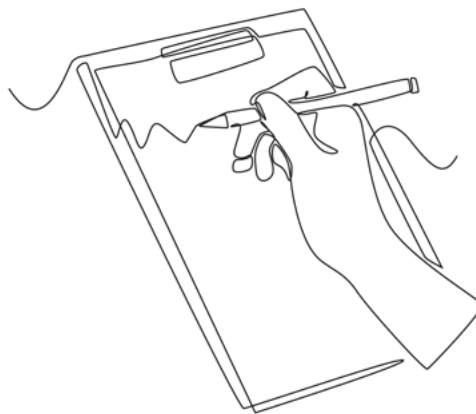
**Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien ukierunkowywać swoje myślenie nie tylko na chorych, ale także na zdrowych członków populacji, aby ustrzec ich przed zachorowaniem.**

Jego zadaniem jest systematyczne prowadzenie działań promocyjnych i przesiewowych takich, jak np. okresowe badania u zdrowych dzieci i dorosłych, ocena zagrożeń w miejscu pracy, środowisku zamieszkania, szkole, poradnictwo w zakresie uzależnień, działania profilaktyczne przeciw chorobom zakaźnym i nowotworowym.

<sup>9</sup> <https://www.gov.pl/web/planodbudowy>

# 5.3

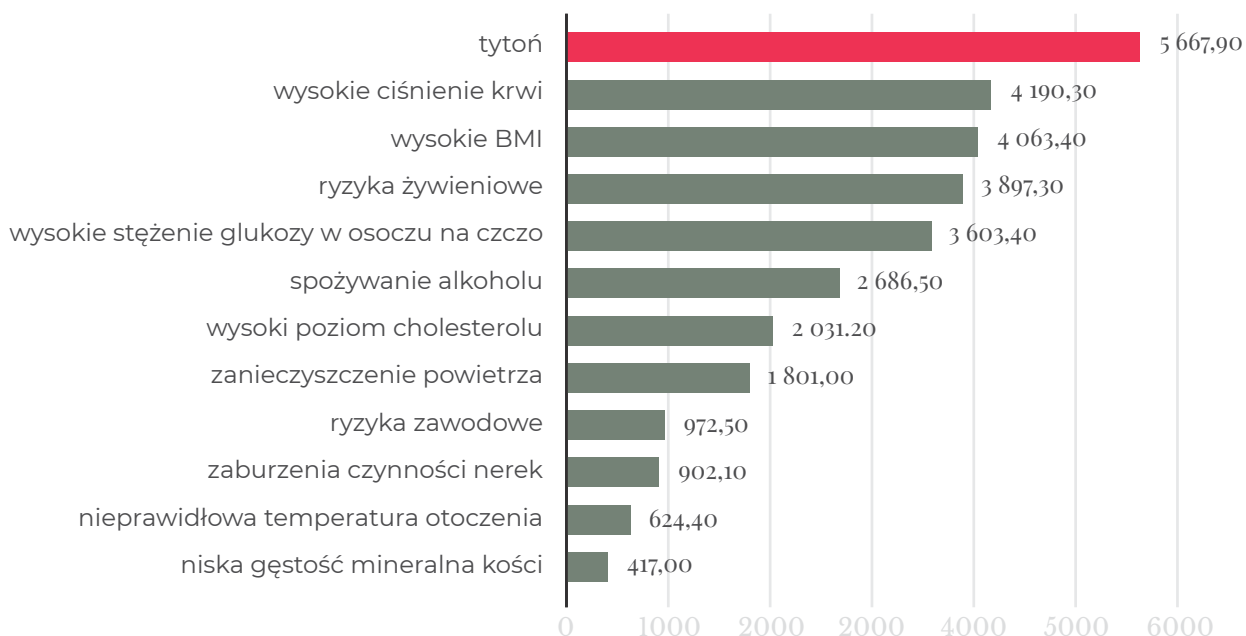
## KRAJOWY PLAN TRANSFORMACJI (KPT)



Celem Krajowego Planu Transformacji (KPT) jest wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej i na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia, na poziomie krajowym i regionalnym, uwzględniając potrzeby zdrowotne mieszkańców.<sup>10</sup>

Pierwszy Krajowy Plan Transformacji został ustalony przez Ministra Zdrowia na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. Krajowy Plan Transformacji jest dokumentem wdrożeniowym, który określa konkretne działania jakie należy podjąć, aby zapewnić obywatelom i mieszkańcom kraju dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Działania te wynikają z rekomendacji płynących z Map Potrzeb Zdrowotnych oraz innych dokumentów strategicznych w sektorze zdrowia.

### Udział czynników ryzyka w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie (DALY na 100 tys. ludności) wg. Krajowego Planu Transformacji



Źródło: [https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/80/akt.pdf](https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/80/akt.pdf)

<sup>10</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/strategie/plany-transformacji/>



W dokumencie wskazano główne czynniki ryzyka odpowiadające za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn: **palenie tytoniu (ok. 5,7 tys. DALY na 100 tys. ludności)**, wysokie ciśnienie krwi (ok. 4,2 tys. DALY na 100 tys. ludności) oraz wysoki indeks BMI (ok. 4,1 tys. DALY na 100 tys. ludności).

W KPT zarekomendowano między innymi „Wzmocnienie rozwoju działań badawczych i projektowanie nowych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego, w szczególności w zakresie zmiany nawyków i postaw zdrowotnych Polaków” oraz „Opracowanie pilotażu i wdrożenie modelu edukacji zdrowotnej w szkołach i przedszkolach np. przez wprowadzenie cyklicznych spotkań edukacyjnych dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w zakresie promocji zdrowego stylu życia”.





# 06

**NARODOWY  
PROGRAM  
ZDROWIA**  
NA LATA 2021-2025  
W KONTEKŚCIE  
PROFILAKTYKI I LECZENIA  
UZALEŻNIENIA OD NIKOTYNY



Narodowy Program Zdrowia jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie. Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu.<sup>11</sup>

Rada Ministrów, która wydała rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia podkreśliła, że niezbędne jest uwzględnienie wpływu skutków zdrowotnych wywołanych przez epidemię COVID-19 na zdrowie populacji. Choroba ta przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej od zakończenia II wojny światowej. Z uwagi na jej specyfikę (niezależnie od konieczności nieustannego jej przeciwdziałania i zwalczania skutków) niezbędne jest zintensyfikowanie działań mających na celu promowanie zdrowia, ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Pandemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, spowodowała efekt negatywnej synergii. Tym bardziej istotna jest konieczność podjęcia kompleksowych, a także zgodnych z aktualną wiedzą naukową, interwencji w obszarze zdrowia publicznego, wszelkimi dostępnymi narzędziami.

**Uzależnienie od tytoniu (nikotyny) i palenie papierosów zostało zidentyfikowane jako najważniejszy czynnik wpływający na utratę DALY w Polsce, powodujący najwięcej szkód zdrowotnych (opowiada m.in. za część nowotworów układu oddechowego, pokarmowego, moczowego, piersi, przyczynia się także do poważnych chorób kardiologicznych, w tym nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, zawałów serca, udarów mózgu).**

Wiceminister Zdrowia Waldemar Kraska publicznie w kwietniu 2023 roku potwierdził, że plany Ministerstwa Zdrowia przewidywały, że w 2030 roku liczba palących Polaków powinna spaść poniżej 5%, jednak w okresie trzech lat pandemii zachowania społeczne były zdecydowanie inne niż zakładano. Pełna izolacja i wymuszone działania epidemiczne spowodowały, że ludzie częściej przebywali w domu, mieli więcej wolnego czasu, a co za tym idzie, wzrosło w tym czasie nie tylko spożycie tytoniu, ale także napojów alkoholowych.<sup>12</sup>

#### **CELE OPERACYJNE NPZ OBEJMUJĄ:**

- 1. PROFILAKTYKĘ NADWAGI I OTYŁOŚCI.**
- 2. PROFILAKTYKĘ UZALEŻNIEŃ.**
- 3. PROMOCJĘ ZDROWIA PSYCHICZNEGO.**
- 4. ZDROWIE ŚRODOWISKOWE I CHOROBY ZAKAŻNE.**
- 5. WYZWANIA DEMOGRAFICZNE.**

<sup>11</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>

<sup>12</sup> <https://pulsmedycyny.pl/kraska-nie-udalo-sie-zrealizowac-celow-mz-dotyczacych-ograniczenia-palenia-beda-zmiany-1184100>

**W ramach celu operacyjnego „Profilaktyka uzależnień” realizowane są między innymi zadania:**

- **Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień** (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom;
- **Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych**, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych (NSP), spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu);
- **Edukacja kadr** (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień.

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło informacje o zadaniach realizowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 powierzanych na wniosek – dane za 2022 r., w tym między innymi dotyczących realizacji przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny oraz prowadzenia Telefonicznej Poradni Pomocy Pałącym (TPPP) działającej przy Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Instytutu.

**TPPP** jest ogólnopolską specjalistyczną placówką świadczącą poradnictwo przez telefon dla osób, których dotyczy problem uzależnienia od tytoniu. Telefoniczna poradnia dla osób szukających pomocy w zakresie rzucania palenia funkcjonuje w godzinach 9:00-21:00 (poniedziałek-piątek) oraz 9:00-15:00 (sobota). Dodatkowo, w ramach tej inicjatywy, istnieje także strona internetowa poświęcona edukacji w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu.

Głównym celem realizacji zadania jest zwiększenie dostępu do specjalistycznego poradnictwa dla osób uzależnionych od nikotyny, w tym zwiększenie liczby osób korzystających ze specjalistycznego poradnictwa, podniesienie poziomu kompetencji zawodowych pracowników TPPP oraz zwiększenie liczby skierowań palących pacjentów do TPPP przez lekarzy i personel medyczny POZ oraz pracowników instytucji pomocowych, edukacyjnych i ochrony zdrowia mających kontakt z palącymi osobami.

Zadanie obejmuje realizację szkoleń w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny, przeznaczonych dla lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników ochrony zdrowia, którzy dotychczas nie prowadzili tego rodzaju interwencji. Szkolenia realizowane są w całej Polsce.

Szczególny nacisk kładziony jest na organizację szkoleń w tych regionach kraju, gdzie nie ma dostępu do specjalistycznego poradnictwa stacjonarnego w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu oraz udział uczestników z małych miejscowości.

W 2021 r. zorganizowano 2 szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych, w których udział wzięły 74 osoby m.in. przedstawiciele ochrony zdrowia, lekarze i pielęgniarki, fizjote-

rapeuci, dietetycy. 87% (64 osoby) uczestników uzyskało pozytywny wynik egzaminu.

W programie kursu nacisk został położony na naukę praktycznych umiejętności prowadzenia poradnictwa dla osób uzależnionych od nikotyny. W 2022 r. zrealizowano łącznie 10 szkoleń dla personelu medycznego – 6 szkoleń on-line i 4 spotkania stacjonarne.

Na indywidualne prośby uczestników dopuszczana była również możliwość realizacji szkolenia offline z wykorzystaniem nagranych materiałów edukacyjnych. Od maja 2022 r. w programie szkoleń uwzględniano również treści dotyczące prewencji pierwotnej nowotworów. W 2022 roku w szkoleniu offline uczestniczyło 29 osób. Łącznie przeszkolono 504 osoby.

W ramach zadania prowadzona jest także Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP), która działa już od ponad 20 lat. Jej celem jest zapewnienie pomocy osobom uzależnionym od nikotyny w zaprzestaniu palenia.

W 2021 r. prowadzono poradnictwo proaktywne i reaktywne - udzielono łącznie 7478 konsultacji, w tym: 5785 reaktywnych (5176 dzwoniących na numer poradni i 609 połączenia od osób objętych serwisem proaktywnym) oraz 1693 proaktywnych (realizowane dla osób przesyłających zgłoszenie na stronę internetową oraz pacjentów onkologicznych zgłaszanych przez personel NIO-PIB).

Do TPPP poprzez stronę internetową [www.jakrzucicpalenie.pl](http://www.jakrzucicpalenie.pl) zgłosiło się 1145 osób. W 2022 r. poradnia pracowała przez 251 dni roboczych, udzielono łącznie 6725 konsultacji, w tym: 5713 reaktywnych i 1012 proaktywnych.

Od dnia 28.08.2022 r. aktywowana została nowa wersja systemu obsługującego Infolinię, która umożliwia gromadzenie w jednej bazie danych dotyczących serwisu reaktywnego (połączenia przychodzące) i proaktywnego (połączenia wychodzące). Kontynuowano prowadzenie bazy danych osób korzystających z usług TPPP. W 2022 r. członkowie zespołu TPPP uczestniczyli w cyklu 3 szkoleń, które stanowiły rozwinięcie dotychczasowej ścieżki edukacyjnej oraz w 5 zagranicznych konferencjach naukowych.

Ponadto należy podkreślić, że w wydanej 29 grudnia 2023 r. Rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny) wskazano, że Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB) im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie realizuje ogólnopolskie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny (wcześniej: ZUT - Zespół Uzależnienia od Tytoniu) oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych.

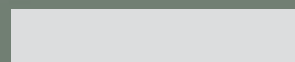
Wśród zalecanych w Rekomendacji działań dotyczących szkoleń personelu medycznego wskazano, że należy zachęcać i informować personel medyczny zatrudniony w podmiotach leczniczych funkcjonujących na terenie JST (Jednostek Samorządu Terytorialnego) o dostępnych szkoleniach w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnień od nikotyny. W tym celu należy w pierwszej kolejności wypromować i przedstawić ofertę szkoleń realizowanych przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy: Szkolenie personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny: <https://szkoleniazut.coi.pl/>.

## PODSUMOWANIE

Wyzwania związane z paleniem tytoniu zostały zaadresowane w najważniejszych dokumentach dotyczących polityki zdrowotnej państwa oraz zdrowia publicznego. Niestety efektywność działań w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu była do tej pory niska. Aktualnie w Polsce działają tylko 3 wyspecjalizowane, pełnoprofilowe ośrodki zajmujące się leczeniem zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT). Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP) działająca od wielu lat udziela rocznie między 6000 - 9200 konsultacji na 8 000 000 palących osób. Oznacza, że zwraca się do niej rocznie ok. 1‰ palaczy w Polsce. Jednocześnie, liczba przedstawicieli personelu medycznego uczestnicząca w szkoleniach jest niewielka, w 2022 r. zrealizowano łącznie 10 szkoleń – 6 szkoleń on-line i 4 spotkania stacjonarne, łącznie szkoląc 504 osoby. Pokazuje to, że profilaktyka i edukacja zdrowotna pozostaje w praktyce nadal na marginesie polityk zdrowotnych i jest także niedostatecznie finansowana.

# 07

## STRATEGIE OGRANICZENIA PALENIA PAPIEROSÓW - DOŚWIADCZENIA MIĘDZYNARODOWE



# 7.1

## RAPORT ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA (WHO) Z 2024 ROKU

Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała 16 stycznia 2024 roku „Globalny raport WHO na temat trendów w rozpowszechnieniu używania tytoniu w latach 2000–2030”.<sup>13</sup>

W raporcie, WHO podkreśla, że postęp w ograniczaniu używania tytoniu jest kluczowym wskaźnikiem pomiaru wysiłków krajów na rzecz wdrożenia Ramowej Konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu i jest określony jako cel 3a w ramach Agendy Celów Zrównoważonego Rozwoju.

W uznaniu globalnego zagrożenia, jakie używanie tytoniu stanowi dla zdrowia publicznego, Ramowa Konwencja WHO o ograniczeniu użycia tytoniu (WHO FCTC) była pierwszym światowym traktatem zdrowotnym wynegocjowanym pod auspicjami WHO, który został przyjęty w 2003 r. Stronami tego traktatu są 182 kraje i UE. Tylko 11 państw członkowskich WHO nie podpisało traktatu.

W opublikowanym raporcie przedstawiono szacunki WHO dotyczące rozpowszechnienia używania tytoniu w 2022 r., liczby użytkowników i tendencji przewidywanych do 2030 r. Szacunki dotyczą poziomu globalnego, regionalnego i krajowego. Należy podkreślić, że wiele krajów wyznacza własne cele w zakresie ograniczenia używania tytoniu i samodzielnie oblicza trendy i prognozy dotyczące używania tytoniu.

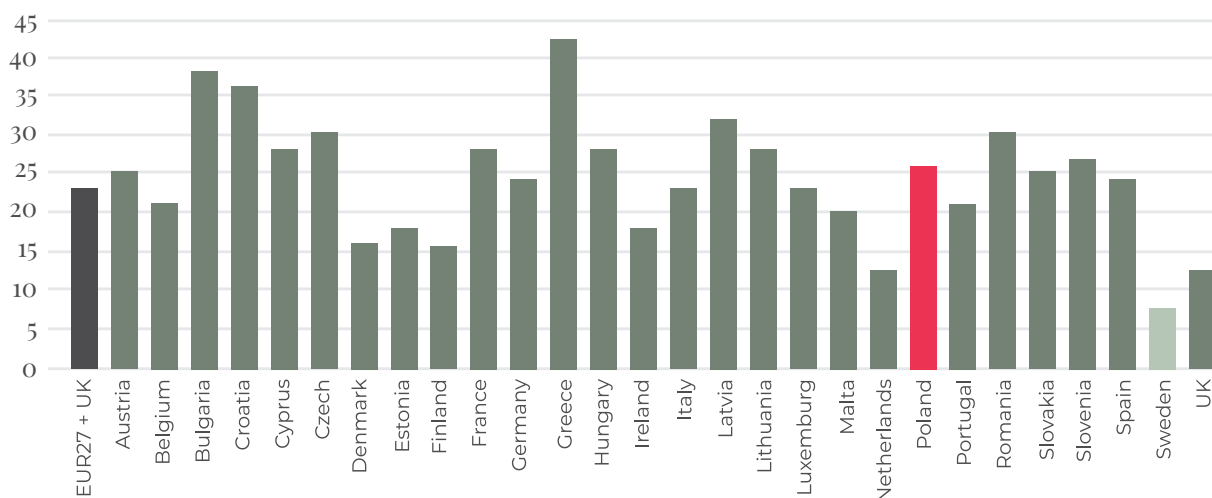
W konkluzji raportu podkreślono, że choć w większości krajów odnotowano spadek liczby osób palących, można się spodziewać, że liczba zgonów spowodowanych paleniem tytoniu utrzyma się na wysokim poziomie. Rosnąca obecnie liczba zgonów z powodu chorób odtytoniowych nie jest jednak oznaką niepowodzenia, ponieważ kraje wdrażające rygorystyczne środki kontroli używania tytoniu mogą dopiero po wielu latach, od zmiany wskaźnika osób palących, odnotować wyraźny spadek liczby zgonów spowodowanych paleniem tytoniu.

Główny wpływ na tendencję używania tytoniu w każdym kraju mają działania, jakie dany kraj inwestuje w kontrolę tytoniu. Wysiłki te powinny rozpocząć się od przyjęcia całościowego programu rządowego działań wielosektorowych w celu ograniczenia używania tytoniu, zgodnie z wytycznymi WHO.

| <sup>13</sup> WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030



## WSKAŹNIKI OSÓB PALĄCYCH W KRAJACH EUROPEJSKICH (% POPULACJI DOROSŁEJ)



Źródło: Eurobarometr 2022

Wiele krajów europejskich aktualizuje strategie antytytoniowe, w ramach których, oprócz zakazu reklamy papierosów tradycyjnych, zakazu palenia w miejscach publicznych, restrykcji dot. wyglądu opakowań oraz edukacji zdrowotnej, oferuje się szeroki zakres usług i programów wsparcia dla osób chcących rzucić palenie, w tym dostęp do darmowych porad lekarskich, zastępczej terapii nikotynowej i innych metod pomagających w rzuceniu, w tym redukcji palenia tytoniu (np. Finlandia, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania czy Republika Czeska).

W dalszej części raportu przytoczono przykłady skutecznych polityk antytytoniowych oraz inicjatyw, które kompleksowo traktują problem walki z uzależnieniem od palenia tytoniu.



# 7.2

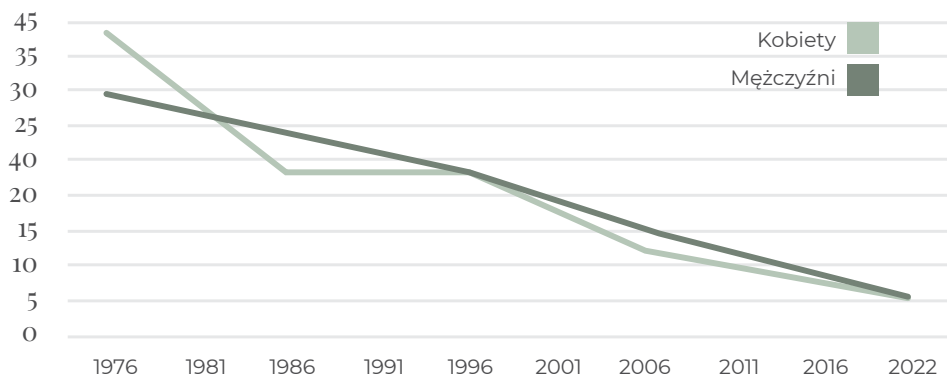
## DOŚWIADCZENIA SZWECJI

W przedstawionym powyżej raporcie WHO na temat tendencji w rozpowszechnieniu używania tytoniu w latach 2002–2030 wskazano, że do 2030 r. Szwecja miała zdecydowanie najniższy wskaźnik palenia w Europie wraz z Wielką Brytanią i Islandią, które również prowadzą liberalną politykę w zakresie alternatywnych wyrobów nikotynowych.

Szwecja jest obecnie o krok od osiągnięcia docelowego poziomu używania tradycyjnych wyrobów tytoniowych, wydzielających dym podczas spalania, wyznaczonego przez WHO (< 5% populacji palących papierosy tradycyjne), przy którym kraj może oficjalnie ogłosić, że jest wolny od dymu tytoniowego. Będzie to pierwszy rozwinięty kraj na świecie, który osiągnie ten cel dzięki polityce, która zapewniła akceptowalność, dostępność i przystępność alternatywnych produktów nikotynowych dla dorosłych palaczy.

**Szwedzki model łączy w sobie zalecenia Ramowej Konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu, obejmujące ograniczenie podaży i popytu na papierosy, zakaz palenia w niektórych miejscach, dodając jednocześnie ważny element: akceptację produktów bezdymnych jako mniej szkodliwych alternatyw dla tradycyjnych papierosów.**

### WSKAŹNIK OSÓB PALĄCYCH PAPIEROSY (TRADYCYJNE) W SZWECJI (% POPULACJI DOROSŁEJ)



Źródło: Statystyki The Public Health Agency of Sweden, Use of tobacco and nicotine products (self-reported) by age, gender and year.

W porównaniu z resztą Unii Europejskiej, Szwecja odnotowuje o 44% mniej zgonów spowodowanych paleniem tytoniu. Wskaźnik zachorowań na raka płuca jest o 41% niższy niż średnia dla UE, rejestruje się też o 38% mniej zgonów spowodowanych innymi nowotworami.

W raporcie opublikowanym w 2023 roku „Przykład Szwecji - Plan działania na rzecz społeczeństwa wolnego od dymu”<sup>14</sup>, międzynarodowa grupa badawcza ds. Szwecji wolnej od dymu tytoniowego (Smoke Free Sweden) rekomenduje dla osiągnięcia znacznego zmniejszenia rozpowszechnienia palenia tytoniu następujące kroki:

- 1. Zasadnicze rozróżnienie między palnymi i niepalnymi formami tytoniu i nikotyny:** Uznanie dowodów na to, że alternatywy bezdymne są rzeczywiście mniej szkodliwe i niosą ze sobą mniejsze ryzyko niż palenie, w połączeniu ze wsparciem i zachętą do zmiany dla palaczy, którzy nie mogą lub nie chcą rzucić palenia.
- 2. Zróznicowanie ryzyka pomiędzy różnymi formami wyrobów tytoniowych i nikotynowych:** Rząd Szwecji zwrócił się ostatnio o rozpoznanie i odwzorowanie „względnego ryzyka” wszystkich kategorii wyrobów tytoniowych i nikotynowych. Mogłoby to ułatwić przekazywanie konsumentom dokładniejszych informacji o ryzyku, umożliwiając palaczom lepsze zrozumienie względnego ryzyka i staranniejszy wybór najskuteczniejszego dla nich produktu antynikotynowego. Złotym standardem pozostaje oczywiście całkowite odstawienie przez konsumentów wszelkich form tytoniu i nikotyny.
- 3. Dostęp do bezdymnych alternatyw dla papierosów:** Same środki służące bezwzględnemu ograniczeniu używania tytoniu nie są wystarczające. Dostęp do alternatywnych produktów niewydzielających dymu jest niezwykle ważny. W Szwecji dostępne są snusy, doustne saszetki z nikotyną, e-papierosy i podgrzewany tytoń.
- 4. Edukacja społeczeństwa w zakresie alternatywnych rozwiązań antynikotynowych:** Żaden produkt nie jest wolny od ryzyka, ale możliwość osiągnięcia redukcji ryzyka o 95% lub więcej przełoży się na znaczące korzyści dla palaczy, którzy rzucą palenie tytoniu. Dlatego palacze potrzebują dostępu do opartych na dowodach naukowych informacji o lepszych alternatywach dla tradycyjnych papierosów, zwłaszcza w obliczu dezinformacji na temat ich bezpieczeństwa.
- 5. Akceptacja przez konsumentów:** Rozwiązania antynikotynowe muszą być również powszechnie akceptowane przez osoby palące jako stanowiące lepszą alternatywę dla papierosów. Aby tak się stało, produkty te powinny zapewniać podobny poziom satysfakcji i być preferowane przez palaczy - co oznacza zapewnienie konsumentom szerokiej gamy smaków i stężeń nikotyny. W skrócie, potrzebne jest wyraźne rozróżnienie między podejściem do papierosów a produktów alternatywnych, które ułatwi palaczom zmianę przyzwyczajeń.
- 6. Przystępność cenowa:** Strategia powinna wspierać przyjęcie alternatywnych rozwiązań dla produktów o zmniejszonej szkodliwości i wolnych od dymu tytoniowego poprzez uczynienie ich bardziej przystępnymi cenowo niż najbardziej szkodliwe papierosy. Oznacza to niską lub zerową akcyzę na alternatywy bezdymne, co z kolei eliminuje finansowe bariery dla odejścia od palenia papierosów dla konsumentów.

<sup>14</sup> A Swedish Experience. A roadmap to a smoke free society: <https://smokefreesweden.org/wp-content/themes/smokefreesweden/assets/pdf/reports/Report%20The%20Swedish%20Experience%20EN.pdf>

# 7.3

## DOŚWIADCZENIA WIELKIEJ BRYTANII

Aktualne dane Urzędu Statystyk Krajowych (ONS) pokazują, że w 2022 r. odsetek palących dorosłych w Wielkiej Brytanii spadł do rekordowo niskiego poziomu.<sup>15</sup> Około **1 na 8 (12,9%) osób w Wielkiej Brytanii w wieku 18 lat i więcej paliło** papierosy, co stanowi równowartość około 6,4 miliona osób. Jest to najniższy odsetek palaczy od rozpoczęcia gromadzenia danych na potrzeby rocznego badania populacji (APS) w 2011 r. i jest zgodny z utrzymującą się tendencją spadkową w zakresie palenia tytoniu w ostatnich latach. Odsetek obecnych palaczy w Wielkiej Brytanii spadł z 13,3% w 2021 r. i o 7,3% w porównaniu z 2011 r., kiedy paliła około jedna piąta (20,2%) populacji.

W 2023 roku rząd brytyjski rozpoczął realizację programu „Zamień, by przestać” (ang. „Swap to stop”), zachęcający palaczy do przechodzenia na wyroby alternatywne w ramach tzw. polityki redukcji szkód, który ma przyczynić się do tego, że w 2030 r. Wielka Brytania ma stać się krajem wolnym od dymu papierosowego<sup>16</sup>. Oznacza to, że papierosy tradycyjne będzie palić mniej niż 5% dorosłej populacji. To pierwszy tego typu innowacyjny program na świecie, dlatego prezentujemy jego założenie w niniejszym raporcie.

Public Health England (obecnie Brytyjska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowia (UKHSA), agenda podlega brytyjskiemu ministerstwu zdrowia, podkreśla w swoich raportach dotyczących palenia, że alternatywy dla papierosów (e-papierosy oraz podgrzewacze tytoniu) – są mniej szkodliwą formą dostarczania palaczom nikotyny niż tradycyjne papierosy.

Program „Swap to Stop” zakłada, że milion palaczy zostanie zachęconych do zamiany papierosów tradycyjnych na e-papierosy. W związku z tym, 1 na 5 palaczy w Wielkiej Brytanii otrzyma zestaw startowy do waporyzacji wraz ze wsparciem behawioralnym, które pomoże im rzucić nałóg. Władze lokalne opracują programy odpowiadające ich potrzebom, w tym podejmą decyzję, którym populacjom nadać priorytet. Brytyjski rząd szacuje, że program „Swap to stop” będzie kosztował budżet państwa około 45 mln funtów. Jest sfinansowany z budżetu ministerstwa zdrowia, a zarządzany przez władze lokalne.

Strategia prowadząca do zmniejszenia populacji osób palących papierosy realizowana jest w Wielkiej Brytanii także przez National Health Service (NHS) czyli agendą odpowiedzialną za system opieki zdrowotnej finansowaną ze środków publicznych, obejmującą państwową służbę zdrowia w Anglii, Szkocji i Walii.

<sup>15</sup> <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/drugusealcoholandsmoking>

<sup>16</sup> <https://www.gov.uk/government/news/smokers-urged-to-swap-cigarettes-for-vapes-in-world-first-scheme>

NHS organizuje i finansuje bezpłatne lokalne punkty pomocy w rzucaniu palenia, w których osoby palące otrzymują odpowiednie wsparcie, dzięki któremu istnieje 3 razy większe prawdopodobieństwo, że osoba paląca zaprzestania palenia na stałe.<sup>16</sup>

Na oficjalnych stronach NHS udostępniona jest bezpłatna aplikacja „NHS Quit Smoking”, która jest elementem pomocy w rzucaniu nałogu palenia i umożliwia obserwację postępów w terapii, analizę zaoszczędzonych środków finansowych oraz zapewnia codzienne wsparcie motywacyjne.<sup>17</sup> Ponadto na swojej stronie NHS w formie bazy wiedzy - pytań i odpowiedzi przedstawia aktualne wyniki badań naukowych Cochrane, renomowanej brytyjskiej organizacji, utworzonej w celu syntezy wyników badań medycznych w celu ułatwienia opartych na dowodach wyborów dotyczących interwencji zdrowotnych.

### WYBRANE INFORMACJE NHS NA TEMAT BADAŃ NAUKOWYCH ZWIĄZANYCH Z PALENIEM PAPIEROSÓW:

- Nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) ma na celu zastąpienie nikotyny, którą osoby palące uzyskują w trakcie palenia papierosów, dzięki czemu zmniejsza się potrzeba zapalenia papierosa i zwiększa szansa na rzucenie palenia w porównaniu z placebo.
- Osoby palące mają takie same szanse na skuteczne rzucenie palenia, niezależnie od tego, czy użyją plastra nikotynowego, czy innego rodzaju NTZ, np. gumy, pastylek do ssania lub aerozolu do nosa.
- Elektroniczne papierosy umożliwiają wdychanie nikotyny w postaci pary zamiast dymu. E-papierosy nie narażają palących na taki sam poziom szkodliwych substancji chemicznych jak konwencjonalne papierosy, ponieważ nie dochodzi do spalania tytoniu.
- Spośród środków wspomagających rzucenie palenia dostępnych obecnie w Wielkiej Brytanii, nikotynowe e-papierosy najprawdopodobniej pomogą ludziom rzucić palenie na dłużej, jeśli następnie zastosowane będą dwa rodzaje nikotynowej terapii zastępczej na raz (plaster nikotynowy plus inny rodzaj, taki jak guma lub pastylki do ssania).
- E-papierosy (z nikotyną lub bez) mogą powodować niepożądane skutki. Najczęściej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi są podrażnienie gardła lub jamy ustnej, ból głowy, kaszel i nudności. Wydaje się, że skutki te zmniejszają się z biegiem czasu, gdy ludzie kontynuują używanie e-papierosów. Dowody wskazują, że niewiele osób doświadcza poważnych szkód zdrowotnych, ponieważ jednak wapowanie jest zjawiskiem całkiem nowym, nie ma jeszcze twardych danych o długoterminowych skutkach używania e-papierosów.
- Wareniklina i cytyzyna to leki pomagające rzucić palenie. Działają poprzez aktywację receptorów nikotynowych w mózgu (które są aktywowane przez nikotynę w celu uwolnienia dopaminy) i zapobiegają dalszej aktywacji tych receptorów przez nikotynę. W ten sposób łagodzą objawy odstawienia i zmniejszają „nagradzające” mechanizmy palenia. Obok e-papierosów są najskuteczniejszymi środkami pomagającymi w rzuceniu palenia.
- Najczęstszym niepożądanym działaniem warenikliny są nudności, ale są one przeważnie łagodne lub umiarkowane i zwykle ustępują z czasem. Wareniklina lub cytyzyna mogą powodować inne niepożądane skutki, takie jak problemy żołądkowe, trudności ze snem i bóle głowy. Poważne skutki uboczne mogą zdarzać się rzadko.
- Bupropion to rodzaj leku stosowanego w leczeniu depresji (lek przeciwdepresyjny), który został

<sup>16</sup> <https://www.gov.uk/government/news/smokers-urged-to-swap-cigarettes-for-vapes-in-world-first-scheme>

<sup>17</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>

również przetestowany jako możliwa metoda leczenia pomagająca rzucić palenie. Bupropion może być mniej skuteczny w rzucaniu palenia niż e-papierosy lub połączenie produktów NTZ (plaśter nikotynowy i inna forma, np. guma nikotynowa).

- Wsparcie behawioralne może obejmować: porady i doradztwo dotyczące sposobów ułatwienia rzucenia palenia; informacje o tym, dlaczego i jak przestać; lub łącznie. Takie wsparcie może być udzielane w formie sesji grupowych lub indywidualnych. Niektóre osoby mogą zdecydować się na skorzystanie ze wsparcia behawioralnego zamiast – stosowania NTZ lub innych leków.
- Dowody na temat korzyści są najsilniejsze w przypadku jakiegokolwiek formy poradnictwa, w przypadku której ludzie otrzymują pieniądze za skuteczne rzucenie palenia (na przykład w ramach programów prowadzonych w miejscach pracy lub klinikach). Prawdopodobnie pomaga także wsparcie behawioralne za pomocą wiadomości tekstowych; dostosowanie wsparcia do osoby lub grupy prawdopodobnie nieznacznie pomaga; podobnie jak wsparcie skupione na tym, jak rzucić palenie.
- Uzyskanie (dodatkowego) wsparcia behawioralnego podczas stosowania leków wspierających rzucenie palenia (takich jak NTZ) może zwiększyć szansę na rzucenie palenia.
- Jeśli nie jest dostępna żadna inna pomoc, drukowane materiały samopomocy mogą zwiększyć szanse na rzucenie palenia w porównaniu z brakiem jakiegokolwiek pomocy.
- Kontakt z infolinią lub zapisywanie się w celu uzyskania teleporady od doradców lub pracowników służby zdrowia (w celu uzyskania porady, pomocy i informacji na temat rzucenia palenia) prawdopodobnie zwiększa szanse na rzucenie palenia.

W grudniu 2022 roku brytyjska agencja oceny technologii medycznych **NICE** (Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki) opublikowała aktualny **standard jakości opieki** obejmujący wsparcie i leczenie mające na celu rzucenie palenia i zaprzestanie używania tytoniu wraz ze strategią redukcji szkód dla osób, które nie są w stanie rzucić palenia.<sup>18</sup>

Standard ten zaktualizował i zastąpił standardy jakości opieki w zakresie rzucania palenia opublikowane w sierpniu 2013 r. oraz redukcji szkód opublikowane w lipcu 2015 r. Standardy są skierowane do personelu medycznego i obowiązują na obszarze Anglii i Walii.

## STANDARD JAKOŚCI OBEJMUJE 5 OBSZARÓW:

# 1.

### IDENTYFIKACJA OSÓB UŻYWAJĄCYCH TYTOŃ

Pacjenci powinni być pytani, czy używają tytoniu w kluczowych punktach kontaktu z pracownikami służby zdrowia lub opieki społecznej. Identyfikacja osób, które palą lub używają tytoń, daje możliwość uzyskania porady lub wsparcia w kwestii rzucenia palenia, a w razie potrzeby skierowania do poradni rzucania palenia. Rutynowe pytanie pacjentów o używanie tytoniu w kluczowych punktach kontaktu z opieką zdrowotną lub opieką społeczną daje również możliwość ponownego kontaktu z osobami, które wcześniej nie chciały rzucić palenia lub które mogły powrócić do nałogu po okresie abstynencji.

# 2.

### PORADA

Osoby używające tytoń powinny otrzymać porady dotyczące rzucenia palenia. Osobom palącym lub używającym tytoń bezdymny należy zalecić zaprzestanie palenia w sposób uwzględniający ich preferencje i potrzeby. Ważne jest, aby wyjaśnić, że dostępne jest

<sup>18</sup> <https://www.nice.org.uk/guidance/qs207>

wsparcie w rzucaniu palenia i zaoferować takowe, jakie dana osoba zaakceptuje, lub upewnić się, że dana osoba wie, gdzie może znaleźć wsparcie w przyszłości.

3.

#### WSPARCIE I LECZENIE UZALEŻNIENIA OD PALENIA TYTONIU

Osoby, które chcą rzucić palenia lub używanie tytoniu bezdymnego, powinny mieć dostęp do szeregu form wsparcia w odejściu od nałogu oraz leczenia, tak aby mogły dokonać własnego wyboru rodzaju interwencji w oparciu o swoje preferencje, sytuację zdrowotną i społeczną oraz wcześniejsze doświadczenia ze środkami wspomagającymi rzucanie palenia. Chociaż połączenie wsparcia behawioralnego z farmakoterapią, jeśli jest dostępna, krótko i długo działającą nikotynową terapią zastępczą lub e-papierosami zawierającymi nikotynę (odpowiednio do wieku danej osoby) z większym prawdopodobieństwem doprowadzi do pomyślnej próby rzucenia palenia, istotne będą również czynniki indywidualne i preferencje osoby palącej.

4.

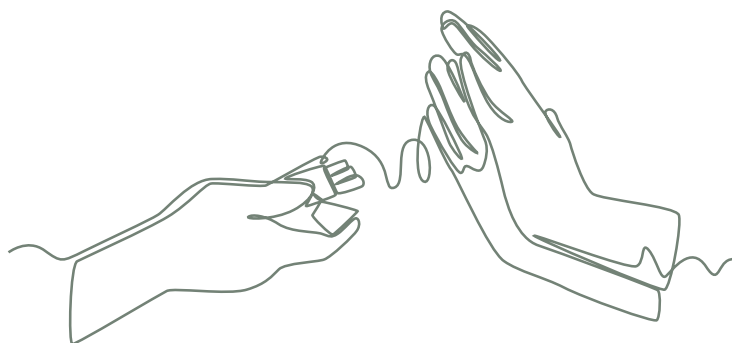
#### PODEJŚCIE POLEGAJĄCE NA REDUKCJI SZKÓD PALENIA

Osoby, które nie chcą lub nie są gotowe rzucić palenia tytoniu z dnia na dzień, otrzymują wsparcie polegające na redukcji szkód. Zaprzestanie używania tytoniu zmniejsza ryzyko rozwoju chorób związanych z paleniem tytoniu lub pogorszenia stanu zdrowia, jednak niektóre osoby mogą nie chcieć lub nie być gotowe na zaprzestanie palenia od razu. Ważne jest, aby wówczas były zachęcane i wspierane w przyjmowaniu podejścia ograniczającego szkody. Osoby, które ograniczają palenie, są bardziej skłonne do zaprzestania palenia w przyszłości. Podejście do redukcji szkód nie powinno odwracać uwagi od nadrzędnego celu, jakim jest zaprzestanie palenia tytoniu, ale powinno wspierać i rozszerzać zasięg oraz wpływ wsparcia na rzecz odejścia od palenia tytoniu.

5.

#### POMOC W ZAPRZESTANIU PALENIA W SZPITALU

Przyjęcie do szpitala wiąże się z kontaktem osób palących z pracownikami służby zdrowia, którzy mogą udzielić porady i pomóc w całkowitym lub czasowym rzuceniu palenia w trakcie przyjęcia do szpitala. Szpitale są środowiskami wolnymi od dymu tytoniowego, w których nie ma typowych zachęt do palenia, zatem stwarza okazję do rzucenia palenia. Plan długoterminowy NHS obejmuje działanie, zgodnie z którym wszystkim osobom przyjętym do szpitala, które palą, powinny zostać zaoferowane usługi leczenia antytytoniowego finansowane przez publicznego płatnika.



## WSPARCIE W RZUCANIU PALENIA TYTONIU NA ODDZIAŁACH RATUNKOWYCH<sup>19</sup>

Naukowcy z Uniwersytetu Anglii Wschodniej (UEA) z siedzibą w Norwich przeprowadzili badanie w sześciu oddziałach ratunkowych w Wielkiej Brytanii w okresie od stycznia do sierpnia 2022 r. 484 pacjentom, którzy palili codziennie, zaoferowano poradę doradcy ds. rzucania palenia, zestaw startowy e-papierosa oraz skierowanie do poradni rzucania palenia. Druga grupa 488 pacjentów otrzymała pisemną informację na temat dostępu do usług rzucania palenia, ale nie została skierowana bezpośrednio.

Badanie wykazało, że w przypadku osób skierowanych do poradnictwa wraz z otrzymaniem zestawu do wapowania, prawdopodobieństwo rzucenia palenia było o 76% większe w porównaniu z drugą grupą, przy czym 7,2% rzuciło palenie po sześciu miesiącach w porównaniu z 4,1% (w drugiej grupie).

Naukowcy stwierdzili, że należy rozważyć zapewnienie wsparcia na oddziałach ratunkowych, aby dotrzeć do populacji, która może nie angażować się rutynowo w usługi rzucania palenia, ale która jednocześnie może najwięcej zyskać na rzuceniu palenia.

Pobyt na oddziale ratunkowym stanowi zatem szansę na wsparcie pacjenta w rzuceniu palenia i zwiększenie prawdopodobieństwa na wyzdrowienie z choroby będącej przyczyną hospitalizacji, a także zapobiegnie przyszłym zachorowaniom.

Autorzy badania ocenili, że każdego roku ponad 22 000 dodatkowych osób może rzucić palenie dzięki takiemu podejściu.

Wyniki badania, które zostało sfinansowane przez Narodowy Instytut Badań nad Zdrowiem i Opieką (NIHR), zostały opublikowane w czasopiśmie Emergency Medicine Journal.



<sup>19</sup> Cessation of Smoking Trial in the Emergency Department (COSTED): a multicentre randomised controlled trial, BMJ Journal, <https://bmjopen.bmj.com/content/13/1/e064585>, 18.01.2024.



# 7.4

## NOWA STRATEGIA CZESKIEGO RZĄDU

W kwietniu 2023 roku Rząd Republiki Czech zatwierdził „Plan działania w zakresie polityki antyuzależnieniowej na lata 2023–2025”.<sup>20</sup>

Plan jest elementem Krajowej Strategii Zapobiegania Ograniczaniu Szkód Związanych z Zachowaniami związanymi z Uzależnieniami na lata 2019-2027 i opiera się na założeniach programowych rządu, który po raz pierwszy w historii zajął się kompleksowo rozwiązywaniem problemu uzależnień. W planie uwzględniono następujące problemy zdrowotne: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, używanie środków psychoaktywnych, używanie nielegalnych narkotyków i hazard.

**Filozofia czeskiego planu działania opiera się na podejściu redukcji szkód. Wyznacza ścieżkę racjonalnej regulacji i zapobiegania największym zagrożeniom, a nie nierealistyczną politykę abstynencji w całym społeczeństwie. Przewiduje także zwiększenie środków finansowych w obszarze świadczeń profilaktyczno-leczniczych, istotne zmiany systemowe w ich świadczeniu oraz regulację substancji uzależniających według stopnia ich szkodliwości.**

Ambicją jest wprowadzenie ściśle regulowanego rynku wybranych substancji uzależniających o udokumentowanym niższym ryzyku dla zdrowia publicznego oraz konopi indyjskich. Kształt regulacji jest obecnie przygotowywany przez grupę ekspertów. Plan działania przewiduje także presję na ograniczenie czarnego rynku, rewizję podatków od produktów uzależniających i ich skuteczne ściąganie, co może przynieść do budżetu państwa nawet 11-15 miliardów CZK rocznie. Wiąże się z tym temat efektywnego ustalania podatków od produktów o potencjale uzależniającym. Zgodnie z planem działań przy opodatkowaniu tych produktów należy uwzględnić różny stopień ich szkodliwości.

W planie działania stwierdzono, że w 2021 roku w republice Czeskiej codziennie paliło od 1,5 mln do 2,1 mln osób. W ostatnich latach odnotowano rosnącą popularność produktów alternatywnych, zwłaszcza papierosów elektronicznych i podgrzewanych wyrobów tytoniowych. Jednak nadal zgony w ciągu roku spowodowane przez palenie papierosów wynoszą od 16 do 18 tysięcy. Szacunkowa liczba osób palących mających kontakt z placówkami ochrony zdrowia specjalizującymi się w leczeniu uzależnień wynosi 2 tysiące. A szacowane koszty społeczne związane z uzależnieniem od palenia tytoniu wynoszą od 100 do 170 mld. koron czeskich rocznie.

<sup>20</sup> [https://vlada.gov.cz/assets/ppov/zavislosti/media/TZ-2023-04-05-Akni-plan-politiky-v-oblasti-zavislosti-2023\\_2025\\_fin.pdf](https://vlada.gov.cz/assets/ppov/zavislosti/media/TZ-2023-04-05-Akni-plan-politiky-v-oblasti-zavislosti-2023_2025_fin.pdf)

Obecnie wielkość środków wydatkowanych na utworzenie sieci usług i leczenia uzależnień w Czechach nie pozwalają na rozwiązanie bieżących problemów, takich jak:

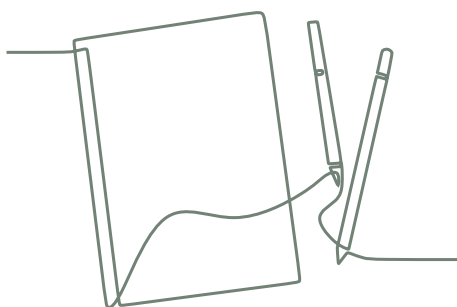
- rozdrobnione finansowanie systemu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu, tytoniu i nielegalnych narkotyków oraz hazardu,
- niska dostępność opieki dla osób uzależnionych od alkoholu i tytoniu.

Barriere systemowe i ograniczone środki finansowe utrudniają promowanie skutecznych, opartych na dowodach interwencji w zakresie uzależnień i czerpanie z doświadczeń z innych krajów, np.:

- innowacyjnego podejścia w zakresie redukcji szkód (np. programy kontrolowanej konsumpcji), nadzorowane programy alkoholowe, programy redukcji szkód rekreacyjnej konsumpcji substancji uzależniających, rozwój programu dystrybucji naloksonu, redukcja szkód dla użytkowników tytoniu),
- wspieranie nauki i badań w zakresie uzależnień, w tym badania kliniczne i obserwacyjne,
- ukończenie sieci poradni rzucania palenia i ośrodków leczenia uzależnienia od tytoniu,
- rozwój szkolnego systemu profilaktyki uzależnień.

#### **W konkluzji planu wskazano:**

- Aby skutecznie rozwiązać problem uzależnień, konieczne jest stosowanie ustalonej polityki na udowodnionej naukowo i wyważonej koncepcji zapobiegania ryzyku i redukcji szkód oraz zapewnienie wystarczającego finansowania usług w zakresie uzależnień i profilaktyki opartej na dowodach (programy i interwencje).
- Konieczne jest stopniowe zwiększanie zasobów w celu zapewnienia usług w obszarze profilaktyki i leczenia (w Czechach wydatki publiczne na leczenie uzależnień stanowią około 0,03% PKB) w porównaniu do poziomu krajów zachodnich (do 0,5% PKB), czy sąsiedniej Austrii (0,09% PKB).
- Plan działania zakłada zatem stopniowe zwiększanie środków z budżetu państwa na obszar profilaktyki i leczenia, aby zapewnić rozwój i ukończenie sieci leczenia uzależnień, z uwzględnieniem możliwości budżetu państwa.
- Oprócz zwiększenia budżetu, konieczne jest zapewnienie finansowania usług dla osób uzależnionych oraz dokonanie innych zmian systemowych w obszarze tworzenia i wspierania sieci poradni uzależnień.
- Przewiduje się utworzenie Agencji ds. Prewencji i Leczenia Uzależnień o silnej pozycji instytucjonalnej i odrębnym finansowaniu w budżecie państwa.
- Jednocześnie konieczne jest zaproponowanie ram prawnych faworyzujących mniej ryzykowne alternatywy tytoniu, a tym samym zmniejszenie częstości palenia papierosów i wyrobów tytoniowych spalających tytoń, minimalizując w ten sposób skutki palenia dotyczące zdrowia ludności w Republice Czeskiej, przy czym ich dostępność dla osób poniżej 18 roku życia będzie ograniczona.



## PODSUMOWANIE

Wybrane kraje europejskie, gdzie odsetek palaczy tytoniu spadał w ostatnich latach najwięcej (takich jak Szwecja, Wielka Brytania) przyjęły kompleksowe podejście do walki z uzależnieniem od tytoniu, uwzględniające zalecenia Ramowej Konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu, obejmujące m.in. ograniczenie podaży i popytu na tytoń oraz zakaz palenia w niektórych miejscach, ostrzeżenia na opakowaniach, przy jednoczesnym wdrożeniu strategii redukcji szkód, która dopuszcza stosowanie mniej szkodliwych alternatyw dla tradycyjnych wyrobów tytoniowych, przez osoby dorosłe, które nie są w stanie rzucić całkowicie używania tytoniu lub nikotyny. Kraje te wyznaczają ścieżkę racjonalnej regulacji i zapobiegania największym zagrożeniom dla utraty zdrowia swoich obywateli, wskazując za optymalny cel abstynencję, przy jednoczesnym zapewnieniu alternatywnych rozwiązań. Kraje te inwestują także znaczne środki w dofinansowanie świadczeń profilaktyczno-leczniczych, szeroki dostęp do punktów pomocy osobom uzależnionym oraz regulację substancji uzależniających według stopnia ich szkodliwości.

# 08

## STYGMATYZACJA PACJENTÓW PALĄCYCH PAPIEROSY I DOŚWIADCZENIA PACJENTÓW W RZUCANIU PALENIA



Osoby, u których wystąpiły choroby związane z paleniem tytoniu są często poddane krytyce, zarówno osób z najbliższego otoczenia, jak i innych grup społecznych, np. pracowników opieki zdrowotnej.

Sama choroba (np. nowotworowa) jest już dużym obciążeniem dla systemu nerwowego i kondycji psychicznej, a w przypadku kiedy dochodzi do piętnowania społecznego, mogą pojawić się u tych pacjentów zaburzenia nastroju oraz zaburzenia lękowe - fobie społeczne, zespół lęku uogólnionego oraz zespół lęku panicznego, który w tym przypadku bywa określany jako „panika oddechowa”. Pacjent z zaburzeniami nastroju np. depresją, odczuwa ogromny smutek, samotność, niezgodę na zaistniałą sytuację, lęk, bezsilność, utratę kontroli nad swoim życiem.

W 2022 roku Fundacja „Wygrajmy Zdrowie” opublikowała raport *Palenie a stygmatyzacja pacjentów z rakiem płuca*.<sup>21</sup> Wskazano w nim, że w opinii społecznej pacjenci chorujący na raka płuca są powszechnie napiętnowani ze względu na związek tego nowotworu z paleniem tytoniu. Choć wiele nowotworów i innych chorób jest również związanych ze stylem życia i codziennymi nawykami, to w opinii publicznej, najczęściej, to pacjenci z rakiem płuca są obwiniani za swoje wybory (palenie tytoniu).

W raporcie przedstawiono wyniki szeregu badań i opracowań zarówno polskich jak i międzynarodowych potwierdzających występowanie i konsekwencje zjawiska stygmatyzacji pacjentów z powodu palenia tytoniu. W szczególności w badaniu *Multilevel Opportunities to Address Lung Cancer Stigma across the Cancer Control Continuum*, opublikowanym w *Journal of Thoracic Oncology* podkreślono, że w wielu krajach wysiłki mające na celu zmniejszenie społecznej akceptacji dla palenia zaowocowały, co prawda, obniżeniem wskaźników palenia (np. Finlandia, USA), jednak zdarzało się, że kampanie antynikotynowe, doprowadziły w dłuższej perspektywie, do niezamierzonej „demonizacji” i stygmatyzacji chorych.

W raporcie Fundacji „Wygrajmy Zdrowie” podkreślono, że **w komunikacji lekarz-pacjent często brakuje empatii i zrozumienia dla faktu, że pacjent zmagając się z uzależnieniem od tytoniu i nikotyny.** Dlatego ważne jest, aby kontakt personelu medycznego był nieoceniający, tak aby chorzy nie czuli się obwiniani. Negatywne emocje, depresja, kryzys psychiczny, które często mają miejsce po diagnozie nowotworu, mogą być spotęgowane krytyczną postawą innych. To wszystko ma negatywny wpływ na odporność i siły organizmu do walki z chorobą, ale także na motywację i zaangażowanie samego pacjenta w proces leczenia zarówno choroby podstawowej, jak i uzależnienia od tytoniu.

Nawet przypadkowe pytania znajomych na temat historii palenia mogą powodować znaczny dyskomfort u pacjenta i zwiększać jego poczucie winy, które rodzi ryzyko problemów ze zdrowiem psychicznym. Potrzebna jest zatem edukacja społeczna na temat tego, że związek palenia tytoniu z rakiem płuca nie jest jednowymiarowy i nie jest wyłączną winą pacjenta.

Kontynuując ten ważny temat, Fundacja Wygrajmy Zdrowie wraz z Sekcją Raka Płuca Fundacji TO SIĘ LECZY przeprowadziła w 2022 roku anonimowe badanie ankietowe w formule online wśród 190 pacjentów, którzy chorują bądź chorowali na raka płuca. Jego celem było poznanie czy pacjenci w Polsce doświadczają stygmatyzacji, zarówno w przypadku osób palących jak i niepalących.

#### **Wnioski z badania wskazują:**

- U większości pacjentów, którzy przed diagnozą nowotworu paliło papierosy, palenie miało charakter nałogowy (codziennie) – 87% badanych. 26% respondentów deklaruje, że kontynuuje palenie papierosów po diagnozie raka płuca. 38% respondentów wypalało paczkę lub więcej papierosów, natomiast ok. 59% wypalało od kilku do kilkunastu papierosów na dobę.

<sup>21</sup> [https://tosieleczy.pl/wp-content/uploads/2022/05/Raport-FWZ-TSL-stygmatyzacja-pacjentow-z-RP\\_310522.pdf](https://tosieleczy.pl/wp-content/uploads/2022/05/Raport-FWZ-TSL-stygmatyzacja-pacjentow-z-RP_310522.pdf)

- 34% pacjentów zadeklarowało, że było podmiotem stygmatyzacji ze strony innych osób, w tym najczęściej ze strony personelu medycznego (64%), przyjaciół i znajomych (40%) oraz nieznanym (36%) i rodziny (34%).
- Stygmatyzacja i piętnowanie najczęściej dotyczyło: postrzegania pacjenta, jako osoby odpowiedzialnej za chorobę (67%), komentarzy ze strony personelu medycznego na temat wpływu palenia na chorobę (45%) oraz stwierdzeń, że pacjent, który palił, sam powinien płacić za swoje leczenie (21%).
- Połowa respondentów odczuwała poczucie winy w związku ze swoją chorobą. Za główne przyczyny poczucia winy pacjenci wskazywali: długi czas palenia tytoniu (63%), poczucie, że można było o siebie lepiej zadbać (50%), jak również, bagatelizowanie objawów, obwinianie ze strony innych osób.
- Około 14% pacjentów wskazało, że stygmatyzacja miała wpływ na ich decyzje związane z diagnostyką i leczeniem. Najczęściej respondenci wskazywali zwleknięcie z rozpoczęciem diagnostyki (56%), zwleknięcie z rozpoczęciem leczenia (13%) oraz niepodjęcie diagnostyki i leczenia (13%).
- Podobnie około 14% pacjentów wskazało, że poczucie winy miało wpływ na ich decyzje terapeutyczne, w wyniku czego, przeważająca liczba respondentów opóźniła decyzje o podjęciu leczenia (58%).

Autorzy raportu przedstawili szereg wniosków i rozwiązań mających na celu zminimalizowanie wpływu palenia tytoniu na zdrowie oraz zmniejszenie stygmatyzacji pacjentów, jak m.in.:

- zapewnienie dostępu do kompleksowego wsparcia pacjentów w procesie diagnostyki i leczenia raka płuca w Polsce.
- edukację społeczeństwa jak i pacjentów po diagnozie nowotworu na temat skutków palenia tytoniu.
- edukację społeczną na temat objawów raka płuca oraz wczesnej diagnostyki raka płuca (szczególnie wśród osób palących tytoń lub mających przypadki nowotworu w rodzinie).
- zapewnienie dostępu do systemowego wsparcia w rzucaniu tytoniu.
- edukację personelu medycznego na temat komunikacji z pacjentem mającą na celu zminimalizowanie stygmatyzacji i piętnowania.
- edukację personelu medycznego na temat wsparcia pacjenta w rzucaniu palenia.



## PODSUMOWANIE

Pacjenci z chorobami związanymi z paleniem tytoniu (jak np. rak płuca) często doświadczają krytyki i stygmatyzacji społecznej, co dodatkowo obciąża odporność psychofizyczną organizmu.

Badania potwierdzają, że piętnowanie może prowadzić do zaburzeń nastroju, lęków i poczucia winy oraz braku motywacji do leczenia. Dlatego wsparcie społeczne oraz odpowiednia edukacja na temat natury uzależnienia od palenia tytoniu (nikotyny), są kluczowe dla minimalizowania tego problemu i zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom z chorobami odtytoniowymi.





# 09

## PROBLEM PALENIA PAPIEROSÓW WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY

---



**W Polsce, rocznie rozpoczyna palenie papierosów ok. 180 000 młodych osób do 18. roku życia.<sup>22</sup> Szacuje się, że dzieci i młodzież wypalają w ciągu roku ok. 4 mld sztuk papierosów, co sprawia, że jest to istotny problem społeczny i zdrowotny.**

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przeprowadził na przełomie 2019 i 2020 roku *Badanie Używania Nikotyny przez Polską Młodzież PolNicoYouth*. To pierwsze od wielu lat badanie reprezentatywne dla polskiej młodzieży ze szkół ponadpodstawowych.<sup>23</sup> Wzięło w nim udział prawie 17 000 uczniów z całej Polski. Badanie przeprowadzono metodą CAWI i jego wyniki zostały przedstawione na rządowych stronach internetowych <https://pacjent.gov.pl>.

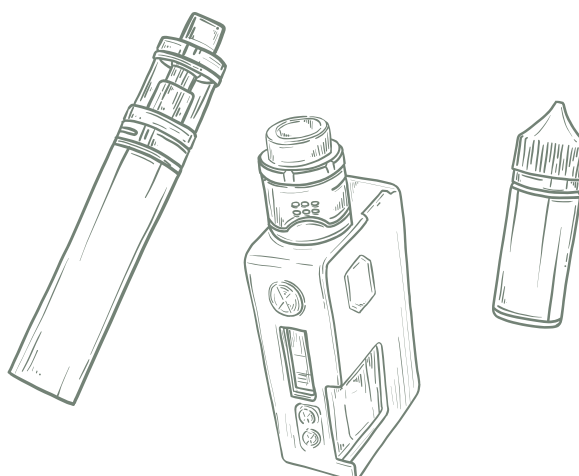
Palenie papierosów jest szkodliwe dla każdego organizmu, zwłaszcza młodego, nie tylko z uwagi na zawartą w nich nikotynę, ale też na znajdujące się w dymie substancje smoliste, tlenek węgla i inne związki wyzwalane w procesie palenia. Konsekwencje zdrowotne ma także wapowanie (palenie e-papierosów), używanie papierosów bezdymnych (podgrzewaczy tytoniu) oraz tzw. bierne palenie, które ma miejsce, jeśli stale przebywamy z palaczami.

W publikacji wskazano, przyczyny rozpoczęcia palenia przez młodzież:

- uważają, że nawyk ten jest oznaką ich dorastania i samodzielności, czują się dorośle,
- myślą, że będą bardziej atrakcyjni, gdy trzymają papierosa,
- naśladować swoich przyjaciół, którzy palą lub swojego idola,
- buntują się i chcą w ten sposób pokazać swoją złość na otoczenie i sprzeciw wobec dorosłych,
- wierzą, że papierosy uspokajają i pomagają w depresyjnych momentach,
- chcą schudnąć i myślą, że papieros im w tym pomoże,
- ulegają reklamom, modom, innowacyjnym produktom.

Wyniki badania potwierdziły, że choć pierwszy papieros najczęściej nie smakuje nastolatkom, to niestety szybko wpadają w nałóg, ponieważ nikotyna jest jedną z najbardziej uzależniających substancji psychoaktywnych.

Oprócz tradycyjnych papierosów istnieje wiele różnych produktów tytoniowych i beztytoniowych, które także uzależniają (szysza, tytoń do samodzielnego skręcania, e-papierosy, podgrzewacze tytoniu). Tymczasem, nie podjęcie palenia lub jego zaprzestanie, jest często trudne, wymaga przekonania o szkodliwości palenia, a także silnej osobowości oraz umiejętności opierania się modom czy propozycjom przyjaciół.



<sup>22</sup> <https://pulsmedycyny.pl/nieletni-w-polsce-wypalaja-rocznie-ok-4-mld-sztuk-papierosow-powinny-byc-dozwolone-od-21-roku-zycia-1200796>

<sup>23</sup> <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M-2.pdf>

### JAK PALĄ POLSKIE NASTOLATKI?

- ponad 60% uczniów i prawie połowa 15-latków ma już za sobą pierwszego papierosa lub inny wyrób nikotynowy,
- 30% uczniów spróbowało nikotyny po raz pierwszy w postaci e-papierosa,
- polska młodzież najczęściej używa: e-papierosów (29,5%) i tradycyjnych papierosów (26,2%),
- 78% młodzieży wybiera e-papierosy o smakach owocowych i słodkich,
- jedynie kilku procentom młodzieży odmówiono sprzedaży wyrobów nikotynowych,
- ponad 14% użytkowników e-papierosów używało ich do wdychania innych niż nikotyna substancji psychoaktywnych (najpopularniejsze są kanabinoidy),
- ok. 40% młodzieży spotyka się z różną formą reklamy lub promowania wyrobów nikotynowych,
- 70% młodzieży używającej nikotyny nie otrzymało żadnego wsparcia w wyjściu z nałogu.

### CO MOGĄ ZROBIĆ RODZICE, ABY POMÓC NASTOLATKOWI W RZUCANIU PALENIA?

- ocenić uzależnienie dziecka od papierosów,
- spróbować zrozumieć, dlaczego dziecko pali,
- zasugerować, że swoje kieszonkowe może przeznaczyć na coś lepszego,
- zwrócić dziecku uwagę na estetyczne konsekwencje palenia: zapach włosów, ubrań, nieświeży oddech, szara i niezdrowa cera,
- powiedzieć o szybko pojawiających skutkach zdrowotnych: gorsza sprawność fizyczna, szkodliwe połączenie z pigułką antykoncepcyjną, zagrożenie dla płodności. Rak jest na ogół poza zasięgiem wyobraźni nastolatków, chyba że osobiscie znają kogoś chorego,
- pomóc znaleźć specjalistę, który pomoże wyjść z nałogu,
- wspierać przy nawrotach palenia,
- zły nawyk trzymania papierosa w ręku, sięgania po niego w chwili stresu można zastąpić innymi, niegroźnymi. Lepiej mieć odruch zaparzania herbaty, picia wody niż sięgania po cukierka zamiast papierosa.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dniu 29 grudnia 2023 roku wydał Rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny), która zawiera między innymi wytyczne w zakresie działań profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży w szkołach z zakresu uzależnień od nikotyny skierowanych do uczniów, rodziców oraz wszystkich pracowników placówek oświatowych<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/REK/2023%2012%2029%20REKOMENDACJA\\_48aa\\_antynikoty-na-sig.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/REK/2023%2012%2029%20REKOMENDACJA_48aa_antynikoty-na-sig.pdf)

### **W zapobieganiu inicjacji palenia wśród dzieci i młodzieży AOTMiT zaleca:**

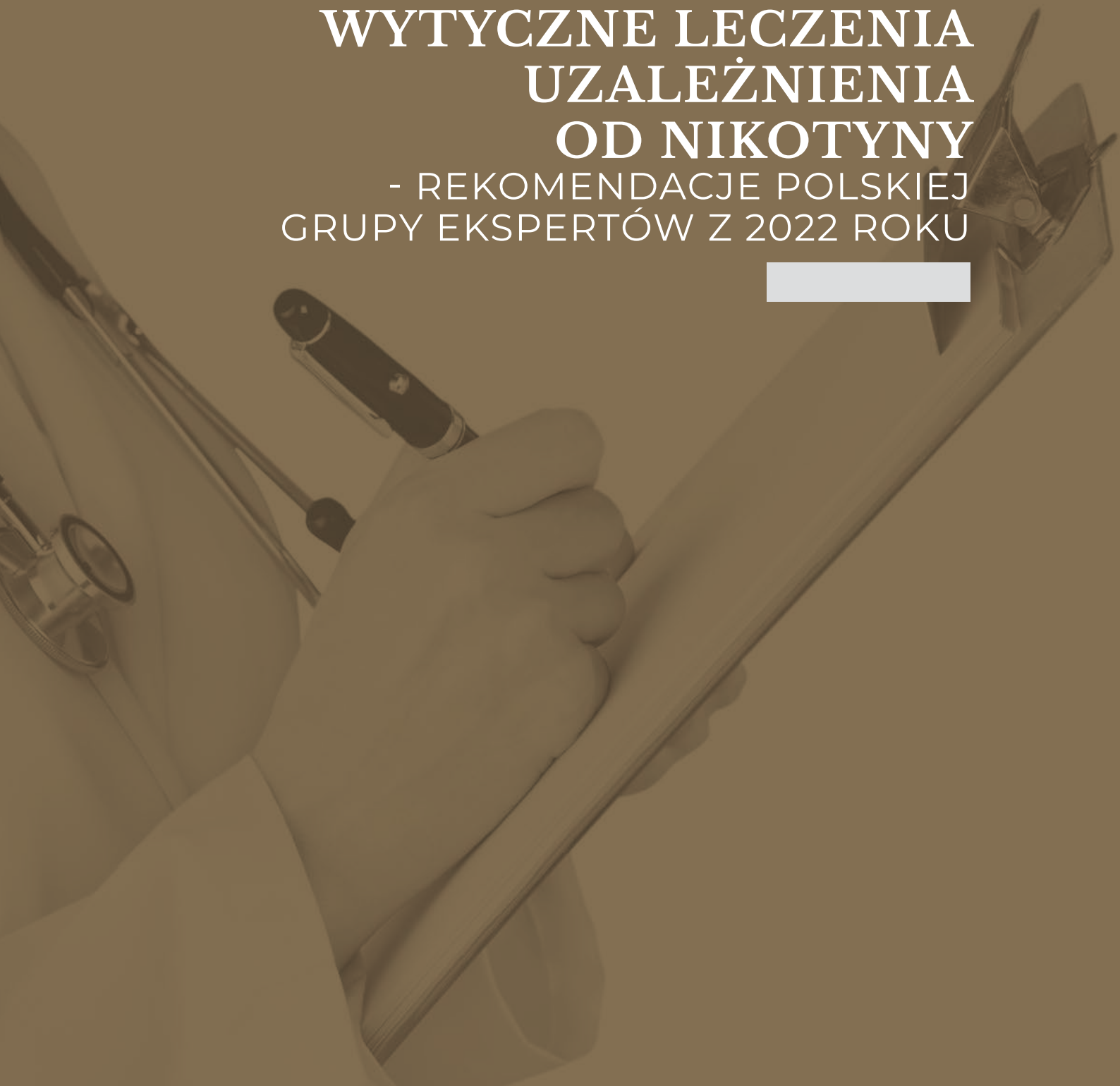
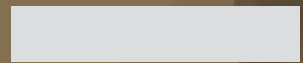
- Opracowanie w porozumieniu z młodzieżą i pracownikami jednostek oświatowych ogólnoszkolnej polityki antynikotynowej, zakładającej bezwzględny zakaz palenia w szkołach (na terenie i wokół obiektu) oraz prowadzenie przez dorosłych i rówieśników działań edukacyjnych.
- Edukacja antynikotynowa powinna być integralną częścią programu nauczania w szkołach.
- W ramach profilaktyki antynikotynowej, kluczową rolę odgrywa eliminacja reklam i promocji tytoniu oraz zakazy palenia zarówno w przestrzeniach publicznych, jak i w miejscu pracy czy ośrodkach opieki zdrowotnej.
- Potrzeba organizowania, planowania i realizacji ogólnokrajowych, regionalnych bądź lokalnych kampanii edukacyjnych za pośrednictwem środków masowego przekazu, mających na celu zapobieganie inicjacji palenia wśród dzieci i młodzieży oraz podniesienie świadomości społeczeństwa na temat uzależniającego i szkodliwego charakteru wyrobów tytoniowych.

## *PODSUMOWANIE*

Badania wskazują, że ponad połowa nastolatków ma za sobą inicjację używania wyrobów tytoniowych i nikotynowych. Szacuje się, że dzieci i młodzież wypalają w ciągu roku ok. 4 mld sztuk papierosów, co sprawia, że jest to istotny problem społeczny i zdrowotny, który powinien być zaadresowany przez państwo. Osoby nieletnie, niewątpliwie, powinny być chronione przed szkodliwym wpływem substancji znajdujących się w dymie tytoniowym jak i innych wyrobach tytoniowych i nikotynowych oraz uzależnieniem jakie niesie ich używanie. Oprócz zakazu sprzedaży tych wyrobów osobom poniżej 18. r.ż., niezwykle istotną rolę powinny odgrywać edukacja w szkołach oraz rozwiązania legislacyjne, które ograniczą atrakcyjność tych wyrobów dla dzieci i młodzieży np. wprowadzenie ujednoliconego oznakowania opakowań czy bardziej restrykcyjne przepisy w zakresie dystrybucji i sprzedaży jednorazowych, smakowych e-papierosów.

# 10

**WYTYCZNE LECZENIA  
UZALEŻNIENIA  
OD NIKOTYNY**  
- REKOMENDACJE POLSKIEJ  
GRUPY EKSPERTÓW Z 2022 ROKU



## W LIPCU 2022 ROKU ZOSTAŁY OPUBLIKOWANE REKOMENDACJE GRUPY EKSPERTÓW DOTYCZĄCE LECZENIA UZALEŻNIENIA OD NIKOTYNY<sup>25</sup>, OPRACOWANE PRZEZ:

- prof. dr hab. n. med. Małgorzata M. Bała,
- prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski,
- prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem,
- mgr Magdalena Cedzyńska,
- dr hab. n. med. Łukasz Balwicki prof. GUM,
- dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska,
- dr n. med. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk,
- dr n. med. Dorota Lewandowska,
- dr hab. n. med. Filip Mejza,
- dr hab. n. med. Joanna Pazik,
- dr hab. n. med. Elżbieta Puścińska,
- dr n. med. Joanna Zając,
- mgr Jakub Szymański,
- mgr Dorota Korycińska.

Eksperti wskazali, że palenie papierosów jest jednym z głównych problemów zdrowia publicznego i według oszacowań Global Burden of Diseases co roku ponad 8 milionów ludzi na świecie umiera z powodu palenia tytoniu, w tym także z powodu narażenia na bierne palenie. Palenie tytoniu jest najważniejszą przyczyną zgonów polskich mężczyzn (26,6% wszystkich zgonów w 2019 r.) oraz drugą co do ważności przyczyną zgonów kobiet w Polsce (13,7% wszystkich zgonów w 2019 r.). Palenie tytoniu zwiększa absencję chorobową i rentową, liczbę zgonów w wieku produkcyjnym oraz zmniejsza wydajność pracy. Powyższe czynniki powodują znaczące zwiększenie kosztów pośrednich palenia tytoniu, które według niektórych analiz mogą być wielokrotnie wyższe niż bezpośrednie koszty leczenia chorób odtytoniowych.

## GLÓWNE REKOMENDACJE PANELU EKSPERTÓW ZALECAJĄ:

- **Odnutowywanie w dokumentacji medycznej każdego pacjenta informacji o używaniu wyrobów tytoniowych**, którą zaleca się aktualizować w czasie każdego kontaktu z pacjentem. Uzależnienie od nikotyny jest chorobą, dlatego postępowanie po jej rozpoznaniu, zawarte w dokumentacji medycznej, powinno być takie samo jak w przypadku każdej innej choroby przewlekłej.
- **Udzielanie porad dot. zaprzestania palenia tytoniu przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej wszystkim osobom palącym, w tym kobietom w ciąży.** Dane naukowe pochodzące z przeglądów systematycznych Cochrane, obejmujące badania przeprowadzone na różnorodnych populacjach, wskazują, że porada na temat zaprzestania palenia o jakiegokolwiek intensywności udzielona przez lekarza lub pielęgniarkę w porównaniu z brakiem porady lub zwykłą opieką była związana z większym prawdopodobieństwem zaprzestania palenia.

Minimalna interwencja antytytoniowa (MIA) to interwencja polegająca na realizowaniu 5 kroków (zasada 5P): 1) pytania każdego pacjenta o to, czy pali tytoń; 2) poradenia mu, w sposób spersonalizowany i empatyczny, aby zaprzestał palenia, podkreślając wynikające z tego korzyści oraz zagrożenia

<sup>25</sup> <https://www.mp.pl/pulmonologia/artykuly-wytyczne/inne/306137,wytyczne-leczenia-uzaleznienia-od-nikoty-ny-rekomendacje>

nia związane z kontynuacją palenia; 3) poznania gotowości pacjenta do zaprzestania palenia; 4) pomocy w doborze odpowiedniego leczenia farmakologicznego i skierowanie do miejsca gdzie może uzyskać wsparcie behawiorae (np. w Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym [TPPP]); 5) zaplanowania wizyt kontrolnych.

- **Oferowanie poradnictwa grupowego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży.**
- **Oferowanie poradnictwa telefonicznego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży.** Dane naukowe pochodzące z przeglądu systematycznego Cochrane wskazują, że dodatkowe proaktywne poradnictwo telefoniczne (wielokrotny kontakt) u osób, które skontaktowały się z infolinią pomocową, w porównaniu z postępowaniem kontrolnym (materiały samopomocowe, krótka porada), a także proaktywne telefony do osób wcześniej niekontaktujących się z tą linią, dodane do materiałów samopomocowych, interwencji minimalnej, krótkiego poradnictwa, farmakoterapii, zachęt finansowych, w porównaniu z tymi samymi interwencjami nietelefonicznymi, zwiększały prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie  $\geq 6$  miesięcy.
- **Stosowanie nikotynowej terapii zastępczej NTZ u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży oraz stosowanie NTZ wraz ze wsparciem behawioralnym u palących kobiet w ciąży.** Bardzo ważnym aspektem stosowania NTZ jest zastosowanie dawek i drogi podania nikotyny adekwatnych do siły uzależnienia i liczby wypalanych papierosów. Przyjmowanie 1 mg nikotyny zamiast 1 wypalonego papierosa zaspokoi tylko połowę zapotrzebowania na nikotynę. Łączenie plastrów i preparatów krótko działających zwiększa skuteczność terapii, dlatego w przypadku nieskuteczności monoterapii warto rozważyć skojarzoną terapię nikotynową. Ponadto, w niektórych przypadkach warto rozważyć stosowanie NTZ w skojarzeniu z bupropionem, cytyzyną lub warenikliną.
- **Stosowanie bupropionu lub warenikliny lub cytyzyny u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży.**
- **Łączenie leczenia farmakologicznego ze wsparciem behawioralnym u wszystkich osób palących.**
- **U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego,** w tym zastosowanie dostosowanego do potrzeb pacjenta programu obejmującego dyrektywną i wspierającą interwencję behawioralną, jak również zastosowanie warenikliny, bupropionu, NTZ.
- **Regularne uczestnictwo w szkoleniach z zakresu leczenia uzależnienia od nikotyny przez pracowników opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej powinien umożliwiać organizację i uczestniczenie w szkoleniach.** Od kilku lat certyfikowane szkolenia finansowane są w ramach Narodowego Programu Zdrowia i organizowane przez interdyscyplinarny zespół Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie. Certyfikat uprawnia do kontraktowania leczenia uzależnienia od nikotyny w ramach Programu Profilaktyki Chorób Odtytoniowych. Zapisów na szkolenie można dokonywać przez stronę internetową <http://szkoleniazut.coi.pl/>.
- **Zmniejszenie kosztów leczenia uzależnienia od nikotyny dla pacjenta – publiczne finansowanie kosztów interwencji antytytoniowych.**

Pełna treść wytycznych jest dostępna na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/art\\_1653901298\\_wytyczne-zun.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1653901298_wytyczne-zun.pdf)

# 11

**SKUTECZNOŚĆ**  
INTRWENCJI FARMAKOLOGICZNYCH,  
NIKOTYNOWEJ TERAPII ZASTĘPCZEJ  
(NTZ), E-PAPIEROSÓW ORAZ  
WSPARCIA BEHAWIORALNEGO  
W LECZENIU ZESPOŁU UZALEŻNIENIA  
OD TYTONIU NA PODSTAWIE  
WYNIKÓW METAANALIZ COCHRANE  
TOBACCO ADDICTION GROUP



Palenie wyrobów tytoniowych jest powszechnie uznanym czynnikiem wywołującym wiele poważnych chorób, w tym schorzeń onkologicznych i kardiologicznych. Szacuje się, że każdego roku z powodu tzw. „chorób odytoniowych” umiera na świecie ok. 7 mln osób, w Polsce – ok. 70 000 Polek i Polaków.

Kampanie antytytoniowe prowadzone są od wielu lat przez rządy i instytucje ochrony zdrowia licznych państw, szkodliwość palenia tytoniu jest powszechnie znana, a pomimo tego nadal znaczny odsetek społeczeństw codziennie pali papierosy – w Polsce jest to aktualnie ok. 27-28% dorosłych.

Od dawna zadawane jest więc pytanie, dlaczego tak się dzieje i w jaki sposób można byłoby skutecznie zmniejszyć lub nawet wyeliminować całkowicie używanie wyrobów tytoniowych.

Temu zagadnieniu poświęcony jest cykl publikacji umieszczonych w bibliotece Cochrane aktualizowany co kilka lat, w miarę pojawiania się nowych badań poświęconych ocenie skuteczności poszczególnych interwencji w walce z uzależnieniem od tytoniu (Cochrane Tobacco Addiction Group). W ostatnich miesiącach pojawiły się w bibliotece Cochrane dwie publikacje tej grupy.

Pierwsza z nich została opublikowana w numerze 9/2023<sup>26</sup> i była poświęcona porównaniu różnych metod wspomagających zaprzestanie palenia. Do tej metaanalizy włączono w sumie 319 badań, w których udział wzięło 157 179 dorosłych palących klasyczne papierosy, podejmujących próbę zaprzestania palenia. Wnioski z tej metaanalizy są następujące:

- e-papierosy, wareniklina, cytyzyna i terapie łączące 2 formy preparatów zawierających nikotynę (NTZ – np. plastry + guma do żucia) w największym stopniu pomagały palaczom zaprzestać palenie klasycznych papierosów;
- różnice między tymi metodami były niewielkie, statystycznie nieistotne;
- liczba palaczy porzucających palenie po zastosowaniu jednej spośród tych 4 metod wynosiła między 10-19 na 100 osób podejmujących próbę rzucenia nałogu;
- bupropion a także stosowane pojedynczo formy NTZ (stosowane oddzielnie plastry, gumy lub pastylki zawierające nikotynę) okazały się mniej skuteczne niż ww. sposoby leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu – po ich zastosowaniu 8-9 palaczy na 100 podejmujących próbę porzucenia nikotynizmu zrywało z nałogiem.

Kolejna metaanaliza Cochrane<sup>27</sup> oceniła skuteczność e-papierosów w zaprzestaniu palenia tradycyjnych papierosów. Ostatnia aktualizacja tej analizy ukazała się na początku stycznia 2024 roku i w stosunku do poprzedniej wersji z 2022 uwzględniła 10 nowych badań, z których większość została przeprowadzonych w USA, Wielkiej Brytanii i we Włoszech. Po ich włączeniu całkowita liczba badań ujęta w najnowszej aktualizacji to 88 publikacji na 27 235 uczestnikach.

<sup>26</sup> Lindson N, Theodoulou A, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Sutton AJ, Livingstone-Banks J, Hajizadeh A, Zhu S, Aveyard P, Freeman SC, Agrawal S, Hartmann-Boyce J. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta-analyses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 9. Art. No.: CD015226. DOI: 10.1002/14651858.CD015226.pub2.

<sup>27</sup> Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Hajek P, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Livingstone-Banks J, Morris T, Hartmann-Boyce J. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 1. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub8



## WNIOSKI AUTORÓW SĄ NASTĘPUJĄCE:

Na 100 osób palących tradycyjne, wydzielające dym papierosy, starających się zaprzestać palenie, udało się to:

- 8-10 osobom używających nikotynowych e-papierosów,
- 7 osobom używających e-papierosów nie zawierających nikotyny,
- 6 osobom używających nikotynowej terapii zastępczej (NTZ),
- 4 osobom bez żadnego wsparcia bądź tylko ze wsparciem behawioralnym.

Najczęściej zgłaszane efekty uboczne stosowania e-papierosów to podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej lub gardła, bóle głowy, kaszel lub uczucie choroby, podobne do efektów występujących w trakcie stosowania nikotynowej terapii zastępczej (NTZ).

Autorzy opracowania podkreślają także, że pomimo małej liczby zgłaszanych efektów ubocznych, w trakcie trwania analizowanych badań, odpowiedź na pytanie o długookresowe bezpieczeństwo e-papierosów pozostaje nieznane, ze względu na relatywnie krótki czas obserwacji.

## PODSUMOWANIE

Biorąc pod uwagę wyniki powyższych analiz wydaje się, że na dzień dzisiejszy nie mamy do dyspozycji jednej, najlepszej interwencji pomagającej palaczom w porzucenie nałogu. Możliwe jest zastosowanie kilku porównywalnych metod, których wybór powinien zależeć od okoliczności klinicznych oraz preferencji pacjenta. Badacze stwierdzają, że co prawda nie są znane odległe skutki używania e-papierosów, ale zakładając ich mniejszą szkodliwość dla zdrowia niż klasycznych papierosów, można je uznać za jedną z możliwych opcji leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, lepszą od kontynuacji palenia papierosów wydzielających dym.



# 12

## **SYSTEMATYCZNY PRZEGLĄD DOWODÓW NAUKOWYCH**

W ZAKRESIE WPŁYWU WYBRANYCH  
METOD DOSTARCZANIA NIKOTYNY  
NA ZDROWIE UŻYTKOWNIKÓW  
PAPIEROSÓW KONWENCJONALNYCH

---

## WPROWADZENIE

Redukcja szkód związanych z tytoniem to strategia zdrowia publicznego, która ma na celu zmniejszenie negatywnych konsekwencji związanych z paleniem papierosów konwencjonalnych bez całkowitej abstynencji nikotynowej. Formy dostarczania nikotyny o postulowanej mniejszej szkodliwości obejmują m.in. papierosy elektroniczne, produkty podgrzewające tytoń, saszetki nikotynowe.

Skład chemiczny dymu papierosowego determinowany jest temperaturą zachodzących procesów spalania (od 400°C do 900°C). Większość substancji szkodliwych w dymie papierosowym powstaje w procesach spalania i pirolizy wysokotemperaturowej (370-800°C) [1]. Fenole, aldehydy i ketony wydzielają się pomiędzy 167 a 500°C. Amoniak oraz związki karbonylowe powstają już podczas niskotemperaturowej pirolizy 300-350°C. Fenole powstają w wyniku depolimeryzacji celulozy w wyniku pirolizy w temperaturze ~400°C. CO i CO<sub>2</sub> są głównymi produktami gazowymi w temperaturach powyżej 500°C [1, 2]. Lotne związki organiczne (VOCs), nitrozaminy (TSNAs), wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (PAHs) produkowane są głównie w procesie wysokotemperaturowej pirolizy węglowodorów i białek [3].

W przypadku działania podgrzewaczy tytoniu (HTP, ang. heated tobacco products) dominującymi procesami fizycznymi jest ewaporacja i pyroliza w zakresie temperatur 250-350°C. Dodatkowo na profil uwalnianych substancji chemicznych wpływ ma sposób preparatyki tytoniu inny niż do papierosów konwencjonalnych [3].

W e-papierosach (EC, ang. e-cigarettes) nie zachodzi proces spalania ani podgrzewania tytoniu. Aeroszol generowany jest w procesie ewaporacji. Większość e-papierosów działa na zasadzie podgrzewania płynnej formuły, która może zawierać nikotynę. Głównymi składnikami płynów do e-papierosów są zazwyczaj gliceryna roślinna i/lub glikol propylenowy, które po podgrzaniu tworzą chmurę widocznego aerozolu [4]. Płyny zazwyczaj nie zawierają ekstraktów tytoniu, natomiast mogą zawierać substancje smakowe/zapachowe oraz słodzące. Technologia ta podczas pracy wykorzystuje temperaturę około 250°C.

Saszetki nikotynowe (NP, ang. nicotine pouches) nie zawierają chemicznych produktów ubocznych spalania lub tłuczonych liści tytoniu i nie są wdychane. Składają się ze standardowych składników dopuszczonych do kontaktu z żywnością, takich jak: wypełniacze (tj. maltitol, celuloza mikrokryształiczna), stabilizatory (tj. hydroksypropyloceluloza), regulatory pH (tj. węglan sodu, wodorowęglan sodu), nikotyna o czystości farmakopealnej (w postaci soli nikotyny i wolnej nikotyny), aromaty i substancje słodzące (np. acesulfam K) zamknięte w prostokątnej torebce wykonanej z włókny. Saszetki umieszcza się pod górną wargą, skąd nikotyna jest dostarczana do organizmu przez błonę śluzową jamy ustnej [5, 6].

## CEL BADAWCZY

Celem przeprowadzonej analizy jest ocena wpływu na zdrowie użytkowników nowych form dostarczenia nikotyny (HTP, EC, NP) w porównaniu z konwencjonalnymi papierosami. Ocena została przeprowadzona względem 3 rodzajów efektów, mianowicie:

- Poziomu narażenia użytkowników na substancje szkodliwe znajdujące się w dymie / aerozolu produkowanym przez urządzenie.
- Stężenia biomarkerów narażenia na substancje szkodliwe w płynach ustrojowych użytkowni-

- ków ekspozycyjnych na dym / aerozol produkowany przez oceniane urządzenia,
- Wpływu narażenia na klinicznie istotne punkty końcowe odnoszące się do zdrowia użytkowników.

## METODYKA

Przeprowadzono systematyczne wyszukiwanie danych naukowych z uwzględnieniem baz PubMed, Embase oraz Cochrane Library uzupełnione o sprawdzenie referencji. Ostatnie wyszukiwania przeprowadzono w październiku 2023 roku.

Wykorzystano standardowe metody selekcji oraz ekstrakcji danych Cochrane Collaboration. Kluczowymi punktami końcowymi były zawartość szkodliwych substancji w dymie / aerozolu oraz poziom biomarkerów narażenia mierzony w płynach ustrojowych użytkowników. Inne wyniki obejmowały poziom biomarkerów potencjalnej szkody (np. mierników funkcji układu oddechowego) oraz wyniki z badań populacyjnych dotyczących korelacji pomiędzy stosowaniem danej interwencji a występowaniem chorób lub objawów.

W celu syntezy danych zastosowano techniki metaanalizy danych w ramach dostępnych porównań bezpośrednich oraz metaanalizy sieciowej w ramach porównań bezpośrednich oraz pośrednich. Niższe streszczenie obejmuje wyniki w odniesieniu do wybranych, najważniejszych punktów końcowych.

## WYNIKI

### ZAWARTOŚĆ SUBSTANCJI SZKODLIWYCH W GENEROWANYM DYMIE / AEROZOLU

Do analizy włączone zostały związki ze skróconej listy związków szkodliwych lub potencjalnie szkodliwych, zawartych w dymie tytoniowym i tytoniu według FDA [7], poszerzonej o związki obecne w dymie tytoniowym w największej ilości i o najwyższej – 1 klasie kancerogenności wg IARC [8]. Analizowano substancje należące do grup chemicznych: nitrozamin, związków karbonylowych, wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych, lotnych związków organicznych, gazów, oraz metali ciężkich.

W celu porównania emisji substancji szkodliwych z papierosów konwencjonalnych, podgrzewaczy tytoniu oraz e-papierosów z dostępnej literatury wyekstrahowano dane z badań wykorzystujących 3 reżimy zaciągania: Health Canada Intense (ISO 20778:2018) [9], ISO (ISO 3308:2000) [10] oraz CORESTA 81 (ISO 20768:2018) [11]. Reżim Health Canada Intense jest obecnie stosowanym standardem metod dla papierosów konwencjonalnych, reżim ISO jest drugą w kolejności powszechnie stosowaną metodą dla papierosów konwencjonalnych, natomiast CORESTA 81 jest metodą zalecaną dla e-papierosów.

Stosowanie podgrzewaczy w porównaniu z papierosami konwencjonalnymi związane jest z redukcją emisji kluczowych substancji szkodliwych należących do głównych klas substancji obecnych w dymie m.in. nitrozamin, związków karbonylowych, wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych, lotnych związków organicznych oraz gazów (CO). (Tabela 1)

W aerozolu generowanym podczas używania e-papierosów zawartość kluczowych szkodliwych substancji obecnych w dymie papierosowym ma charakter śladowy. (Tabela 1)

W analizowanych saszetkach nikotynowych, zawartość ocenianych szkodliwych substancji w większości przypadków była poniżej progu oznaczalności [5, 6]. Saszetki nikotynowe należą do produktów bezdymnych, nie służą do wdychania/inhalacji przez co użytkownik nie jest ekspozowany na produkty uboczne procesów spalania, podgrzewania czy substancje uwalniane podczas ewaporacji.

TABELA 1. E-papierosy i podgrzewacze tytoniu w porównaniu z papierosami konwencjonalnymi względem zawartości substancji szkodliwych w emitowanym dymie / aerozolu.[2-4, 12-22]

**Materiał badawczy:** Dym / aerozol pozyskany maszynowo z wykorzystaniem standardowych protokołów zaciągania

**Interwencja:** e-papierosy; podgrzewacze tytoniu

**Komparator:** papierosy

SUBSTANCJA SZKODLIWA (HPHC <sup>1</sup> )		E-PAPIEROSY		PODGRZEWACZE TYTONIU		
Grupa związków	Związek chemiczny	Redukcja <sup>2</sup> (CI)	Liczba badań	Redukcja <sup>2</sup> (CI)		Liczba badań
Nitrozaminy	NNN <sup>3</sup>	100%	5	93%	(91%; 95%)	5
	NNK <sup>4</sup>	100%	5	96%	(95%; 97%)	5
Związki karbonylowe	Acetaldehyd	100%	8	86%	(80%; 89%)	10
	Akroleina	100% <sup>5</sup>	8	96%	(93%; 97%)	9
	Formaldehyd	100% <sup>5</sup>	8	84%	(74%; 90%)	9
	Krotonaldehyd	100%	5	95%	(81%; 99%)	6
Wielopierścieniowe węglowodory aromatyczny	2-Aminonaftalen (2-AN)	100%	3	100%	(100%;100%)	4
	4-Aminobifenyl (4-ABP)	100%	3	100%	(99%; 100%)	4
	Benz[a]antracen	100%	5	93%	(94%; 93%)	1
	Benzo[a]piren (BaP)	99% <sup>5</sup>	5	96%	(95%; 97%)	6
Lotne związki organiczne	1,3-Butadien	100%	5	100%	(99%; 100%)	7
	Akrylonitryl	100%	5	100%	(99%; 100%)	4
	Benzen	100%	5	100%	(99%;100%)	7
	Izopren	100%	5	100%	(98%; 100%)	5
	o-Toluidyna (o-tol)	100%	2	99%	(99%; 100%)	1
	Toluen	100%	5	99%	(99%; 99%)	4
Gazy	Amoniak	99% <sup>5</sup>	2	75%	(63%; 83%)	3
	Tlenek etylenu	100%	4	100%	(99%; 100%)	1
	Tlenek węgla	100%	5	99%	(98%; 99%)	7
Metale ciężkie	Arsen	90% (51%; 98%)	4	91%	(90%; 93%)	1

<sup>1</sup> HPHC – Harmful and Potentially Harmful Constituents (substancje szkodliwe i potencjalnie szkodliwe). <sup>2</sup> Względna redukcja w stosunku do papierosów konwencjonalnych, na podstawie metaanalizy porównań bezpośrednich. <sup>3</sup> N-Nitrozonornikotyna. <sup>4</sup> 4-(N-nitrozometylamino)-1-(3-pirydyli)-1-butanon. <sup>5</sup> Przedział ufności: CI (99%; 100%).

## POZIOM BIOMARKERÓW NARAŻENIA NA SUBSTANCJE SZKODLIWE

Biomarkery narażenia na składniki dymu tytoniowego są to oznaczalne substancje biologiczne, które powstają w organizmie człowieka w wyniku ekspozycji na substancje toksyczne obecne w produktach tytoniowych i w produktach nikotynowych. Mogą być mierzone w płynach i tkankach ustrojowych, takich jak ślina, krew i mocz. Poziom biomarkerów narażenia, w przypadku substancji o potwierdzonym związku z rozwojem określonych stanów zdrowotnych, może być traktowany jako surogat (zastępczy punkt końcowy) spodziewanego długookresowego wpływu ocenianej technologii na zdrowie użytkownika. Lista substancji poddanych analizie obejmowała następujące biomarkery narażenia na związki chemiczne z kilku grup chemicznych o zróżnicowanym spektrum toksyczności: nitrozaminy (total-NNN, total-NNAL), związki karbonylowe (3-HPMA, HMPMA), wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (2-AN, 4-ABP, 3-OH-B[a]P, 1-OHP), lotne związki organiczne (MHBMA, CYMA, S-PMA, o-TOL, S-BMA) oraz gazy (COHb, HEMA).

Do analizy włączono wyniki z badań klinicznych, których uczestnikami były osoby regularnie palące papierosy konwencjonalne, uzależnione od nikotyny. Wyniki metaanaliz wskazywały, że stosowanie technologii należących do strategii redukcji szkód takich jak podgrzewacze tytoniu, e-papierosy oraz saszetki nikotynowe wiązało się z istotnym statystycznie obniżeniem poziomu analizowanych biomarkerów narażenia na substancje szkodliwe obecne w dymie tytoniowym. (Tabela 2)

TABELA 2. E-papierosy, podgrzewacze tytoniu oraz saszetki nikotynowe w porównaniu z papierosami konwencjonalnymi pod względem poziomu biomarkerów narażenia. [23-39]

**Populacja:** palacze papierosów konwencjonalnych

**Interwencja:** e-papierosy; podgrzewacze tytoniu; saszetki nikotynowe

**Komparator:** papierosy

W badaniach o dłuższym okresie obserwacji (3 miesiące do 1 roku) spada stopień stosowania się pacjentów do protokołu badania klinicznego (compliance). Zmianie podlega zarówno częstość wykorzystania urządzeń, jak też zwiększa się stosowanie przez użytkowników kilku technologii równocześnie (ang. dual users). Przyczynia się to do utrudnionego wnioskowania o izolowanym wpływie ocenianej interwencji.

SUBSTANCJA SZKODLIWA (HPHC <sup>1</sup> )		PUNKT KOŃCOWY	E-PAPIEROSY	PODGRZEWACZE TYTONIU	SASZETKI NIKOTYNOWE	LICZBA UCZESTNIKÓW (BADAŃ)
Grupa związków	Związek	Biomarker	Wielkość redukcji (CI)	Wielkość redukcji (CI)	Wielkość redukcji (CI)	
Nitrozaminy	NNN	Całkowita NNN	87,87% (50,43%; 125,32%)	74,82% (60,64%; 89,01%)	-	1242 (12)
	NNK	Całkowity NNAL	63,25% (45,36%; 81,15%)	50,26% (43,98%; 56,55%)	64,84% (29,73%; 99,96%)	1379 (13)
Związki karbonylowe	Acetaldehyd	- <sup>2</sup>	-	-	-	-
	Akroleina	3-HPMA	83% (63%; 103%)	64% (56%; 73%)	76% (44%; 107%)	1424 (14)
	Formaldehyd	- <sup>2</sup>	-	-	-	-
	Krotonaldehyd	HMPMA	76% (51%; 101%)	68% (57%; 79%)	75% (49%; 101%)	899 (8)
Wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne	2-Aminonaftalen (2-AN)	2-AN	92% (78%; 100%)	88% (83%; 93%)	86% (51%; 120%)	1382 (13)
	4-Aminobifenyl (4-ABP)	4-ABP	89% (77%; 101%)	82% (78%; 86%)	82% (68%; 96%)	1379 (13)
	Benz[a]antracen	- <sup>3</sup>	-	-	-	-
	Benzo[a]piren (BaP)	3-OH-B[a]P	-	65% (60%; 69%)	-	954 (8)
	Piren	1-OHP	58% (35%; 81%)	55% (48%; 66%)	-	1306 (12)
Lotne związki organiczne	1,3-Butadien	MHBM A	91% (74%; 108%)	89% (81%; 97%)	88% (59%; 116%)	1645 (13)
	Akrylonitryl	CYMA	87% (76%; 98%)	83% (77%; 88%)	-	1198 (11)
	Benzen	S-PMA	106% (93%; 119%)	95% (91%; 100%)	89% (61%; 118%)	1381 (13)
	Izopren	- <sup>4</sup>	-	-	-	-
	o-Toluidyna (o-tol)	o-TOL	-	55% (48%; 61%)	-	1437 (12)
	Toluen	S-BMA	-	16% (11%; 21%)	-	158 (1)
Gazy	Amoniak	- <sup>5</sup>	-	-	-	-
	Tlenek etylenu	HEMA	55% (39%; 70%)	54% (48%; 59%)	62% (39%; 86%)	1229 (11)
	Tlenek węgla	COHb	79% (56%; 103%)	63% (55%; 72%),	60% (36%; 83%)	1155 (11)
Metale	Arsen	As	-	-	-	-

<sup>1</sup> HPHC – Harmful and Potentially Harmful Constituents (substancje szkodliwe i potencjalnie szkodliwe) <sup>2</sup> Acetaldehyd oraz formaldehyd tworzą addukty DNA, których oznaczenie wymaga zaawansowanych metod laboratoryjnych, nie są powszechnie oznaczane. <sup>3</sup> Benz[a]antracen ma 3 możliwe do oznaczenia metabolity: 1-Hydroxybenz[a]anthracene (1-BAA), 3-Hydroxybenz[a]anthracene (3-BAA), 9-Hydroxybenz[a]anthracene (9-BAA)). Odnaleziono badania nie uwzględniały pomiaru tych biomarkerów, nie są one rutynowo badane. <sup>4</sup> Jako obiecujący biomarker testuje się obecnie N-acetyl-S-(4-hydroxy-2-methyl-2-buten-1-yl) -L-cysteine (IPMA3), nie jest on jeszcze rutynowo oznaczany w moczu. <sup>5</sup> Prosty związek chemiczny nie posiada biomarkera. „-” Brak odnalezionych danych

## KLINICZNIE ISTOTNE PUNKTY KOŃCOWE

Brak jest wyników badań klinicznych odnoszących się bezpośrednio do wpływu nowych technologii na zapadalność na choroby nowotworowe oraz na śmiertelność (ang. mortality). Związane jest to z faktem podejmowania użytkowania nowych technologii w przeważającej mierze przez ludzi młodych o niskim poziomie ryzyka podstawowego, ograniczonym do kilku lat dostępnym okres obserwacji oraz dynamiką rozwoju chorób związanych z dymem papierosowym zwykle wyrażaną w dziesiątkach lat od początku użytkowania.

W ramach przeglądu systematycznego uwzględniono zarówno badania interwencyjne w tym randomizowane badania kliniczne, badania dotyczące pojedynczego zastosowania interwencji oraz badania obserwacyjne.

W badaniach populacyjnych zaobserwowano, że osoby stosujące tradycyjne papierosy mają wyższe ryzyko rozwinęcia chorób układu oddechowego w porównaniu do niepalących (OR: 2,56;  $p < 0,001$ ), w tym w zakresie dla POChP (OR=5,79;  $p=0,008$ ) [40]. Wyniki badania longitudinalnego na podstawie danych PATH (fala 1-3) wskazuje, że przejście z palenia papierosów konwencjonalnych na e-papierosy wiąże się ze zmniejszonym ryzykiem rozwoju chorób układu oddechowego (OR=0,58) w stosunku do osób kontynuujących palenie papierosów [40]. Wyniki na podstawie danych z 2 fali badania PATH wskazują, że osoby stosujące e-papierosy mają istotnie niższe ryzyko wystąpienia świszczącego oddechu i powiązanych objawów ze strony układu oddechowego (OR od 0,52 do 0,58) w porównaniu do palaczy CC [41]. W badaniu Szwedzkim wykazano, że częstość występowania objawów ze strony układu oddechowego u osób stosujących EC była niższa niż u osób palących papierosy konwencjonalne [42]. Dodatkowo u osób stosujących EC (wyłącznie), bez względu na to czy byli byłymi palaczami, czy osobami bez wcześniejszej historii palenia papierosów, częstość wystąpienia jakiegokolwiek symptomu układu oddechowego nie różniła się istotnie statystycznie od częstości w populacji osób niepalących [42]. Warto jednak zauważyć, że wyniki dotyczące objawów i chorób układu oddechowego w kontekście e-papierosów są zróżnicowane, zależnie od badanej populacji. Niezbędne jest dalsze badanie i monitorowanie, aby pełniej zrozumieć wpływ różnych form dostarczania nikotyny na zdrowie układu oddechowego.

W zakresie wpływu różnych technologii na układ sercowo-naczyniowy na podstawie wyników badań populacyjnych zaobserwowano następujące zależności. Osoby palące papierosy konwencjonalne wykazują wyższą częstość występowania zawału serca w porównaniu do niepalących, co potwierdzają wyniki dwóch badań opartych na danych z NHIS (odpowiednio OR=2,72 [CI: 2,29; 3,24] i OR=3,13 [CI: 2,63; 3,73]) [43, 44]. W kontekście stosowania e-papierosów (EC): osoby stosujące EC mają wyższą częstość występowania zawału serca w porównaniu do osób niepalących, jednak badania nie są spójne pod względem IS wyniku. W analizie opartej o dane z lat 2014, 2016 szansa wystąpienia zawału serca wynosi OR=1,79 [CI: 1,20; 2,66] w porównaniu do osób niepalących [43]. Natomiast w analizie opartej o dane z lat 2016, 2017 wynik nie był IS (OR=1,35 [CI: 0,80; 2,27]) [44]. W odniesieniu do choroby niedokrwiennej serca, osoby palące papierosy konwencjonalne wykazują wyższą częstość jej występowania (OR=1,73 [CI: 1,46; 2,05]) w porównaniu do niepalących [44]. Natomiast stosowanie e-papierosów nie jest jednoznacznie związane z wyższym ryzykiem tej choroby (OR=1,31 [CI: 0,79; 2,17] w stosunku do osób niepalących) [44]. W przypadku udaru, palenie papierosów konwencjonalnych wiąże się z wyższym ryzykiem jego wystąpienia (OR=2,54 [CI: 1,16; 5,56]) w porównaniu do niepalących [45]. Natomiast osoby stosujące e-papierosy wykazują niższą częstość występowania udaru niż palący papierosy konwencjonalne (OR=0,43 [CI: 0,20; 0,93]) [45].



## WNIOSKI

Prezentowane wyniki trzech torów oceny: emisji substancji szkodliwych, biomarkerów narażenia i klinicznie istotnych punktów końcowych (patient-oriented outcomes) są spójne.

Materiał dowodowy wskazuje, że w porównaniu z zawartością substancji szkodliwych w dymie papierosowym zawartość substancji szkodliwych w aerozolu e-papierosów ma charakter śladowy, oraz potwierdza znaczącą redukcję narażenia na substancje szkodliwe w przypadku podgrzewaczy tytoniu. Badania kliniczne w zakresie poziomu biomarkerów potwierdzają zmniejszone narażenie użytkowników na substancje szkodliwe. Stosowanie analizowanych saszetek nikotynowych ze względu na ich bezdymny charakter wiąże się z wyeliminowaniem ekspozycji na dym / aerozol zawierający szkodliwe substancje, zawierają one jedynie śladowe ilości wybranych substancji związanych z technologią wytwarzania produktu.

Krótkookresowe badania randomizowane oraz obserwacyjne z wykorzystaniem e-papierosów i podgrzewaczy tytoniu wskazują zmniejszenie częstości występowania większości klinicznie istotnych punktów końcowych, sugerując redukcję ryzyka zdrowotnego u użytkowników w porównaniu z konwencjonalnymi papierosami. Długookresowy wpływ nowych form na zdrowie użytkowników, wymaga potwierdzenia w dłuższych obserwacjach.

## OGRANICZENIA ANALIZY

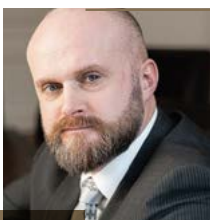
Odnalezione badania dla toru chemicznego oceny były przeprowadzone dla zawartości substancji szkodliwych w dymie tytoniowym w warunkach laboratoryjnych. Badania dla oceny biomarkerów i badania kliniczne były przeprowadzone w krótkim (kilka dni - kilka tygodni) lub średnim (kilka miesięcy - rzadko kilka lat) okresie obserwacji. Z uwagi na stosunkowo krótkie okresy obserwacji w badaniach nie można wyciągnąć wniosków ilościowych co do różnic pomiędzy ocenianymi interwencjami w ramach kontinuum ryzyka – oszacowanie konsekwencji wymaga modelowania i wielokierunkowej oceny DALY (ang. disability adjusted life years) w długim horyzoncie czasowym.

Materiał dowodowy stanowiący podstawę wnioskowania zawierał wszystkie odnalezione w domenie publicznej dane. Należy podkreślić, że dotyczyły one jedynie części produktów dostępnych na rynku i nie można na ich podstawie wnioskować o profilu narażenia generowanego przez poszczególne produkty nie objęte badaniami.

Kontekst kliniczny analizy w szczególności nie dotyczył efektywności alternatywnych metod dostarczania nikotyny jako wsparcia zerwania z przyzwyczajeniem do nikotyny. Wnioski analizy nie odnoszą się do bezwzględnego bezpieczeństwa ocenianych metod u użytkowników niepalących – w szczególności elementem oceny nie było porównanie potencjału uzależniającego technologii nowych i klasycznych.

*Bibliografia do rozdziału 12 – na końcu raportu.*

## O AUTORACH ROZDZIAŁU:



### **KRZYSZTOF ŁANDA**

Prezes Zarządu  
Meritum L.A.

Założyciel Fundacji Watch Health Care. Mieszka w Kijowie i jest doradcą Ministra Zdrowia Ukrainy. Wcześniej był Przewodniczącym Komisji Zdrowia BCC. W latach 2015-2017, Krzysztof, jako wiceminister zdrowia był odpowiedzialny za politykę lekową, refundację oraz ustalanie urzędowych cen zbytu leków i wyrobów medycznych, mapowanie potrzeb zdrowotnych, inwestycje w opiece zdrowotnej, wycenę świadczeń zdrowotnych oraz koszyk świadczeń gwarantowanych. Przed objęciem funkcji wiceministra zdrowia, Krzysztof był prezesem HTA Audit, firmy zajmującej się oceną jakości raportów oceny technologii medycznych (HTA; Health Technology Assessment). W latach 2006-2007 był Dyrektorem Departamentu Gospodarki Lekami w Centrali NFZ. W 2004 roku został wybrany do zarządu Health Technology Assessment International (HTAi) i piastował to stanowisko do 2007 r. Krzysztof prowadził szkolenia w Serbii, na Ukrainie i w Kazachstanie z zakresu EBM, HTA, EBHC. Był również liderem zespołu Banku Światowego, którego celem było wprowadzenie w Serbii HTA i zasad EBHC.



### **DOMINIK DZIURDA**

Prezes Zarządu  
HTA Formedis

Farmaceuta, menadżer oraz ekspert rynku ochrony zdrowia w zakresie farmakoekonomiki, refundacji oraz oceny technologii medycznych. Związany z zawodowo z firmą analityczną HTA Formedis. W swojej dotychczasowej ścieżce zawodowej związany z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) jako Dyrektor Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej oraz Komisją Ekonomiczną Ministra Zdrowia. Zaangażowany w kwestie współpracy międzynarodowej w projektach "Fair and affordable pricing", EUNetHTA i EURIPID. Wykładowca akademicki. Przed pracą w strukturach publicznych pracował na pozycjach krajowych i europejskich w innowacyjnym przemyśle farmaceutycznym.



### **JOANNA DŁUGOSZ**

Dr n. biotechnologicznych,  
analityk HTA Formedis

Analityk kliniczny, dr. n. biologicznych, biotechnolog. Współautorka 9 artykułów naukowych opublikowanych w recenzowanych czasopismach z dziedziny biologii molekularnej, genetyki oraz cytogenetyki. Przed pracą jako analityk zdobyła kilkuletnie doświadczenie w zakresie realizacji projektów badawczych, tworzenia tekstów naukowych oraz analizy danych doświadczalnych.

# 13

## WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO NA TEMAT E-PAPIEROSÓW 2023 PRZEPROWADZONEGO NA ZLECENIE BIURA DO SPRAW SUBSTANCJI CHEMICZNYCH

The image shows a tablet displaying a survey form. The form contains several questions and a table. A dark grey rectangular box is placed over the right side of the form, partially obscuring the text.

Do you have a family history of colon cancer or colon polyps?  
(Do not include a history of adenomatous polyps from your environment)

Do you have a family history of colon cancer or colon polyps? \_\_\_\_\_

Have you had problems with constipation in the past? \_\_\_\_\_

Do you suffer from heartburn? \_\_\_\_\_

Do you have difficulty swallowing solid food or pills?  
(If you do, have you ever noticed a major swallowing issue? Please let us know.)

Do you have latex allergy? \_\_\_\_\_

Have you had abdominal or pelvic surgeries?  
(Please include date, type of surgery, hospital, physician, and any other relevant details.)

Have you had any other surgeries? Please list below: \_\_\_\_\_

Are you allergic to medications? Please list what you are allergic to below: \_\_\_\_\_

What medications are you currently taking? Please list them below.  
(Include name, dose, frequency, and any other relevant details.)

Drug	Dose	How often	Drug	Dose	How often

Signature \_\_\_\_\_



Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna na zlecenie Biura do spraw Substancji Chemicznych przeprowadził i opublikował w listopadzie 2023 roku badanie ankietowe nt. e-papierosów, w którym wzięło udział 550 osób, które miały doświadczenie z używaniem papierosów elektronicznych.<sup>28</sup>

Należy podkreślić, że w Rekomendacji nr 1/2023 z 29 grudnia 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny) ujęto część wyników i wniosków z tego badania.

### GŁÓWNE WNIOSKI Z BADANIA „E-PAPIEROSY 2023”:

- **Aktualne korzystanie z e-papierosów zadeklarowało 39% respondentów. Ponad połowa z nich robiła to każdego dnia (53%).** W porównaniu do poprzedniego pomiaru w 2022 roku odsetek osób, które korzystały z e-papierosów więcej niż jeden raz nie zmienił się — w ubiegłym roku wyniósł on 72%, jak również liczba osób, które aktualnie korzystały z e-papierosów była na podobnym poziomie (40%).
- Zwiększyła się częstotliwość użytkowania e-papierosów — w poprzedniej edycji badania codzienne korzystanie z e-papierosów deklarowało 39% badanych.
- 13% badanych po raz pierwszy sięgnęło po e-papierosa, gdy byli jeszcze niepełnoletni, w 2022 było to 16%.
- Większość ankietowanych (57%), gdy po raz pierwszy próbowała e-papierosa, miała przekonanie, że to lepsza i zdrowsza alternatywa dla tradycyjnych papierosów.
- Wśród tych, którzy próbowali e-papierosa przed ukończeniem 18 r.ż. zdecydowana większość (80%) zrobiła to bez zgody rodziców (w 2022 — 77%). Przy czym, jedynie 16% deklarowało, że rodzice sugerowali im, że e-papierosy są zdrowsze niż tradycyjne papierosy.
- Prawie połowa respondentów sięgnęła po raz pierwszy po e-papierosa z ciekawości (48%) — w poprzednim roku deklarację taką złożyło 53% badanych.
- **46% badanych, którzy sięgnęli po papierosy elektroniczne, aby rzucić palenie tradycyjnych papierosów, twierdziło, że e-papierosy pomogły im w ograniczeniu bądź całkowitym zaprzestaniu palenia papierosów tradycyjnych. W ubiegłym roku takie efekty uzyskała ponad połowa respondentów (52%).**
- 40% respondentów deklarowało, że spróbowanie e-papierosów było raczej negatywnym doświadczeniem, bowiem, bądź nie pomogło w rzuceniu palenia tradycyjnych papierosów, bądź sprawiło, że uzależnili się od nikotyny lub nawet zachęciło ich to do spróbowania innych wyrobów tytoniowych. Odsetek takich odpowiedzi zwiększył się — w 2022 roku podobnego zdania była jedna trzecia badanych (33%).
- **13% uważa, że sięgnięcie po e-papierosy zmotywowało ich do zaprzestania palenia tradycyjnych papierosów czy też innych wyrobów tytoniowych (2022: 11%).**
- Prawie siedmiu na dziesięciu badanych spróbowало kiedyś tradycyjnych papierosów (69%; 2022: 72%).
- 53% chociaż raz paliło tradycyjne papierosy mentolowe (2022: 56%).
- Jedna trzecia korzystała chociaż raz z podgrzewacza tytoniu (34%; 2022: 32%).
- Natomiast co dziesiąta osoba (10%) nie korzystała z żadnych wyrobów tytoniowych (nie uwzględniając e-papierosów) — przy poprzednim pomiarze odpowiedziała tak podobna liczba osób — 9%.

<sup>28</sup> <https://www.gov.pl/web/chemikalia/monitorowanie-rynku-e-papierosow>

- Regularnie paliło tradycyjne papierosy (częściej niż jednokrotnie) 70% osób, które chociaż raz spróbowało jakichkolwiek wyrobu z nikotyną (nie uwzględniając e-papierosów) — taki sam odsetek w 2022, papierosy mentolowe — 45% (2022: 47%), a z pogrzewaczy tytoniu więcej niż jeden raz korzystało 27% (2022: 25%).
- Ponad połowa badanych (53%) uważała, że w przeszłości była uzależniona od palenia tradycyjnych papierosów — w ubiegłym roku odnotowano istotnie więcej takich odpowiedzi (62%). Jedna czwarta (25%) wskazała na uzależnienie od palenia papierosów mentolowych (2022: 30%).
- 17% badanych, którzy korzystali częściej niż jednokrotnie z jakichkolwiek poza e-papierosami wyrobów z nikotyną, uważało, że byli w przeszłości uzależnieni od papierosów elektronicznych — w 2022 było to nieznacznie więcej takich deklaracji (21%).
- **29% ankietowanych uważa, że aktualnie jest uzależniona od papierosów tradycyjnych, w 2022 takiej odpowiedzi udzieliła jedna trzecia badanych (33%).**
- Od papierosów elektronicznych uzależnionych było 22% osób (2022: 20%). Natomiast 35% uważała, że nie jest uzależniona obecnie od żadnych wyrobów z nikotyną.
- W grupie osób, które aktualnie nie używały e-papierosów najczęściej stosowanymi w przeszłości liquidami były te o owocowym smaku (38%), w drugiej w kolejności mentolowe (22%), a w trzeciej o smaku tytoniu (13%).
- 5% stosowało w przeszłości liquidy niezawierające nikotynę, 41% wybierało te o mocy do 12 mg/ml.
- Natomiast w grupie badanych, którzy aktualnie używali e-papierosów najbardziej preferowanymi liquidami były te o smaku owocowym (46%), następne w kolejności: mentolowe (22%) oraz smaku tytoniu (16%). Liquidy bez nikotyny stosuje 8%.
- Dwie trzecie (67%) wybierało liquidy o mocy do 12 mg/ml. Prawie trzy czwarte (73%) badanych wolało kupować gotowe liquidy do e-papierosów.
- Miesięczne wydatki na liquidy dla niemal dwóch trzecich respondentów (64%) wynoszą do 150 zł — jest to podobny poziom jak w ubiegłym roku, gdzie odsetek ten wynosił 63%.

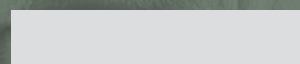
## PODSUMOWANIE

W badaniu zrealizowanym na zlecenie Biura ds. Substancji Chemicznych - 29% ankietowanych uważało, że jest aktualnie uzależnionych od papierosów tradycyjnych. Używanie e-papierosów zadeklarowało 39% respondentów. Ponad połowa z nich robiła to każdego dnia (53%). 46% badanych, którzy sięgnęli po papierosy elektroniczne, aby rzucić palenie tradycyjnych papierosów, twierdziło, że e-papierosy pomogły im w ograniczeniu bądź całkowitym zaprzestaniu palenia papierosów tradycyjnych, a 13% uważało, że sięgnięcie po e-papierosy zmotywowało ich do zaprzestania palenia tradycyjnych papierosów czy też innych wyrobów tytoniowych. Wyniki te wskazują, że e-papierosy mogą być jednym z elementów strategii ograniczenia palenia tytoniu dla osób uzależnionych od palenia tytoniu (nikotyny).

# 14

## ANALIZA ORGANIZACJI I FINANSOWANIA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

PROGRAMU PROFILAKTYKI CHORÓB  
ODTYTONIOWYCH, W TYM  
PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ  
CHOROBY PŁUC (POCHP)



Celem wdrożenia „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)” jest:

- zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtytoniowe, w tym ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu POChP poprzez kompleksowe działania edukacyjno-diagnostyczne i terapeutyczne w grupach wysokiego ryzyka,
- poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym upowszechnienie wiedzy o POChP, czynnikach jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutkach choroby,
- wczesne wykrywanie POChP i innych chorób odtytoniowych oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu i chorób płuc,
- poprawa skuteczności leczenia chorób odtytoniowych, przede wszystkim chorób układu oddechowego, układu krążenia i chorób nowotworowych.

Świadczenia opieki zdrowotnej związane z profilaktyką chorób odtytoniowych (w tym POChP) i wczesnym wykrywaniem są finansowane na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 188)<sup>29</sup>.

Szczegółowe warunki udzielania świadczeń zostały opisane w załączniku nr 6 do Zarządzenia Nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (ze zm.)<sup>30</sup>.

#### **Należy zwrócić uwagę, że:**

- szereg danych epidemiologicznych zawartych w opisie problemu zdrowotnego w programie jest już nieaktualnych.
- program nie uwzględnia Rekomendacji z 29 grudnia 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny).
- program nie uwzględnia wprowadzonej w 2022 roku opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej: „diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc”.



<sup>29</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000188>

<sup>30</sup> [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1448/Zarzadzenie-111\\_2022\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1448/Zarzadzenie-111_2022_DSOZ)

# 14.1

## ZARZĄDZENIE NR III/2022/DSOZ

PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA Z DNIA 2 WRZEŚNIA  
2022 R. R. W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA  
I REALIZACJI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ W RODZAJU PROGRAMY ZDROWOTNE  
– W ZAKRESACH: PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE (ZE ZM.)

Szczegółowe warunki udzielania świadczeń w „Programie profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)” zostały opisane w załączniku nr 6 do w/w zarządzenia. Poniżej przedstawiono szczegółowe zapisy zarządzenia wraz uzupełnionymi wskazaniem do regulacji zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

### OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Uzależnienie od palenia tytoniu jest chorobą przewlekłą opisaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych pod numerem ICD-10 F17. W Polsce palenie tytoniu jest szeroko rozpowszechnione, znacząco wpływając na jakość i długość życia. Codziennie pali ok. 8 milionów dorosłych Polaków, w tym ok. 40% mężczyzn i 20% kobiet. Najczęściej palą Polacy w średnim wieku (między 30 a 50 rokiem życia), mieszkańcy dużych miast, w tym Warszawy, gdzie kobiety palą równie często, jak mężczyźni.

W szczególności osobami palącymi są: nisko wykształceni, pochodzący z biedniejszych warstw społecznych lub bezrobotni. To oni najczęściej ponoszą zdrowotne i społeczno-ekonomiczne koszty palenia i wymagają specjalistycznego i refundowanego leczenia uzależnienia od tytoniu. Polacy palą dużo (mężczyźni - 20 papierosów dziennie, kobiety - 15), długo (średnio 20 lat) i wcześniej rozpoczynają palenie. Ok. 50% palaczy posiada symptomy uzależnienia od tytoniu, a 15% uzależnionych jest biologicznie od nikotyny.

Związane z paleniem objawy chorobowe i zgony występują zwykle po długim okresie bezobjawowym. Skala i niekorzystne wzory palenia tytoniu w Polsce doprowadziły do epidemii chorób odtytoniowych i pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Umieralność na nowotwory płuca, chorobę występującą prawie wyłącznie u palaczy tytoniu, jest w Polsce na jednym z najwyższych poziomów na świecie, przede wszystkim u mężczyzn w średnim wieku.

Szacunki epidemiologiczne wskazują, że w populacji mężczyzn w wieku 35-69 lat ok. 60% zgonów na wszystkie nowotwory złośliwe, 40% zgonów na choroby układu krążenia, 70% zgonów na schorzenia układu oddechowego i 20% zgonów na inne schorzenia, np. układu pokarmowego jest związane w Polsce z paleniem tytoniu. **Łącznie, palenie jest odpowiedzialne za ok. 40% przedwczesnych zgonów w populacji mężczyzn, a corocznie z powodu schorzeń odtytoniowych umiera przedwcześnie ponad 50 tys. Polaków.**



## CEL PROGRAMU

Celem programu jest zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtytoniowe, poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu w szczególności dla osób obciążonych chorobami układu krążenia, układu oddechowego i nowotworowymi a w konsekwencji zmniejszenie kosztów leczenia chorób odtytoniowych.

Populacja, do której skierowany jest program

- Poradnictwo antytytoniowe – osoby powyżej 18. roku życia palące tytoń.
- Diagnostyka i profilaktyka POChP – osoby pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy).

## WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH ETAPACH REALIZACJI PROGRAMU

Etap podstawowy realizacji Programu stanowi cykl zdarzeń rozliczanych jako jedno świadczenie i obejmuje:

### I. PORADNICTWO ANTYTYTONIOWE

1. zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do porzucenia palenia oraz ocenę poziomu uzależnienia od tytoniu;
2. pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi;
3. badanie fizykalne;
4. edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu; poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia; zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci;
5. w przypadku kobiet – poinformowanie również, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy oraz poinformowanie, iż w okresie prokreacji palenie tytoniu czynne i bierne wpływa niekorzystnie na przebieg ciąży i rozwój płodu;
6. porada antytytoniowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykazą gotowość rzucenia palenia w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtytoniowymi;
7. prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania.

Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazania świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym celem wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z tej Poradni.

## II. PORADNICTWO ANTYTYTONIOWE Z DIAGNOSTYKĄ I PROFILAKTYKĄ POChP (Z WYKONANIEM SPIROMETRII)

1. zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do porzucenia palenia oraz ocenę poziomu uzależnienia od tytoniu;
2. pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi;
3. badanie fizykalne;
4. badanie spirometryczne u osób w wieku 40–65 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia);
5. edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu:
  - poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia,
  - zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci,
  - w przypadku kobiet – poinformowanie również, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy.
6. porada antytytoniowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtytoniowymi; prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania.

### ETAP PODSTAWOWY PERSONEL

1. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu; dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy dodatkowym udziale pielęgniarki posiadającej co najmniej ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego lub w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

### ETAP SPECJALISTYCZNY

#### A. Postępowanie

1. Zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób

zaprzestania palenia i czas ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do zaprzestania palenia;

2. W przypadku osób skierowanych z etapu podstawowego ocena informacji zebranych o świadczeniobiorcy w etapie podstawowym i ich aktualizacja;
3. Przeprowadzenie testów oceniających poziom uzależnienia od tytoniu, motywacji do zaprzestania palenia, depresji oraz wywiadu dotyczącego objawów abstynencji;
4. Badanie przedmiotowe: pomiar masy ciała, wzrostu oraz ciśnienia tętniczego krwi;
5. Badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu;
6. Przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących;
7. W przypadku osób pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy) – kontynuację badań diagnostycznych w zakresie badania spirometrycznego lub RTG klatki piersiowej przez skierowanie do odpowiedniej poradni specjalistycznej;
8. Przeprowadzenie edukacji świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób palących tytoń:
  - poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia,
  - zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci; w przypadku kobiet – poinformowanie, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy;
9. Ustalenie wskazań i przeciwwskazań do farmakoterapii lub terapii psychologicznej (lekarz specjalista);
10. Ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii psychologicznej indywidualnej lub grupowej;
11. Zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia od tytoniu (w tym farmakoterapia lub terapia psychologiczna indywidualna lub grupowa i jego realizacja).

## B. Dokumentacja

Dla potrzeb dokumentowania realizacji programu w tym etapie zastosowanie mają wzory dokumentów:

1. Test Fagerströma,
2. Test motywacji do zaprzestania palenia (test Schneider),
3. Skala Becka do oceny depresji.

## C. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń

1. Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazania świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w Poradni Pomocy Palącym oraz zaproponowanie wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z tej Poradni;
2. Porada obejmująca: zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami programu oraz zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, aktualizację informacji z etapu podstawowego, przeprowadzenie testu Fagerströma i testu motywacji do zaprzestania palenia, ocenę depresji i objawów abstynencji, wykonanie badania przedmiotowego, przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących, oznaczenie tlenu węgla w wydychanym powietrzu, przeprowadzenie

edukacji, ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii grupowej lub indywidualnej i farmakoterapii oraz zaplanowanie schematu leczenia jest poradą wstępną w cyklu farmakoterapii lub poradą kwalifikacyjną do terapii grupowej lub indywidualnej:

- a. terapia grupowa finansowana jest dla osób z przeciwwskazaniami do farmakoterapii, ze słabszą motywacją i gotowością do zaprzestania palenia, wybierających psychoterapię,
  - grupa terapeutyczna powinna liczyć 10-12 osób,
  - terapia grupowa jest prowadzona i finansowana przez ok. 3 miesiące, zalecane jest zrealizowanie cyklu 10 spotkań z częstotliwością jedno spotkanie w tygodniu; spotkania mają na celu wzmocnienie motywacji do zaprzestania palenia tytoniu, opracowanie indywidualnego planu rzucenia palenia, nauki nowych zachowań, interakcji grupowych oraz podtrzymania chęci zaprzestania palenia; terapia grupowa obejmuje także prowadzenie ćwiczeń relaksacyjnych,
  - badania kontrolne finansowane są po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia terapii
- b. terapia farmakologiczna finansowana jest dla osób palących, silnie uzależnionych od nikotyny, ze schorzeniami, w których kontynuacja palenia stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia, w szczególności po zawale mięśnia sercowego, z POCHP, po leczeniu raka krtani, w trakcie chemioterapii, bez przeciwwskazań do farmakoterapii,
  - finansowany jest cykl leczenia obejmujący 3 porady obowiązkowe (porada wstępna oraz 2 porady kontrolne – w razie potrzeby mogą być zrealizowane i sfinansowane jeszcze 1-2 dodatkowe porady kontrolne) i 3 porady kontrolne po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia,
- c. terapia indywidualna prowadzona i finansowana jest przez ok. 3 miesiące, w cyklu do 10 spotkań, badania kontrolne finansowane są po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia terapii,

W ramach porady kontrolnej po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia finansuje się w szczególności:

1. wywiad dotyczący zaprzestania palenia;
2. badanie masy ciała i ciśnienia krwi;
3. badanie tlenu węgla w wydychanym powietrzu;
4. edukację pacjenta i wsparcie psychiczne podtrzymujące go w zaprzestaniu palenia;

Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia elektronicznej sprawozdawczości realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## ETAP SPECJALISTYCZNY - PERSONEL

- a. lekarz specjalista posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu,
- b. osoba, która jest w trakcie szkolenia w zakresie psychoterapii lub specjalista psychoterapii uzależnień (osoba, która posiada kwalifikacje specjalisty terapii uzależnień, o którym mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783, z późn. zm.), lub specjalisty psychoterapii uzależnień, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487, z późn. zm.)), lub osoba prowadząca psychoterapię (osoba, która ukończyła studia

- wyższe i szkolenie w zakresie psychoterapii),
- c. pielęgniarka lub położna przeszkolona w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu;

## WSKAŹNIKI MONITOROWANIA OCZEKIWANYCH EFEKTÓW

1. W etapie podstawowym programu
  - a. skuteczność zapraszania na badania:
    - liczba świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem,
    - liczba osób spoza listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do danego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem- liczba osób objętych Programem ogółem,
  - b. efekty badań:
    - liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia,
    - liczba osób, objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym,
    - liczba osób zakwalifikowanych do grupy ryzyka POChP,
    - liczba osób z rozpoznaniem POChP,
    - liczba osób skierowanych do etapu specjalistycznego;
2. W etapie specjalistycznym programu
  - liczba osób objętych programem,
  - liczba osób uzależnionych od tytoniu,
  - liczba osób umotywowanych do zaprzestania palenia,
  - liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia,
  - liczba osób, objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym,
  - liczba osób objętych leczeniem odwykowym w etapie specjalistycznym,
  - liczba osób, które rzuciły palenie w wyniku leczenia w etapie specjalistycznym w podziale na zastosowane metody leczenia,
  - terapia grupowa (w stosunku do liczby osób objętych terapią),
  - leczenie farmakologiczne (w stosunku do liczby osób objętych terapią),
  - liczba osób, które skorzystały z porad telefonicznych.

## WYKAZ PROCEDUR FINANSOWANYCH W RAMACH PROGRAMU

W ramach programu finansowane są następujące procedury:

- a. Etap podstawowy:
  - Poradnictwo antynikotynowe
  - Poradnictwo antynikotynowe z wykonaniem spirometrii
- b. Etap specjalistyczny
  - Porada wstępna na etapie specjalistycznym
  - Porada kontrolna na etapie specjalistycznym
  - Porada kontrolna w cyklu leczenia farmakologicznego
  - Porada kontrolna w cyklu psychoterapii grupowej i indywidualnej
  - Sesja psychoterapii grupowej
  - Sesja psychoterapii indywidualnej

## LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW REALIZUJĄCYCH PROGRAM

W Polsce jest 6148 placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), które świadczą usługi w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i **zaledwie 51 świadczeniodawców w 58 miejscach realizuje „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”, co stanowi wartość poniżej 1% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ.**

**Należy zwrócić uwagę, że w województwach dolnośląskim, łódzkim i opolskim nie ma obecnie ani jednego świadczeniodawcy, który realizowałby w/w program.**

Poniżej przedstawiono wykaz świadczeniodawców realizujących program opracowany na podstawie danych pochodzących z Serwisu Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>31</sup>.

**Wykaz placówek realizujących „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”:**

### WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

Brak realizatorów

### WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE

1. KUJAWSKO - POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII w Bydgoszczy

### WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE

1. CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SP.ZO.O. GABINET LEKARZA POZ w Łukowie
2. ZCRH ŻAGIEL MED SP. Z O.O. w Lublinie
3. MEDIVITA - PRZYCHODNIA NR 2 w Rykach
4. "DORMED" PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ w Dorohusk-Osada
5. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO w Zamościu
6. PRZYCHODNIA JAKUB, ANDRZEJ WLAŻ GABINET LEKARZA POZ w Wojsławicach
7. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ we Włodawie

### WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE

1. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" w Międzyrzeczu

### WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE

Brak realizatorów

### WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE

1. INMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ w Tarnowie
2. "PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ w Nowym Sączu

<sup>31</sup> <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-chorob-odtytoniowych>

## WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE

1. CENTRUM MEDYCZNE IM. BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R. w Radzyminie
2. CENTRUM MEDYCZNE IM. BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R. w Woli Rasztywskiej
3. "CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE" SP. Z O.O w Siedlcach ul. Niedziałka
4. "CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE" SP. Z O.O w Siedlcach ul. Kleberga
5. "CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE" SP. Z O.O w Mińsku Mazowieckim
6. MEDICAR" w Sierpcu
7. NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE w Warszawie
8. MEDICUS w Żelechowie
9. NZOZ NEUROMEDYKA w Żyrardowie
10. PETRA MEDICA SP. Z O.O. w Warszawie
11. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Orońsko
12. SP ZZ LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBORZ w Łomiankach
13. SP ZZ LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBORZ na Bielanch
14. SP ZZ LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBORZ na Żoliborzu
15. SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA PRACOWNIKÓW WOJSKA w Warszawie Śródmieście ul. Nowowiejska
16. SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA PRACOWNIKÓW WOJSKA SPZOZ w Warszawie Śródmieście ul. Andersa
17. ŚWIAT ZDROWIA OPERATOR MEDYCZNY SP. Z O.O w Gostyninie

## WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE

Brak realizatorów

## WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE

1. MARMED" Lek. Med. Bogusława i Jarosław Marzec Spółka Jawna w Mielcu
2. NZOZ Przychodnia Zdrowia w Narolu

## WOJEWÓDZTWO PODLASKIE

1. ŁOMŻYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. w Łomży

## WOJEWÓDZTWO POMORSKIE

1. NZOZ "ALMED" w Malborku
2. NZOZ PORADNIA CHOROÓB PŁUC I ALERGOLOGII w Słupsku
3. SP ZOZ w Starogardzie Gdańskim
4. SZPITAL POWIATU BYTOWSKIEGO w Bytowie
5. UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE w Gdańsku

## WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

1. BUD-MED I. PALKI-KISIEŁOWSKA SPÓŁKA JAWNA w Katowicach
2. FAMILIA SP. Z. O.O. w Siemianowicach Śląskich
3. "MEDEN" SP. Z.O.O. w Gliwicach
4. PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA w Chełmie Śląskim
5. PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO w Katowicach
6. ŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA KOBIETY w Katowicach
7. USŁUGI MEDYCZNE "Śródmieście" w Tarnowskich Górach

## WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

1. GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Sobkowie
2. EURO-MED SP. Z O. O. w Słupi
3. "PATRON" SP. Z O. O. w Kielcach
4. OSTROWIECKIE CENTRUM MEDYCZNE w Ostrowcu Świętokrzyskim
5. PRZYCHODNIA RODZINNA RASZÓWKA w Mniowie
6. PRZYCHODNIA RODZINNA w Staszowie

## WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO MAZURSKIE

1. PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Grodzicy
2. GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Rybnie

## WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE

1. PRZYCHODNIA ESKULAP w Jarocinie
2. "ZDROWIE" S.C. w Buczy
3. NZOZ "KON-VITA" w Koninie
4. RODAMED w Turku

## WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE

1. NZOZ IWONA WOŁOWICZ-NAGLIK w Szczecinie
2. NZOZ ZNACZKO w Choszcznie

## LICZBA OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM W 2022 ROKU

W Sprawozdaniu z działalności NFZ z 2022 roku opublikowano dane dotyczące realizacji „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”, które potwierdzają niewielkie zainteresowanie świadczeniodawców jego realizacją<sup>32</sup>.

**W 2022 roku liczba osób objętych programem w etapie podstawowym wyniosła 1647 a etapem specjalistycznym 913. W 2022 roku etap podstawowy realizowało 57 świadczeniodawców a etap specjalistyczny 17.**

Oznacza to, że średnio w ciągu roku jeden świadczeniodawca etapu podstawowego zrealizował usługi dla 28 osób. Natomiast jeden świadczeniodawca etapu specjalistycznego dla 53 osób.



<sup>32</sup> [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/zal\\_do\\_uchwaly\\_nr\\_16\\_sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz\\_2022\\_rok-sig.pdf](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zal_do_uchwaly_nr_16_sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_2022_rok-sig.pdf)





## PODSUMOWANIE

**W opinii świadczeniodawców niski poziom finansowania procedur w ramach programu oraz bardzo rozbudowana sprawozdawczość związana z jego realizacją są głównymi przyczynami praktycznego braku zainteresowania jego realizacją.** Udział zaledwie 1647 osób spośród 8 mln. dorosłych obywateli Polski palących tytoń w programie oznacza, że program praktycznie nie funkcjonuje.

Dodatkowym argumentem za likwidacją lub gruntowną zmianą (przebudową) programu jest Rekomendacja z 29 grudnia 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny), która wprowadza szereg zmian w tym zakresie.

Należy także podkreślić, że program nie uwzględnia wprowadzenia w 2022 roku w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej świadczenia „diagnostyki i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc”, co oznacza, że procedury dotyczące przewlekłej obturacyjnej choroby płuc mają oddzielne finansowanie.



# 15

**REKOMENDACJA  
PREZESA AOTMIT**  
W SPRAWIE ZALECANYCH  
TECHNOLOGII MEDYCZNYCH, DZIAŁAŃ  
PRZEPROWADZANYCH W RAMACH  
PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ WARUNKÓW REALIZACJI TYCH  
PROGRAMÓW, DOTYCZĄCYCH  
PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ OD  
TYTONIU (NIKOTYNY)



Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji tworzy rekomendacje, określające zalecane technologie medyczne, działania oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.<sup>33</sup>

Podstawą prawną realizacji ww. działań jest art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2555 z późn. zm.). Zgodnie z zapisami ustawy AOTMiT może przygotowywać rzeczne rekomendacje z własnej inicjatywy lub też na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dniu 29 grudnia 2023 roku wydał „Rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny)”, w której rekomenduje prowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej:

- antynikotynowych punktów konsultacyjnych, których działania powinny być dostępne dla wszystkich użytkowników wyrobów nikotynowych;
- konsultacji antynikotynowych w warunkach szpitalnych wśród hospitalizowanych pacjentów uzależnionych od nikotyny;
- działań profilaktycznych w szkołach z zakresu uzależnień od nikotyny skierowanych do uczniów, rodziców oraz wszystkich pracowników placówek oświatowych;
- szkoleń dla personelu medycznego z zakresu minimalnej interwencji antynikotynowej i komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny;
- działań informacyjno-edukacyjnych na temat ww. interwencji, a także zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny skierowanych do populacji ogólnej.

#### PONIŻEJ PRZEDSTAWIONO KLUCZOWE ZAPISY ZAWARTE W W/W REKOMENDACJI

- 1.** Tytoń jest najbardziej obciążającym czynnikiem ryzyka zdrowotnego w Polsce. W badaniu przekrojowym przeprowadzonym w marcu 2022 r. przez Ogólnopolski Panel Badawczy, regularne (codzienne) palenie tytoniu zadeklarowało 30,8% polskich mężczyzn i 27,1% kobiet, natomiast w ramach badania PolNicoYouth, 60% wszystkich badanych w 2019/2020 roku nastolatków miało za sobą inicjację nikotynową.
- 2.** Zapisy rekomendacji dotyczące użytkowników wyrobów zawierających nikotynę, stosuje się odpowiednio do wszystkich osób uzależnionych od nikotyny (w tym użytkowników wyrobów tytoniowych, e-papierosów, podgrzewaczy tytoniu czy nikotyny syntetycznej)
- 3.** Zapisy odnoszące się do farmakoterapii wspomagającej rzucanie palenia (nikotynowa terapia zastępcza) dotyczą wyłącznie produktów leczniczych, które są dostępne w aptekach. W żadnym wypadku nie rekomenduje się alternatywnych metod przyjmowania nikotyny np. w formie e-papierosów, podgrzewaczy tytoniu czy nikotyny syntetycznej.

<sup>33</sup> [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/REK/2023%2012%2029%20REKOMENDACJA\\_48aa\\_antynikoty-na-sig.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/REK/2023%2012%2029%20REKOMENDACJA_48aa_antynikoty-na-sig.pdf)

4. **Dym tytoniowy jest uznany za kancerogen najwyższej klasy, tzn. nie ma żadnych wątpliwości co do jego rakotwórczego działania.** Z danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC, ang. International Agency for Research on Cancer) wynika, że dym tytoniowy jest główną przyczyną raka płuca. Wykazano również jednoznaczny związek między paleniem tytoniu a występowaniem raka jamy ustnej i nosowej, zatok, gardła, krtani, przełyku, żołądka, trzustki, jelita grubego, wątroby, nerki, moczowodu, pęcherza moczowego, szyjki macicy, jajnika, białaczki, a także raka piersi u kobiet.
5. **Uzależnienie od tytoniu jest chorobą ujętą w międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD) w 10 rewizji jako zespół uzależnienia od tytoniu (F 17.2) i w XI rewizji jako uzależnienie od nikotyny (6C4A.2).**
6. Uzależnienie od nikotyny to choroba sfery psychicznej i fizycznej, polegająca na przymusowym i stałym zażywaniu nikotyny. Wiąże się ona z długotrwałym, codziennym używaniem wyrobów produkowanych z tytoniu (papierosy, fajki, cygara, bidis, szisza, tytoń do żucia, tytoń podgrzewany, snus itp.), zawierających nikotynę ekstrahowaną z tytoniu (papierosy elektroniczne, saszetki nikotynowe) bądź syntetyzowaną chemicznie.
7. **Znaczna część palaczy nie jest w stanie przestać palić z własnej woli i potrzebuje wsparcia.** W kategoriach medycznych przewlekłe palenie jest definiowane jako: uzależnienie od tytoniu, uzależnienie od nikotyny, nałóg tytoniowy lub nikotynizm.
8. **Inicjacja nikotynowa, a w konsekwencji możliwość uzależnienia od nikotyny często ma swój początek w okresie dojrzewania lub młodości** – badania Global Adult Tobacco Survey (GATS) przeprowadzone w 2009-2010 roku wskazywały, że 36% wszystkich palaczy w Polsce rozpoczęło swój nałóg poniżej 17 r.ż., a kolejne 55% między 18 a 24 r.ż.
9. Do objawów zespołu odstawiennego należą: ostra lub niekontrolowana potrzeba palenia, drażliwość, agresja, złość, niepokój, zmęczenie, zwiększony apetyt, trudności z koncentracją, depresja, bóle głowy, nocne przebudzenia, lekka senność, zawroty głowy.
10. **Aby rozpoznać uzależnienie od nikotyny należy stwierdzić u pacjenta codzienne lub prawie codzienne używanie nikotyny przez co najmniej 3 miesiące.** W procesie diagnostyki uzależnienia od nikotyny, poza stwierdzeniem jego występowania, określa się siłę uzależnienia od nikotyny oraz gotowość do zaprzestania jej przyjmowania.
11. Skuteczne rzucanie palenia i pokonanie uzależnienia od nikotyny wymaga złożonego podejścia, które może obejmować poradnictwo, grupy wsparcia, terapię behawioralną i terapię farmakologiczną. Większość palaczy potrzebuje wielu prób, aby całkowicie rzucić palenie, wyciągając wnioski z każdej podjętej próby.
12. Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna przeprowadził w 2023 roku badania osób palących e-papierosy z którego wynikało, że 71% badanych osób korzystało z e-papierosów więcej niż jeden raz, a 29% skorzystało z e-papierosa jednorazowo. W stosunku do wartości uzyskanych w badaniu przeprowadzonym w 2022 roku nie nastąpiły istotne zmiany.
13. **Na podstawie ogólnopolskiego badania przekrojowego, przeprowadzonego w marcu 2022 r. wskazano, że regularne (codzienne) palenie tytoniu deklarowało 30,8% polskich mężczyzn i 27,1% kobiet, a okazjonalnie – 4,3% mężczyzn i 4,2% kobiet.**
14. Spośród palących respondentów, 62,1% osób paliło tradycyjne papierosy, a 25,2% papierosy ręcznie skręcane. Biorąc pod uwagę alternatywne metody przyjmowania nikotyny, do codziennego używania e-papierosów lub podgrzewanego tytoniu przyznało się odpowiednio 4,8% i 4,0% ankietowanych.
15. **W 2019 r. w Polsce palenie tytoniu stanowiło główną przyczynę zgonów wśród mężczyzn (26,6%) oraz drugą wśród kobiet (13,8%), kształtując wskaźnik utraty lat życia w zdrowiu Polaków na poziomie 667,9 DALYs/100 tys.**

16. Zgodnie z wynikami badania PolNicoYouth z 2020 roku 60% wszystkich badanych nastolatków miało za sobą inicjację nikotynową, podczas gdy 30% uczniów kontakt z nikotyną rozpoczęło od e-papierosa. Młodzież częściej wskazywała na użytkowanie e-papierosów (29,5%) niż tradycyjnych papierosów (26,2%).
17. W zapobieganiu inicjacji palenia renomowane towarzystwa naukowe zalecają:
- Opracowanie w porozumieniu z młodzieżą i pracownikami jednostek oświatowych ogólnoszkolnej polityki antynikotynowej, zakładającej bezwzględny zakaz palenia w szkołach (na terenie i wokół obiektu) oraz prowadzenie przez dorosłych i rówieśników działań edukacyjnych.
  - Edukacja antynikotynowa powinna być integralną częścią programu nauczania w szkołach.
  - W ramach profilaktyki antynikotynowej, kluczową rolę odgrywa eliminacja reklam i promocji tytoniu oraz zakazy palenia zarówno w przestrzeniach publicznych, jak i w miejscu pracy czy ośrodkach opieki zdrowotnej.
  - Potrzeba organizowania, planowania i realizacji ogólnokrajowych, regionalnych bądź lokalnych kampanii edukacyjnych za pośrednictwem środków masowego przekazu, mających na celu zapobieganie inicjacji palenia wśród dzieci i młodzieży oraz podniesienie świadomości społeczeństwa na temat uzależniającego i szkodliwego charakteru wyrobów tytoniowych.
18. W leczeniu uzależnienia od nikotyny renomowane towarzystwa naukowe zalecają:
- Konieczność identyfikacji palących pacjentów oraz każdorazowej dokumentacji ich statusu palenia.
  - W celu podjęcia działań ukierunkowanych na zaprzestanie lub ograniczenie palenia wśród osób uzależnionych od nikotyny, podkreśla się istotę przeprowadzania minimalnej interwencji/krótkiej porady” oraz oferowania wsparcia i poradnictwa behawioralnego (w ramach terapii poznawczo-behawioralnej, rozmów motywacyjnych i treningu umiejętności) w połączeniu z farmakoterapią wspomagającą rzucanie palenia.
  - Poradnictwo behawioralne może być prowadzone stacjonarnie/face-to-face w ramach indywidualnych i/lub grupowych sesji terapeutycznych.
  - Rekomenduje się kierowanie i oferowanie poradnictwa behawioralnego w ramach tzw. antynikotynowych linii pomocowych.
  - W celu określenia nasilenia uzależnienia od nikotyny oraz gotowości do podjęcia próby porzucenia przez pacjenta nałogu, wytyczne wymieniają kwestionariusz Fagerströma oraz test Schneider jako wystandaryzowane narzędzia umożliwiające opracowanie indywidualnego planu leczenia uzależnienia od nikotyny.
19. Renomowane towarzystwa naukowe wskazują na potrzebę realizacji szkoleń dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia minimalnej interwencji oraz leczenia uzależnienia od nikotyny.
20. **Celem głównym programów polityki zdrowotnej (PPZ) powinno być ograniczenie bądź całkowite zaprzestanie** używania produktów zawierających nikotynę w trakcie trwania programu.
21. W ramach PPZ należy uwzględniać następujące interwencje: prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych, konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych, działania profilaktyczne w szkołach, szkolenie personelu medycznego, działania informacyjno-edukacyjne.
22. **Antynikotynowe Punkty Konsultacyjne** powinny być czynne w godzinach dogodnych dla mieszkańców w wymiarze minimum 15 godzin tygodniowo konsultacje; mogą być prowadzone w formie: stacjonarnej, on-line lub telefonicznej.
23. W przypadku wyrażenia gotowości do podjęcia próby rzucenia nałogu, na podstawie uzyskanych odpowiedzi eksperci w Antynikotynowych Punktach Konsultacyjnych powinni dostosować do potrzeb i preferencji pacjenta indywidualny plan leczenia uzależnienia od nikotyny.
24. Każdemu użytkownikowi wyrobów nikotynowych w trakcie pobytu w szpitalu należy udzielić

krótkiej, trwającej około 3 minut porady motywacyjnej opartej na zasadzie 5P – pytaj, poradź, planuj, pamiętaj, pomagaj.

25. W przypadku osób leczonych w szpitalu, które deklarują chęć porzucenia nałogu, ale nie mają możliwości bądź czasu na uzyskanie wsparcia behawioralnego, należy skierować je do antynikotynowego punktu konsultacyjnego, prowadzonego w ramach programu.
26. Należy zachęcać i informować personel medyczny zatrudniony w podmiotach leczniczych o dostępnych szkoleniach w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnień od nikotyny. W tym celu należy w pierwszej kolejności wypromować i przedstawić ofertę szkoleń realizowanych przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie – Państwowy Instytut Badawczy – Szkolenie personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny.
27. Zaleca się zapewnienie dodatkowych działań wspomagających edukację szkolną na temat nikotyny do czasu zakończenia nauki. Działania te mogą obejmować szkolne targi zdrowia; gościnnych prelegentów; dyskusje w klasie na temat palenia tytoniu podczas nauczania przedmiotów takich jak biologia, chemia i wiedza o społeczeństwie.
28. Zaleca się planowanie i organizowanie kampanii w środkach masowego przekazu mających na celu zapobieganie paleniu wśród populacji.

## PODSUMOWANIE

Należy pozytywnie ocenić wydanie przez AOTMiT rekomendacji w zakresie profilaktyki antytytoniowej i realizacji programów zdrowotnych w tym zakresie, co może przyczynić się do zwiększenia zainteresowania tymi działaniami na szczeblu krajowym i lokalnym. Należy podkreślić, jednak że wiele przytoczonych danych i badań nie jest aktualnych. Zgodnie z podejściem opartym na evidence based medicine, planowanie skutecznych interwencji zdrowotnych powinno być oparte na aktualnych dowodach naukowych.

# 16

**PROJEKT  
OGÓLNOPOLSKIEGO  
PROGRAMU  
PROFILAKTYKI I LECZENIA  
UZALEŻNIENIA OD PALENIA TYTONIU**



## WSTĘP

Niniejszy projekt programu zawiera modelowe rozwiązanie zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.)<sup>34</sup> oraz został przygotowany w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476)<sup>35</sup> oraz uwzględnia kluczowe zapisy Rekomendacji nr 1/2023 z 29 grudnia 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny).<sup>36</sup>

**Należy zwrócić uwagę na fakt, że pomimo podejmowanych od wielu lat wysiłków państwa i systemu ochrony zdrowia zmierzających do zmniejszenia rozpowszechnienia palenia papierosów, odsetek palących osób nie tylko nie spada, a w ostatnich latach zaczął rosnąć.**

W Polsce nałogowo pali papierosy ok. 8 mln osób, wg. statystyk codziennie na dym tytoniowy narażonych jest 4 mln dzieci, a śmiertelność z powodu chorób odtytoniowych sięga 70 000 zgonów rocznie.

**Z punktu widzenia zdrowia publicznego nie ma obecnie ważniejszego zadania niż skuteczna walka z nałogiem palenia tytoniu.** Aby osiągnąć strategiczny cel UE - spadku liczby obywateli RP używających wyrobów tytoniowych wydzielających dym poniżej 5%, wydaje się, że należy sięgnąć po doświadczenia i zalecenia krajów oraz instytucji, które proponują i wdrażają alternatywne sposoby walki z uzależnieniem od tytoniu.

Zakładając nawet 6% roczny spadek populacji palących Polaków (czyli 420 000 osób) - taka jest dzisiejsza skuteczność „klasycznych” interwencji antytytoniowych - należałoby założyć, że wszyscy nadal palący chcą każdego roku podjąć próbę porzucenia nałogu. Przy takim tempie spadku palącej populacji (6% spośród nadal palących osób) próg 5% (1 800 000 osób) osiągnięto by w Polsce w roku 2046 (1 794 000). Taki horyzont czasowy wydaje się bardzo odległy, dlatego należy poważnie rozważyć wdrożenie bardziej skutecznych programów walki z uzależnieniem od tytoniu.

# 1. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PPZ

## 1.1 OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazała, że palenie tytoniu to jeden z głównych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych.

<sup>34</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001398>

<sup>35</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002476>

<sup>36</sup> [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/REK/2023%2012%2029%20REKOMENDACJA\\_48aa\\_antynikotyina-sig.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/REK/2023%2012%2029%20REKOMENDACJA_48aa_antynikotyina-sig.pdf)



Palenie papierosów wywołuje szereg negatywnych skutków w szczególności:

- zwiększa ryzyko chorób górnych dróg oddechowych (np. przeziębienia, zapalenia krtani), ale także poważniejszych chorób płuc, w tym gruźlicy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP);
- powoduje wysokie ryzyko zachorowania na nowotwory przełyku, krtani, gardła, płuc, pęcherza moczowego, jelita grubego i innych;
- zwiększa znacznie prawdopodobieństwo chorób układu sercowo-naczyniowego; takich jak miażdżyca, choroba niedokrwienna serca czy zawał serca;
- wpływa na funkcjonowanie układu pokarmowego, podnosząc ryzyko choroby wrzodowej żołądka, a nawet raka przewodu pokarmowego;
- wpływa na pogorszenie się przebiegu chorób o podłożu autoimmunologicznym: alergii, astmy, chorób związanych ze stanami zapalnymi;
- pogłębia problemy okulistyczne lub przyspiesza ich wystąpienie, zwłaszcza w przypadku zaćmy i zwyrodnienia plamki żółtej oka;
- wpływa na obniżenie płodności oraz libido;
- wywołuje szkodliwe skutki uboczne w zestawieniu z różnymi innymi substancjami np. pigułkami antykoncepcyjnymi.

Global Burden of Disease (GBD)<sup>37</sup> szacuje, że co roku ponad 8 mln. ludzi na świecie umiera z powodu chorób odytoniowych. Inicjacja nikotynowa, a w konsekwencji uzależnienie od nikotyny często ma swój początek w okresie dojrzewania lub młodości – badania Global Adult Tobacco Survey (GATS) przeprowadzone w 2009 i 2010 roku wskazywały, że 36% wszystkich palaczy w Polsce rozpoczęło swój nałóg poniżej 17 r.ż., a kolejne 55% między 18 a 24 r.ż.<sup>38</sup>

Do objawów zespołu odstawiennego należą: ostra lub niekontrolowana potrzeba palenia, drażliwość, agresja, złość, niepokój, zmęczenie, zwiększony apetyt, trudności z koncentracją, depresja, bóle głowy, nocne przebudzenia, lekka senność, zawroty głowy. Aby rozpoznać uzależnienie od nikotyny należy stwierdzić u pacjenta codzienne lub prawie codzienne używanie nikotyny przez co najmniej 3 miesiące. W procesie diagnostyki uzależnienia od nikotyny, poza stwierdzeniem jego występowania, określa się siłę uzależnienia od nikotyny oraz gotowość do zaprzestania jej przyjmowania. Skuteczne rzucanie palenia i pokonanie uzależnienia od nikotyny wymaga złożonego podejścia, które może obejmować poradnictwo, grupy wsparcia, terapię behawioralną i terapię farmakologiczną. Większość palaczy potrzebuje wielu prób, aby całkowicie rzucić palenie, wyciągając wnioski z każdej podjętej próby.

Polska, tak jak wiele krajów na świecie (m.in. Nowa Zelandia, Szkocja, Irlandia, Kanada, Szwecja), przyjęła tzw. strategię „końca gry”, której celem jest uzyskanie statusu „kraj wolnego od tytoniu” do 2030 roku, a co za tym idzie papierosy mają być prawie całkowicie wyeliminowane, a odsetek palących w społeczeństwie powinien spaść do do 5% lub poniżej. W 2023 roku stało się jasne, że Polska nie zbliżyła się do osiągnięcia zakładanych wskaźników i potrzebna jest aktualizacja polityki antytytoniowej. Niektóre kraje, np. Szwecja, Finlandia, Nowa Zelandia, już osiągnęły ten cel lub się do niego zbliżają.

W wielu rekomendacjach międzynarodowych towarzystw naukowych wskazuje się na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, szkodliwości palenia tytoniu. Zaleca się także eduko-

<sup>37</sup> <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/smoking-and-tobacco>

<sup>38</sup> <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-adult-tobacco-survey>

wanie młodzieży w celu zapobiegania rozpoczęciu palenia tytoniu przez dzieci w wieku szkolnym i nastolatków.

## 1.2 DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Global Burden of Disease (GBD) szacuje, że co roku ponad 8 mln. ludzi na świecie umiera z powodu chorób odtytoniowych. W 2020 r. 22,3% światowej populacji używało tytoniu, w tym 36,7% ogólnej populacji mężczyzn i 7,8% kobiet.

W Polsce do codziennego palenia w 2022 r. przyznało się aż 28,8% dorosłych Polaków (30,8% mężczyzn i 27,1% kobiet) według badania Polskiej Akademii Nauk opublikowanego w raporcie „Redukcja używania tytoniu i innych produktów zawierających nikotynę, szczególnie wśród młodego pokolenia Polaków”. W ostatnich latach obserwuje się w naszym kraju tendencję zwyżkową względem lat poprzednich, pomimo prowadzenia szeregu działań mających na celu zmniejszenie odsetka osób palących.<sup>39</sup> Nałogowi palacze przeważają wśród osób określających swoją sytuację materialną jako złą (25% ogółu). Najwięcej palących jest wśród osób bez robotnych (34% ogółu) oraz gospodyń domowych (39%). Zgodnie z wynikami badania PolNicoYouth<sup>40</sup> (przeprowadzonego na przełomie 2019 i 2020 r. na grupie 16 712 młodych osób uczęszczających do 200 szkół ponadpodstawowych ze wszystkich województw), 60% wszystkich badanych nastolatków miało za sobą inicjację nikotynową.

Z powodu chorób odtytoniowych co roku umiera w Polsce ok. 70 000 osób. Biorąc pod uwagę niski odsetek osób zaprzestających palenia w ramach tradycyjnych, prowadzonych od wielu lat działań antytytoniowych (4-6%), należy rozważyć alternatywne rozwiązania, stosowane z powodzeniem w innych krajach. Jednym z nich jest umożliwienie osobom palącym, które nie są w stanie zaprzestać palenia przy użyciu rekomendowanych dotychczas interwencji (NTZ, leki na receptę, poradnictwo indywidualne i grupowe) zastosowania alternatywnych produktów zawierających nikotynę (e-papierosy, podgrzewacze tytoniu, saszetki z nikotyną, inne). To właśnie nikotyna jest tą substancją, która odpowiada za uzależnienie od tytoniu, jednak to nie ona jest przyczyną chorób odtytoniowych takich jak rak płuca, POChP, choroby układu sercowo-naczyniowego i inne. Substancje kancerogenne (powodujące wystąpienie chorób nowotworowych) to przede wszystkim substancje występujące w dymie papierosowym (które uwalniają się podczas spalania). W dymie tytoniowym występuje ok. 7000 różnych związków i substancji chemicznych, z czego 70 ma udowodnione działanie kancerogenne. Produkty alternatywne dostarczając głównie nikotynę, zaspokajają głód nikotynowy osoby palącej, jednocześnie znacznie zmniejszając ryzyko ekspozycji na dym tytoniowy (produkty bezdymne). Takie podejście może w znaczący sposób zmniejszyć ryzyko wywołania niektórych chorób nowotworowych, schorzeń kardiologicznych i chorób płuc, a w konsekwencji zmniejszyć śmiertelność wśród osób używających wyrobów tytoniowych.

## 1.3 OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA

W Polsce nie wprowadzono nowoczesnego programu wychodzenia z uzależnienia od nikotyny, finansowanego ze środków publicznych. Obowiązujący nadal „Program profilaktyki chorób odtytoniowych

<sup>39</sup> [https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/PolskieZdrowie2.0\\_II.3\\_REDUKCJA-UZYWANIA-TYTONIU-I-INNYCH-PRODUKTOW-ZAWIERAJACYCH-NIKOTYNE-SZCZEGOLNIE-WSROD-MLODEGO-POKOL.pdf](https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/PolskieZdrowie2.0_II.3_REDUKCJA-UZYWANIA-TYTONIU-I-INNYCH-PRODUKTOW-ZAWIERAJACYCH-NIKOTYNE-SZCZEGOLNIE-WSROD-MLODEGO-POKOL.pdf)

<sup>40</sup> <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M-2.pdf>

(w tym POChP)<sup>41</sup> jest realizowany w nielicznych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i w opinii ekspertów wymaga istotnych zmian w organizacji i finansowaniu, zwłaszcza w zakresie wprowadzenie procedur związanych z redukcją szkód spowodowanych paleniem papierosów.

Program ten jest realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2023 poz. 916 z późn. zm.). Dokładne warunki prowadzenia programu zostały zawarte w zarządzeniu Nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne. Warunki finansowania programu zostały umieszczone w załączniku nr 6 do ww. zarządzenia. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc obejmuje: etap podstawowy (poradnictwo antynikotynowe oraz diagnostykę i profilaktykę POChP) i etap specjalistyczny, pogłębiający etap podstawowy. W Sprawozdaniu z działalności NFZ za 2022 rok opublikowano dane dotyczące realizacji „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”, które potwierdzają niewielkie zainteresowanie świadczeniodawców jego realizacją.

W 2022 roku liczba osób objętych programem w etapie podstawowym wyniosła 1647 a etapem specjalistycznym 913. W 2022 roku etap podstawowy realizowało 57 świadczeniodawców a etap specjalistyczny 17. Oznacza to, że średnio w ciągu roku jeden świadczeniodawca etapu podstawowego zrealizował usługi dla 28 osób. Natomiast jeden świadczeniodawca etapu specjalistycznego dla 53 osób. Walkę z uzależnieniami wspiera w Polsce 309 placówek w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, dostępnych w postaci „Poradni leczenia uzależnień”. Czas oczekiwania w ok. 80% placówkach nie przekracza miesiąca (stan na 11.12.2023 r.). Warto zaznaczyć, że większość placówek nie specjalizuje się w leczeniu uzależnień od tytoniu (w całym kraju działają jedynie 3 specjalistyczne poradnie pomocy palącym – w Warszawie, Gdańsku i Krakowie).

Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB) im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie realizuje, w ramach zadań Narodowego Programu Zdrowia, ogólnopolskie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu diagnostyki oraz leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych. Ponadto, przy Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej NIO-PIB działa Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP).

Ministerstwo Zdrowia nie opracowało jednolitych standardów postępowania w celu leczenia osób uzależnionych od palenia papierosów, które obowiązywałyby w Polsce. W 2022 roku panel ekspertów wydał „Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny”.

## 2. CELE PPZ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

### 2.1 CEL GŁÓWNY

Ograniczenie bądź całkowite zaprzestanie używania produktów zawierających nikotynę w trakcie

<sup>41</sup> [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1448/Zarządzenie-111\\_2022\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1448/Zarządzenie-111_2022_DSOZ)

trwania programu, wśród 30% osób kontaktujących się z prowadzonym w programie antynikotynowym punktem konsultacyjnym.

## 2.2 CELE SZCZEGÓŁOWE

- a. Zadeklarowanie w trakcie trwania programu chęci zaprzestania lub ograniczenia użytkowania wyrobów nikotynowych, wśród 100 % uczestników programu używających produkty zawierające nikotynę.
- b. Zaprzestanie użytkowania wyrobów zawierających nikotynę w czasie pobytu w szpitalu, wśród 50 % pacjentów korzystających z konsultacji antynikotynowej podczas hospitalizacji.
- c. Całkowite porzucenie nałogu po opuszczeniu szpitala, wśród 30% pacjentów korzystających z konsultacji antynikotynowej podczas hospitalizacji.
- d. Uzyskanie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, wśród 75% uczestników programu w wieku szkolnym (do 19 lat).
- e. Uzyskanie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, wśród 75% dorosłych uczestników programu (rodziców/opiekunów, kadry szkolnej).
- f. Uzyskanie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej w zakresie prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej w trakcie komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny, wśród 80% personelu medycznego uczestniczącego w działaniach edukacyjnych.
- g. Rozpoczęcie uzupełniania lub zwiększenie liczby wypełnianych kart pacjenta dot. palenia wypełnianych podczas wizyt lekarskich przez 80 % personelu medycznego uczestniczącego w działaniach edukacyjnych w ramach programu.
- h. Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, wśród 75% uczestników działań edukacyjnych.

## 2.3 MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI REALIZACJI PPZ

**Główny:** Odsetek osób uzależnionych od nikotyny, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych, w stosunku do wszystkich osób kontaktujących się z prowadzonym w programie antynikotynowym punktem konsultacyjnym.

**Dodatkowe:**

- a. Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych względem wszystkich osób, które w pre-teście zadeklarowały użytkowanie wyrobów nikotynowych.
- b. Odsetek uzależnionych od nikotyny pacjentów, u których doszło do całkowitego zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych w czasie pobytu w szpitalu, w stosunku do wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych w warunkach szpitalnych.
- c. Odsetek uzależnionych od nikotyny pacjentów, u których doszło do zaprzestania lub redukcji

użytkowania wyrobów nikotynowych w ciągu 2 miesięcy od opuszczenia szpitala, w stosunku do wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych w warunkach szpitalnych.

- d. Odsetek osób w wieku szkolnym (do 19 lat), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, względem wszystkich uczestników programu w wieku szkolnym (do 19 lat), którzy wypełnili pre-test.
- e. Odsetek osób dorosłych (rodziców/opiekunów, kadry szkolnej), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, względem wszystkich uczestników programu w wieku szkolnym (do 19 lat), którzy wypełnili pre-test.
- f. Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy w zakresie prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej i komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- g. Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, który rozpoczął uzupełnianie lub zwiększył liczbę kart pacjenta dot. palenia wypełnianych podczas wizyt.
- h. Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

## 3. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI

### 3.1 POPULACJA DOCELOWA

#### **Prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych**

##### **Użytkownicy wyrobów nikotynowych.**

Według badań CBOS i raportu WHO w Polsce regularne palenie tytoniu deklaruje co czwarty dorosły (prawie 8 mln Polaków). Przy ograniczonych zasobach (brak przeszkolonego personelu medycznego, wysokie koszty programu) oraz potencjalne ograniczone zainteresowanie osób palących tytoń, należy oszacować potencjalną populację na poziomie 5% czyli 400 tysięcy osób, którym udzieli się porad antynikotynowych w ramach punktów konsultacyjnych.

#### **Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych**

##### **Pacjenci w trakcie pobytu w szpitalu, użytkujący wyroby nikotynowe.**

Średnio corocznie hospitalizowanych jest w Polsce około 7 mln pacjentów. Przy ograniczonych zasobach (brak przeszkolonego personelu medycznego szpitalnego, wysokie koszty programu) oraz potencjalne ograniczona liczba szpitali, w których będzie realizowany program należy oszacować potencjalną populację na poziomie 200 tysięcy pacjentów.

#### **Działania profilaktyczne w szkołach**

##### **Społeczności szkolne (uczniowie, nauczyciele, pracownicy administracyjni, personel pomocniczy), rodzice/opiekunowie.**

W roku szkolnym 2020/21 w szkołach każdego typu kształciło się 4,9 mln dzieci, młodzieży i dorosłych osób, co stanowiło 12,9% ludności kraju. Przewiduje się objęciem programem 10% populacji czyli 500 tysięcy osób.

### **Szkolenie personelu medycznego**

**Personel medyczny zatrudniony w placówkach opieki zdrowotnej z terenu realizacji programu (lekarze, pielęgniarki, położne, pielęgniarki szkolne, higienistki szkolne).**

Przewiduje się przeszkolenie 10 tysięcy przedstawicieli personelu medycznego.

### **Działania informacyjno-edukacyjne**

**Populacja ogólna.**

Przewiduje się dotarcie do jak największej populacji za pośrednictwem działań ogólnopolskich.

## **3.2** KRYTERIA KWALIFIKACJI DO PPZ ORAZ KRYTERIA WYŁĄCZENIA Z PPZ

Poniżej przedstawiono kryteria poszczególnych interwencji w PPZ:

### **a. Prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych**

#### **Kryteria włączenia**

Użytkownicy wyrobów nikotynowych.

#### **Kryteria wyłączenia**

Osoby pozostające pod opieką poradni leczenia uzależnienia od tytoniu.

### **b. Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych**

#### **Kryteria włączenia**

Pacjenci użytkujący wyroby nikotynowe w trakcie pobytu w szpitalu

#### **Kryteria wyłączenia**

- Osoby, u których stan zdrowia nie pozwala na przeprowadzenie interwencji.
- Osoby pozostające pod opieką poradni leczenia uzależnienia od tytoniu.

### **c. Działania profilaktyczne w szkołach**

#### **Kryteria włączenia**

- Uczniowie, rodzice/opiekunowie, nauczyciele, szkolni pracownicy administracyjni i personel pomocniczy.
- W przypadku uczniów poniżej 18 r.ż. – wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na wzięcie udziału dziecka w zaplanowanych szkoleniach.

#### **Kryteria wyłączenia**

W przypadku uczniów poniżej 18 r.ż. – brak wyrażenia przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na wzięcie udziału dziecka w zaplanowanych szkoleniach.

### **d. Szkolenie personelu medycznego**

#### **Kryteria włączenia**

Personel medyczny zatrudniony w placówkach opieki zdrowotnej na terenie realizacji programu.

#### **Kryteria wyłączenia**

Ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat.

#### e. Działania informacyjno-edukacyjne

##### **Kryteria włączenia**

Wszystkie osoby z terenu realizacji programu.

##### **Kryteria wyłączenia**

Brak.

## 3.3 PLANOWANE INTERWENCJE

### **Etap: Prowadzenie antynikotynowego punktu konsultacyjnego**

W celu dotarcia do jak najszerszej grupy osób palących, zalecane jest rozpowszechnianie na terenie objętym programem informacji o funkcjonującym antynikotynowym punkcie konsultacyjnym. Proponuje się nawiązanie współpracy z szerokim i zróżnicowanym gronem podmiotów funkcjonujących na obszarze realizacji PPZ (np. zakłady pracy, organizacje pozarządowe, lokalne ośrodki zdrowia, kościoły, zakłady usługowe, placówki handlowe, ośrodki sportowo-rekreacyjne, kluby fitness). Dodatkowo, informacje o dostępności antynikotynowych punktów konsultacyjnych powinny znajdować się w widocznych miejscach w przestrzeni publicznej, np. w formie plakatów bądź ulotek. Należy zawrzeć w materiałach informacyjnych szczegóły dotyczące rodzaju dostępnej pomocy, w tym godzin i dni otwarcia oraz numer kontaktowy do antynikotynowych punktów konsultacyjnych. Wskazane jest także udostępnienie informacji o działających punktach na stronie internetowej samorządów terytorialnych.

- Konsultacje mogą być prowadzone w formie: stacjonarnej, on-line lub telefonicznej.
- Antynikotynowe punkty konsultacyjne powinny podejmować proaktywny kontakt z osobami uzależnionymi od nikotyny. W tym celu należy prowadzić listę osób pozostawiających kontakt w post-testach wypełnianych po wszystkich działaniach edukacyjnych prowadzonych w ramach programu. Ponadto w ramach współpracy z podmiotami leczniczymi funkcjonującymi na terenie realizacji programu, zaleca się prowadzenie listy osób, które w trakcie wizyt lekarskich wypełniły kartę pacjenta dot. palenia wraz ze wskazaniem danych kontaktowych i zadeklarowały chęć porzucenia nałogu. Tworzone przez podmioty lecznicze listy powinny być nie rzadziej niż raz w tygodniu przekazywane do antynikotynowego punktu konsultacyjnego.
- Wskazane jest także udostępnienie informacji o działającym punkcie na stronie internetowej wraz z możliwością wypełnienia kwestionariusza dot. danych kontaktowych dla osób, które chcą rzucić palenie. W/w dane kontaktowe powinny być przekazywane do punktu nie rzadziej niż raz w tygodniu.
- Zaleca się ścisłą współpracę antynikotynowych punktów konsultacyjnych z podmiotami leczniczymi na terenie samorządu oraz organizacjami pozarządowymi, specjalizującymi się w prowadzeniu edukacji w zakresie uzależnień.
- Antynikotynowe punkty konsultacyjne powinny być czynne w godzinach dogodnych dla mieszkańców z terenu realizacji programu. Sugeruje się prowadzenie punktów w wymiarze minimum 15 godzin tygodniowo.
- Rozpoczęcie pierwszej konsultacji pacjenta powinno obejmować przeprowadzenie wystandaryzowanych testów oceniających siłę uzależnienia oraz motywację do zaprzestania palenia, ocenę uzależnienia w oparciu o osobnicze czynniki środowiskowe, informacje nt. występowania chorób współistniejących.

- W przypadku wyrażenia gotowości na podjęcie próby rzucenia nałogu, na podstawie uzyskanych odpowiedzi należy dostosować do potrzeb i preferencji pacjenta indywidualny plan leczenia uzależnienia od nikotyny.
- Zaleca się wdrożyć system wsparcia pacjentów między zaplanowanymi wizytami/telefonami w formie np. wiadomości SMS/e-mail lub aplikacji internetowych/mobilnych.
- Podczas konsultacji należy zwrócić uwagę na korzyści zdrowotne, ekonomiczne i społeczne płynące z zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych przez uczestnika. Istotnym jest, aby w trakcie porady nie prowokować, nie krytykować ani nie osądzać poczynań pacjenta punktu.
- W przypadku stwierdzenia braku motywacji do porzucenia nałogu należy zidentyfikować powody oraz uświadomić pacjenta o zagrożeniach wynikających z kontynuacji stosowania wyrobów nikotynowych. Ponadto należy wskazać pacjentowi, że w chwili podjęcia ponownej decyzji nt. rzucenia palenia/zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych, może w każdym momencie zgłosić się do działającego w ramach programu punktu.
- Zaleca się opracowanie systemu w formie dokumentacji elektronicznej, uwzględniającego dane i informacje nt. osób korzystających z porad w ramach punktu konsultacyjnego.
- Należy każdorazowo odnotowywać i aktualizować w dokumentacji elektronicznej informację nt. statusu palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych każdej osoby zgłaszającej się do punktu.
- Należy zapewnić pacjentowi prywatność rozmowy ze wskazaniem, że uzyskane informacje od uczestników są wykorzystywane wyłącznie w celu oceny efektywności działań prowadzonych przez antynikotynowy punkt konsultacyjny.
- W przypadku stwierdzenia u pacjenta silnego/fizycznego uzależnienia od tytoniu, należy zaproponować wizytę lub teleporadę lekarską w celu omówienia możliwości do zastosowania farmakoterapii wspomagającej rzucenie nałogu.
- Czas trwania konsultacji powinien być dostosowany do każdego pacjenta i wynosić nie dłużej niż 60 min w ciągu dnia na jednego pacjenta.
- W przypadku prowadzenia punktu w formie telefonicznej, należy zapewnić jak najkrótszy czas oczekiwania na połączenie z pracownikiem punktu.
- W przypadku osób, które zaprzestały palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych, należy wzmocnić motywację do kontynuacji abstynencji nikotynowej oraz zaoferować dodatkowe konsultacje w celu wsparcia w utrzymaniu abstynencji nikotynowej w ramach punktu lub ogólnopolskiej Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.
- W przypadku osób, u których doszło do nawrotu choroby, należy zapewnić możliwość dalszej współpracy z antynikotynowym punktem konsultacyjnym.
- Dwa miesiące po zrealizowaniu indywidualnego planu leczenia uzależnienia od nikotyny, należy skontaktować się z pacjentem w celu pozyskania informacji, czy doszło do trwałego ograniczenia lub całkowitego zaprzestania palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych.

### **Etap: Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych**

- Należy przeszkolić personel medyczny w zakresie opisanego etapu: „Szkolenie personelu medycznego”.
- Dopuszcza się możliwość prowadzenia interwencji w ramach niniejszego etapu przez osoby, które nie należą do personelu szpitalnego, ale zostały uprzednio przeszkolone w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu i warunków panujących w podmiocie.
- Należy przekazać pacjentom informacje na temat polityki zakazu palenia i użytkowania wyrobów nikotynowych w szpitalu.



- W obrębie placówki leczniczej powinny znajdować się łatwo dostępne materiały informacyjno-edukacyjne w zakresie zaprzestania palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych. Zaleca się stworzenie ww. materiałów w formie plakatów i ulotek, zawierających informacje o działającym antynikotynowym punkcie informacyjnym, w ramach programu antynikotynowego punktu konsultacyjnego.
- Każdemu użytkownikowi wyrobów nikotynowych w trakcie pobytu w szpitalu należy udzielić krótkiej, trwającej około 3 minuty, porady motywacyjnej opartej na zasadzie 5P – pytaj, poradź, planuj, pamiętaj, pomagaj.
- W przypadku osób, które deklarują chęć porzucenia nałogu, ale nie mają możliwości bądź czasu na uzyskanie wsparcia behawioralnego, należy skierować je do antynikotynowego punktu konsultacyjnego prowadzonego w ramach programu.
- W przypadku pacjentów deklarujących gotowość do rzucenia nałogu należy zaproponować organizację wsparcia behawioralnego podczas pobytu w szpitalu.
- Należy poinformować osoby z bliskiego otoczenia pacjenta o podjętej decyzji nt. ograniczenia lub zaprzestania przez nich użytkowania wyrobów nikotynowych. Ponadto należy zaproponować rodzinie/bliskim kontynuację wsparcia behawioralnego w punkcie prowadzonym w ramach programu. W tym celu konieczne jest przekazanie informacji, gdzie i w jaki sposób należy zgłosić pacjenta, bądź uzyskać zgodę na przekazanie do punktu danych kontaktowych do pacjenta.
- W przypadku stwierdzenia braku motywacji bądź chęci do walki z nałogiem należy zidentyfikować powody oraz uświadomić pacjenta o zagrożeniach wynikających z kontynuacji stosowania wyrobów tytoniowych. Ponadto należy zaproponować pacjentowi co najmniej ograniczenie i zmniejszenie szkodliwości palenia w ramach tzw. podejścia „redukcji szkód” (zastosowania mniej szkodliwych alternatywnych produktów do tradycyjnych papierosów, jak np. e-papierosy, podgrzewacze tytoniu, woreczki nikotynowe).
- W trakcie wypisu ze szpitala uczestników interwencji, którzy skorzystali z konsultacji w warunkach szpitalnych, należy przekazać ankietę dotyczącą skuteczności prowadzonej interwencji w zakresie zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych w czasie pobytu w szpitalu oraz motywacji pacjenta do porzucenia nałogu po opuszczeniu szpitala (bądź utrzymania abstynencji po wypisie). Ponadto należy poinformować pacjenta o możliwości kontynuacji procesu leczenia uzależnienia od nikotyny przy współpracy z antynikotynowym punktem konsultacyjnym
- Dwa miesiące po opuszczeniu szpitala przez uczestnika interwencji, należy skontaktować się z pacjentem w celu pozyskania informacji, czy doszło do trwałego ograniczenia lub całkowitego zaprzestania palenia/używania wyrobów nikotynowych. W przypadku powrotu pacjenta do nałogu należy przekazać kontakt do punktu prowadzonego w ramach programu bądź uzyskać zgodę na przekazanie telefonu do pacjenta celem proaktywnego skontaktowania się przez pracowników antynikotynowego punktu konsultacyjnego.

### **Etap: Szkolenie personelu medycznego**

- Należy zachęcać i informować personel medyczny zatrudniony w podmiotach leczniczych o dostępnych szkoleniach w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnień od nikotyny. W tym celu należy w pierwszej kolejności wypromować i przedstawić ofertę szkoleń realizowanych przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie – Państwowy Instytut Badawczy – Szkolenie personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny.
- Dopuszcza się możliwość utworzenia szkoleń dla personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnień od nikotyny zgodnie z zasadami przedstawionymi poniżej w ramach niniejszego etapu.

- W ramach programu należy realizować szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje Rada ds. programu.
- Należy uświadomić personel medyczny o działaniu antynikotynowych punktów konsultacyjnych w celu przekazywania przez nich informacji o dostępnej formie pomocy każdemu palącemu pacjentowi.
- Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, telekonferencji.
- Zaleca się realizację szkoleń dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej oraz leczenia uzależnienia od nikotyny.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Zaleca się zapewnienie dodatkowych, specjalistycznych szkoleń w zakresie udzielania wsparcia w rzucaniu nałogu dla osób pracujących ze specyficznymi grupami, na przykład osobami z zaburzeniami psychicznymi i palącymi kobietami w ciąży.

### **Etap: Działania profilaktyczne w szkołach**

- Zaleca się szerokie rozpowszechnianie opracowanej szkolnej polityki antynikotynowej i zapewnienie do niej łatwego dostępu, aby każdy korzystający z lokalu był świadomy jej treści np.: udostępnienie na stronie internetowej szkoły oraz wersji drukowanej.
- Opracowana szkolna polityka antynikotynowa powinna uwzględniać potrzeby kulturowe, specjalne potrzeby edukacyjne lub fizyczne dzieci i młodzieży np.: zapewnienie materiałów w alternatywnych formatach, takich jak zdjęcia, duży druk, brajl, audio i wideo.
- Szkolenia dla dzieci i młodzieży dotyczące problematyki uzależnień od nikotyny powinny odbywać się w otoczeniu, w którym obowiązuje brak akceptacji dla użytkowania wyrobów nikotynowych.
- Przy omawianiu kwestii związanych z nowatorskimi wyrobami nikotynowymi (w tym e-papierosami, urządzeniami do podgrzewania tytoniu i nikotyną syntetyczną), należy dzieciom i młodzieży jednoznacznie wskazać, że te alternatywne metody palenia są także groźne dla zdrowia, pociągają za sobą wysokie ryzyko uzależnienia i nie do końca znane są jeszcze odległe (długoterminowe) skutki zdrowotne ich używania.
- Forma oraz treść prowadzonych szkoleń powinna być dostosowana do wieku uczestników. Interwencje powinny być: nieoceniające, przyciągające uwagę, rzeczowe, interaktywne oraz wrażliwe na pochodzenie rodzinne, kulturę i płeć.
- Zaleca się zapewnienie dodatkowych działań wspomagających edukację klasową na temat nikotyny do czasu zakończenia nauki. Działania te mogą obejmować szkolne targi zdrowia; gościnnych prelegentów; dyskusje w klasie na temat palenia tytoniu podczas nauczania przedmiotów takich jak biologia, chemia i wiedza o społeczeństwie; angażowanie dzieci i młodzieży szkolnej w projektowanie interwencji zapobiegających upowszechnianiu używania wyrobów nikotynowych.
- Działaniami prowadzonymi w ramach programu należy objąć rodziców/opiekunów dzieci. W tym celu zaleca się uwzględnienie spotkań dzieci i młodzieży wraz z rodzicami/opiekunami w celu rozpowszechnienia edukacji antytytoniowej w środowisku rodzinnym.
- Proponuje się, aby podczas zebrań z rodzicami zachęcać rodziców i opiekunów do angażowania się w działania profilaktyczne prowadzone w szkołach.
- Należy poinformować uczniów, aby przekazywali informację i angażowali swoich rodziców/opie-

kunów w prace klasowe/domowe związane z projektowaniem antynikotynowych interwencji profilaktycznych, zarówno wśród dzieci/młodzieży, jak i członków rodziny.

- W ramach szkolenia należy poinformować uczestników o dostępnych metodach postępowania leczniczego i podać kontakt do organizacji wspomagających osoby uzależnione w procesie porzucenia nałogu. W tym celu zachęca się, aby dzieci i młodzież otrzymywała materiały edukacyjne i przekazywała je także członkom rodziny, w których zawarte będą informacje o dostępnych formach pomocy palącym/użytkownikom wyrobów nikotynowych (w tym informacje o działającym w ramach programu antynikotynowych punktów konsultacyjnych).
- W ramach działań profilaktycznych prowadzonych w szkołach, zachęca się do tworzenia inicjatyw w środowisku szkolnym w oparciu o skuteczne interwencje poparte dowodami naukowym.
- W ramach działań profilaktycznych w szkołach zaleca się korzystanie z programów stworzonych przez instytucje państwowe, bądź inne organizacje zajmujące się profilaktyką antynikotynową w szkołach.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w bezpośrednich formach edukacji jest wypełnienie anonimowego pre-testu, w którym należy zapytać o aktualne używanie wyrobów nikotynowych bądź bierne narażenie na dym tytoniowy. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. W post-teście zaleca się uwzględnienie pytania dotyczącego aktualnej gotowości do ograniczenia lub zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych oraz możliwości zapisania swojego numeru telefonu przez uczestnika, w celu rozpoczęcia proaktywnej rozmowy ze strony antynikotynowego punktu konsultacyjnego.

### **Etap: Działania informacyjno-edukacyjne**

- Należy współpracować z realizatorami istniejących inicjatyw społecznych, aby zwiększyć zasięg na temat działalności antynikotynowych punktów konsultacyjnych oraz sposobu dostępu do nich.
- Zaleca się planowanie i organizowanie kampanii w środkach masowego przekazu mających na celu zapobieganie paleniu wśród populacji, trwających przez cały okres prowadzenia programu.
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim (w szczególności informacje o utworzonych antynikotynowych punktach konsultacyjnych).
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych mogą być: wykłady, szkolenia online, konferencje. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w bezpośrednich formach edukacji jest wypełnienie pre testu, w którym należy zapytać o aktualne używanie wyrobów nikotynowych, bądź bierne narażenie na dym tytoniowy. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. W post-teście zaleca się uwzględnienie rubryki do uzupełnienia danych kontaktowych przez zmotywowanego do rzucenia nałogu uczestnika, w celu proaktywnego kontaktu ze strony antynikotynowego punktu konsultacyjnego.
- Kampania edukacyjno-informacyjna nakierowana na podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. uzależnienia od nikotyny.
- Zaleca się przeprowadzenie oceny przez Radę ds. programu we współpracy z realizatorem, czy potrzebna jest kampania w celu wsparcia polityki związanej z nielegalną sprzedażą wyrobów

nikotynowych. Jeśli kampania jest potrzebna, zaleca się wykorzystanie w jej przebiegu szeregu strategii, aby zmniejszyć atrakcyjność tytoniu i przyczynić się do zmiany nastawienia społeczeństwa do używania nikotyny – zdenormalizowania palenia w każdej grupie społecznej. Może to obejmować np.: generowanie wiadomości poprzez pisanie artykułów w prasie, wydawanie komunikatów prasowych, wykorzystanie plakatów, broszur i innych materiałów drukowanych oraz wykorzystanie mediów cyfrowych przez realizatorów programu we współpracy z Radą ds. programu.

- Zaleca się przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienie od tytoniu (nikotyny).
- W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu.

### 3.4 SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### 3.5 SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PPZ

- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

## 4. ORGANIZACJA PPZ

### 4.1 ETAPY PPZ I DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH ETAPÓW

- a. Stworzenie Rady ds. Programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m.in. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH przedstawiciele JST, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawiciele odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi zaangażowanymi specjalistami, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
- b. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie

budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48a ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- c. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu krajowym w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- d. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- e. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, lekarskiej wizyty diagnostycznej i interwencji antynikotynowej.
- f. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
- g. Zakończenie realizacji PPZ.
- h. Rozliczenie finansowe PPZ.
- i. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

## 4.2 WARUNKI REALIZACJI PPZ DOTYCZĄCE PERSONELU, WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH

### a. Wymagania dotyczące personelu.

#### **Etap: Prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych**

- psycholog kliniczny lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna i/lub,
- psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, i/lub,
- lekarz, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego, inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu [ZUT]).

#### **Etap: Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych**

- lekarz, pielęgniarka, psycholog kliniczny lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu [ZUT]).

#### **Etap: Działania profilaktyczne w szkołach**

- lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, nauczyciel, asystent dydaktyczny wyższego szczebla, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia szkoleń wśród populacji dzieci i młodzieży oraz wdrażania szkolnych polityk antytytoniowych.

W przypadku realizacji interwencji z udziałem liderów młodzieżowych, wymagane jest ich wcześniejsze odpowiednie przeszkolenie przez eksperta w tej dziedzinie.

**Etap: Szkolenie personelu medycznego**

- lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.

**Etap: Działania informacyjno-edukacyjne**

- lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych.

**b. Wymagania dotyczące warunków lokalowych i wyposażenia**

**Etap: Prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych**

Stanowisko komputerowe z dostępem do Internetu, oprogramowanie niezbędne do realizacji zadań antynikotynowego punktu konsultacyjnego (np. w zakresie prowadzenia dokumentacji elektronicznej), spełniające wymogi bezpieczeństwa informacji i zachowania poufności oraz ochrony danych osobowych.

W przypadku prowadzenia antynikotynowych punktów konsultacyjnych w formie stacjonarnej, wynajmem powierzchni biurowej/gabinetowej bądź innego stanowiska, które umożliwi przeprowadzenie konsultacji w ramach punktu, przy zachowaniu warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych.

**Etap: Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych**

Stanowisko komputerowe z dostępem do Internetu, oprogramowanie niezbędne do realizacji zadań antynikotynowego punktu konsultacyjnego (np. w zakresie prowadzenia dokumentacji elektronicznej), spełniające wymogi bezpieczeństwa informacji i zachowania poufności oraz ochrony danych osobowych.

Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc na terenie szpitala, które umożliwią przeprowadzenie konsultacji, przy zachowaniu warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych.

**Etap: Działania profilaktyczne w szkołach**

Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc na terenie szkoły, w których odbywać się będą spotkania z młodzieżą, rodzicami/opiekunami oraz pracownikami szkoły.

Wyposażenie w sprzęt umożliwiający prowadzenie wykładów np.: komputer z dostępem do Internetu, projektor w celu wyświetlania prezentacji czy filmów edukacyjnych.

**Etap: Szkolenie personelu medycznego**

Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc, w których odbywać się będą szkolenia i warsztaty. Wyposażenie w sprzęt umożliwiający prowadzenie wykładów np.: komputer z dostępem do Internetu, projektor w celu wyświetlania prezentacji czy filmów edukacyjnych.

### **Etap: Działania informacyjno-edukacyjne**

Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc, w których realizowane będą działania edukacyjne skierowane do osób zaproszonych na wykłady, szkolenia, konferencje, przy zachowaniu zasad BHP.

## **5. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PPZ**

### **5.1 MONITOROWANIE**

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie.
- Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym.
- Liczba osób, z którymi antynikotynowy punkt konsultacyjny proaktywnie skontaktował się w celu zaoferowania pomocy w zaprzestaniu używania produktów zawierających nikotynę.
- Liczba osób, które zgłosiły się do antynikotynowego punktu konsultacyjnego z prośbą o pomoc w zaprzestaniu używania produktów zawierających nikotynę.
- Liczba pacjentów szpitali, którzy skorzystali z konsultacji antynikotynowej w warunkach szpitalnych.
- Liczba osób, które po skorzystaniu z konsultacji antynikotynowej w warunkach szpitalnych zgłosiły się do antynikotynowego punktu konsultacyjnego.
- Liczba personelu medycznego, który wziął udział w szkoleniach.
- Liczba kart pacjenta dot. palenia, wypełnionych podczas wizyt lekarskich świadczonych przez personel medyczny, który wziął udział w szkoleniach.
- Liczba placówek szkolnych, które wdrożyły polityki antynikotynowe.
- Liczba dzieci, młodzieży i pracowników szkół, którzy wzięli udział w zaplanowanych szkoleniach z zakresu profilaktyki uzależnienia od nikotyny.
- Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).
- Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie.

W celu przeprowadzenia oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ, każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń.

Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych, należy przedstawić w raporcie końcowym.

### **5.2 EWALUACJA**

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu przed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Wynik ewaluacji należy umieścić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie zgromadzonych danych przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej dotyczące:

- odsetka osób, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego porzucenia nałogu,
- odsetka osób uzależnionych od nikotyny,
- odsetka osób skierowanych do antynikotynowego punktu konsultacyjnego w związku z obecnością uzależnienia od nikotyny,
- odsetka osób wyrażających chęć ograniczenia lub całkowitego zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych,
- odsetka osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat uzależnienia od nikotyny,
- odsetka osób narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego.

## 6. BUDŻET PPZ

### 6.1 KOSZTY POŚREDNIE

- Ewaluacja i monitorowanie - **100 tyś. zł.**
- Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie i monitorowanie projektu - **200 tyś. zł.**
- Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, administracyjna, finansowa, obsługa prawna w tym ta dotycząca zamówień na potrzeby funkcjonowania PPZ - **200 tyś. zł.**
- Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.) - **500 tyś. zł.**

### 6.2 KOSZTY BEZPOŚREDNIE

- Koszt przeprowadzenia etapu „Prowadzenie antynikotynowego punktu konsultacyjnego” - **80 mln zł.**
- Koszt przeprowadzenia etapu „Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych” - **30 mln zł.**
- Koszt przeprowadzenia etapu „Działania profilaktyczne w szkołach” - **20 mln zł.**
- Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenie personelu medycznego” - **30 mln zł.**
- Koszt przeprowadzenia etapu „Działania informacyjno-edukacyjne” - **10 mln zł.**

**Całkowity roczny koszt programu 171 mln zł (1 mln zł + 170 mln).**



# 17

**PROJEKT ŚWIADCZENIA  
OPIEKI KOORDYNOWANEJ  
W POZ „OGRANICZANIE LUB  
ELIMINACJA PALENIA TYTONIU”**



Świadczenia z zakresu opieki koordynowanej realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej zostały wprowadzone na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

**Obecnie w wykazie świadczeń opieki koordynowanej znajdują się następujące świadczenia:**

- a. diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków lub
- b. diagnostyka i leczenie cukrzycy, lub
- c. diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, lub
- d. diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.
- e. diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek, nadczynności tarczycy i stanu przedcukrzycowego (od listopada 2023 roku)

W celu poprawy efektywności i zapewnieniu dostępności do profilaktyki uzależnień od tytoniu należy rozważyć możliwość wprowadzenia odpowiednich procedur do realizacji w ramach koordynowanej opieki w podstawowej opiece zdrowotnej.

**Poniżej przedstawiono propozycję projektu nowego świadczenia wpisanego do wykazu świadczeń gwarantowanych „Ograniczanie lub eliminacja palenia tytoniu”.**

Projekt świadczenia uwzględnia Rekomendacje z 29 grudnia 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny).

**PROJEKT ŚWIADCZENIA OPIEKI KOORDYNOWANEJ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ.**

**1** WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ OPIEKI KOORDYNOWANEJ: „OGRANICZANIE LUB ELIMINACJA PALENIA TYTONIU”

**2** WYPOSAŻENIE W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

Smokelyzer – urządzenie do pomiaru zawartości CO – tlenku węgla, w wydychanym powietrzu.

**3** ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Dostęp pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub psychologa klinicznego lub osoby w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, psychoterapeuty lub osoby ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, edukatora zdrowot-

nego, specjalistę zdrowia publicznego lub inny przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu [ZUT]).

Porada kompleksowa obejmuje: 1) wywiad; 2) badanie przedmiotowe; 3) analizę wyników badań i stosowanego leczenia; 4) opracowanie „Indywidualnego Planu Opieki Medycznej”.

Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie z harmonogramem czasu pracy świadczeniodawców posiadających zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

## 4 WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ OPIEKI KOORDYNOWANEJ:

### Personel

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu [ZUT]).
- pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, psycholog kliniczny lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu [ZUT]).

## 5 ZAKRES ŚWIADCZENIA

**a. Porada lekarska (Kompleksowa)** z przeprowadzeniem wystandaryzowanych testów oceniających siłę uzależnienia (test Fagerstroma) oraz motywacji do zaprzestania palenia (test Schneidera);

1. Pozyskanie informacji o:
  - wieku rozpoczęcia palenia,
  - miesiącach/latach używania wyrobów nikotynowych,
  - liczbie wypalanych papierosów lub liczbie używanych nowatorskich wyrobów nikotynowych (np. ilości zużywanego tytoniu dziennie lub ilości zużywanego płynu do ponownego napełniania papierosów elektronicznych tygodniowo),
  - liczbie podjętych prób i dotychczasowych sposobach zaprzestania palenia,
  - codziennych nawykach pacjenta, którym towarzyszy korzystanie z wyrobów nikotynowych;
2. Ocenę uzależnienia w oparciu o osobnicze czynniki środowiskowe takie jak:
  - obecność palących i uzależnionych od nikotyny rodziców/opiekunów oraz innych członków rodziny,
  - obecność kontaktów z rówieśnikami, u których stwierdza się obecność uzależnienia

- od nikotyny,
  - wszelkie trudności wynikające z miejsca bytowania i stosunków społecznych;
3. Informacje nt. występowania chorób współistniejących:

W przypadku wyrażenia gotowości na podjęcie próby rzucenia nałogu, na podstawie uzyskanych odpowiedzi, należy dostosować do potrzeb i preferencji pacjenta **indywidualny plan leczenia** uzależnienia od nikotyny, obejmujący:

    - przekazanie informacji nt. metod i sposobów rzucania palenia/zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych,
    - wdrożenie interwencji nacelowanej na ograniczenie lub całkowite porzucenie nałogu,
  4. Rozmowę motywacyjną i wsparcie psychologiczno-behawioralne, nastawione na przepracowanie podstawowych problemów i trudności pacjenta, prowadzone według określonej metody (np. teorii poznawczo-behawioralnej, terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach),
  5. Ustalenie wspólnie z pacjentem możliwych do zrealizowania zadań do czasu następnej konsultacji,
  6. Przekazanie informacji nt. możliwego wystąpienia zespołu odstawiennego ze wskazaniem często obserwowanych objawów,
  7. Ustalenie kolejnego terminu porady w celu kontynuacji leczenia.

#### b. Porady edukacyjne

Porady edukacyjno-motywacyjne (interwencje behawioralne) o zwiększonej intensywności w liczbie nie więcej niż 6 porad zgodnie z indywidualnym planem leczenia, realizowane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, psychologa klinicznego lub osobę w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, psychoterapeutę lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, edukatora zdrowotnego, specjalistę zdrowia publicznego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu [ZUT]).

#### c. Porada lekarska kontrolna

Dwa miesiące po zrealizowaniu indywidualnego planu leczenia uzależnienia od nikotyny, należy skontaktować się z pacjentem w celu pozyskania informacji, czy doszło do trwałego ograniczenia lub całkowitego zaprzestania palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych.

W przypadku osób, które zaprzestały palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych, należy wzmocnić motywację do kontynuacji abstynencji nikotynowej oraz zaoferować dodatkowe konsultacje w ramach porad w POZ w celu wsparcia w utrzymaniu abstynencji nikotynowej lub ogólnopolskiej Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.

W przypadku osób, u których nie udało się ograniczyć lub wyeliminować palenia, należy zapewnić możliwość dalszej relacji terapeutycznej z lekarzem rodzinnym ze wskazaniem, że:

- leczenie uzależnienia od nikotyny jest procesem terapeutycznym, w którym zdarzają się powroty do nałogu,
- przerwanie abstynencji nie wyklucza w przyszłości powodzenia w zaprzestaniu palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych przez pacjenta, w szczególności, gdy osoba uzależniona wyraża chęć i jest świadoma swojego nałogu,

- nawrót do użytkowania wyrobów nikotynowych nie jest jednoznaczny z podjęciem działań od nowa i możliwe jest dopasowanie dotychczas realizowanego indywidualnego planu leczenia.

## **KLUCZOWE ZAPISY ZARZĄDZENIA PREZESA NFZ DOTYCZĄCE OPIEKI KOORDYNOWANEJ W POZ**

Szczegółowe warunki udzielania świadczeń związane z realizacją umowy z NFZ w obszarze opieki koordynowanej określa Zarządzenie nr 124/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.<sup>41</sup>

Poniżej zaprezentowano kluczowe zapisy w/w zarządzenia związane z projektem świadczenia „Ograniczanie lub eliminacja palenia tytoniu”, które wymagają doprecyzowania:

- Lekarz POZ obejmujący opieką świadczeniobiorcę w ramach zakresu świadczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej obowiązany jest do przeprowadzenia przynajmniej jednej porady kompleksowej w roku kalendarzowym, podobnie w przypadku świadczenia „Ograniczanie lub eliminacja palenia tytoniu” (1 x rok).
- W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorcy w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej finansuje się w danym roku kalendarzowym:
  - nie więcej niż 3 konsultacje dietetyczne;
  - nie więcej niż 6 porad edukacyjnych;
  - poradę kompleksową (jedną).

## **WARUNKI FINANSOWE NA PODSTAWIE REKOMENDACJI PREZESA AOTMIT Z 29 GRUDNIA 2023 ROKU**

- Porada Kompleksowa Lekarska (Wstępna antynikotynowa porada specjalistyczna) - 200,50 zł (zgodnie z Zarządzeniem nr 156/2023/DSOZ Prezesa NFZ)
- Porada Kontrolna Lekarska (Antynikotynowa porada kontrolna) - 93,10 zł
- Porada edukacyjna (Antynikotynowa porada kontrolna w cyklu psychoterapii indywidualnej) - 93,10 zł



<sup>41</sup> <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1242022dsoz,7571.html>

## BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 12:

1. Liu, B., Li, Y.-M., Wu, S.-B., Li, Y.-H., Deng, S.-S., and Xia, Z.-L., Pyrolysis characteristic of tobacco stem studied by Py-GC/MS, TG-FTIR, and TG-MS. *BioRes*, 2013. 8(1): p. 220-230.
2. Li, X., et al., Chemical Analysis and Simulated Pyrolysis of Tobacco Heating System 2.2 Compared to Conventional Cigarettes. *Nicotine Tob Res*, 2019. 21(1): p. 111-118.
3. Cozzani, V., et al., An experimental investigation into the operation of an electrically heated tobacco system. *Thermochimica Acta*, 2020. 684: p. 178475.
4. Tayyarah, R. and G.A. Long, Comparison of select analytes in aerosol from e-cigarettes with smoke from conventional cigarettes and with ambient air. *Regul Toxicol Pharmacol*, 2014. 70(3): p. 704-10.
5. Azzopardi, D., C. Liu, and J. Murphy, Chemical characterization of tobacco-free "modern" oral nicotine pouches and their position on the toxicant and risk continuums. *Drug Chem Toxicol*, 2022. 45(5): p. 2246-2254.
6. Back, S., et al., Harmful and potentially harmful constituents (HPHCs) in two novel nicotine pouch products in comparison with regular smokeless tobacco products and pharmaceutical nicotine replacement therapy products (NRTs). *BMC Chem*, 2023. 17(1): p. 9.
7. FDA. Harmful and Potentially Harmful Constituents" in Tobacco Products as Used in Section 904(e) of the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (Revised). 2016 [cited 2023; Available from: <http://www.fda.gov/downloads/TobaccoProducts/Labeling/RulesRegulationsGuidance/UCM241352.pdf>.
8. WHO, IARC Monographs on the identification of carcinogenic hazard to humans. International Agency for Research on Cancer.
9. Canada, M.o.J., Tobacco Reporting Regulations. 2009 (2023).
10. International Organization for Standardization. Routine analytical cigarette-smoking ISO:3308:2020 Forth edition. 2020.
11. CORESTA. No. 81 - Routine Analytical Machine for E-Cigarette Aerosol Generation and Collection - Definitions and Standard Conditions. 2015.
12. Bekki, K., et al., Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. *J uoeh*, 2017. 39(3): p. 201-207.
13. Bentley, M.C., et al., Comprehensive chemical characterization of the aerosol generated by a heated tobacco product by untargeted screening. *Anal Bioanal Chem*, 2020. 412(11): p. 2675-2685.
14. Eaton, D., et al., Assessment of tobacco heating product THP1.0. Part 2: Product design, operation and thermo-physical characterisation. *Regul Toxicol Pharmacol*, 2018. 93: p. 4-13.
15. Farsalinos, K.E., et al., Carbonyl emissions from a novel heated tobacco product (IQOS): comparison with an e-cigarette and a tobacco cigarette. *Addiction*, 2018. 113(11): p. 2099-2106.
16. Forster, M., et al., Assessment of novel tobacco heating product THP1.0. Part 3: Comprehensive chemical characterisation of harmful and potentially harmful aerosol emissions. *Regul Toxicol Pharmacol*, 2018. 93: p. 14-33.
17. Perezhogina, T.A., et al., Investigation of Volatile Organic Compounds and Benzo[a]pyrene Contents in the Aerosols of Cigarettes and IQOS Tobacco Heating System Using High-Performance Gas Chromatography/Mass Spectrometry. *BioNanoScience*, 2021. 11(4): p. 939-945.
18. Salman, R., et al., Free-Base and Total Nicotine, Reactive Oxygen Species, and Carbonyl Emissions From IQOS, a Heated Tobacco Product. *Nicotine & Tobacco Research*, 2018. 21(9): p. 1285-1288.
19. Cunningham, A., et al., The Evolving E-cigarette: Comparative Chemical Analyses of E-cigarette Vapor and Cigarette Smoke. *Front Toxicol*, 2020. 2: p. 586674.
20. Margham, J., et al., The Chemical Complexity of e-Cigarette Aerosols Compared With the Smoke From a Tobacco Burning Cigarette. *Front Chem*, 2021. 9: p. 743060.
21. Margham, J., et al., Chemical Composition of Aerosol from an E-Cigarette: A Quantitative Comparison with Cigarette Smoke. *Chem Res Toxicol*, 2016. 29(10): p. 1662-1678.
22. Pinto, M.I., et al., Chemical characterisation of the vapour emitted by an e-cigarette using a ceramic wick-based technology. *Sci Rep*, 2022. 12(1): p. 16497.
23. Bosilkovska, M., et al., Exposure to harmful and potentially harmful constituents decreased in smokers switching to Carbon-Heated Tobacco Product. *Toxicol Lett*, 2020. 330: p. 30-40.
24. Gale, N., et al., Changes in Biomarkers of Exposure on Switching From a Conventional Cigarette to the glo Tobacco Heating Product: A Randomized, Controlled Ambulatory Study. *Nicotine Tob Res*, 2021. 23(3): p. 584-591.

25. Gale, N., et al., Changes in biomarkers after 180 days of tobacco heating product use: a randomised trial. *Intern Emerg Med*, 2021. 16(8): p. 2201-2212.
26. Gale, N., et al., Changes in Biomarkers of Exposure on Switching From a Conventional Cigarette to Tobacco Heating Products: A Randomized, Controlled Study in Healthy Japanese Subjects. *Nicotine Tob Res*, 2019. 21(9): p. 1220-1227.
27. Haziza, C., et al., Reduction in Exposure to Selected Harmful and Potentially Harmful Constituents Approaching Those Observed Upon Smoking Abstinence in Smokers Switching to the Menthol Tobacco Heating System 2.2 for 3 Months (Part 1). *Nicotine Tob Res*, 2020. 22(4): p. 539-548.
28. Haziza, C., et al., Assessment of the reduction in levels of exposure to harmful and potentially harmful constituents in Japanese subjects using a novel tobacco heating system compared with conventional cigarettes and smoking abstinence: A randomized controlled study in confinement. *Regul Toxicol Pharmacol*, 2016. 81: p. 489-499.
29. Haziza, C., et al., Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 8: 5-Day randomized reduced exposure clinical study in Poland. *Regul Toxicol Pharmacol*, 2016. 81 Suppl 2: p. S139-s150.
30. Haziza, C., et al., Biomarker of exposure level data set in smokers switching from conventional cigarettes to Tobacco Heating System 2.2, continuing smoking or abstaining from smoking for 5 days. *Data Brief*, 2017. 10: p. 283-293.
31. Lüdicke, F., et al., Effects of Switching to a Heat-Not-Burn Tobacco Product on Biologically Relevant Biomarkers to Assess a Candidate Modified Risk Tobacco Product: A Randomized Trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2019. 28(11): p. 1934-1943.
32. Lüdicke, F., et al., Reduced Exposure to Harmful and Potentially Harmful Smoke Constituents With the Tobacco Heating System 2.1. *Nicotine Tob Res*, 2017. 19(2): p. 168-175.
33. Lüdicke, F., et al., Evaluation of Biomarkers of Exposure in Smokers Switching to a Carbon-Heated Tobacco Product: A Controlled, Randomized, Open-Label 5-Day Exposure Study. *Nicotine Tob Res*, 2016. 18(7): p. 1606-13.
34. Lüdicke, F., et al., Effects of Switching to the Tobacco Heating System 2.2 Menthol, Smoking Abstinence, or Continued Cigarette Smoking on Biomarkers of Exposure: A Randomized, Controlled, Open-Label, Multicenter Study in Sequential Confinement and Ambulatory Settings (Part 1). *Nicotine Tob Res*, 2018. 20(2): p. 161-172.
35. McEwan, M., et al., A randomized controlled study in healthy participants to explore the exposure continuum when smokers switch to a tobacco heating product or an E-cigarette relative to cessation. *Toxicol Rep*, 2021. 8: p. 994-1001.
36. Tran, C.T., et al., Reduced levels of biomarkers of exposure in smokers switching to the Carbon-Heated Tobacco Product 1.0: a controlled, randomized, open-label 5-day exposure trial. *Sci Rep*, 2020. 10(1): p. 19227.
37. Yuki, D., et al., Assessment of the exposure to selected smoke constituents in adult smokers using in-market heated tobacco products: a randomized, controlled study. *Sci Rep*, 2022. 12(1): p. 18167.
38. Jay, J., et al., Five-Day Changes in Biomarkers of Exposure Among Adult Smokers After Completely Switching From Combustible Cigarettes to a Nicotine-Salt Pod System. *Nicotine Tob Res*, 2020. 22(8): p. 1285-1293.
39. Rensch, J., et al., A Randomized, Controlled Study to Assess Changes in Biomarkers of Exposures Among Adults Who Smoke That Switch to Oral Nicotine Pouch Products Relative to Continuing Smoking or Stopping All Tobacco Use. *J Clin Pharmacol*, 2023. 63(10): p. 1108-1118.
40. Bhatta, D.N. and S.A. Glantz, Association of E-Cigarette Use With Respiratory Disease Among Adults: A Longitudinal Analysis. *Am J Prev Med*, 2020. 58(2): p. 182-190.
41. Li, D., et al., Association of smoking and electronic cigarette use with wheezing and related respiratory symptoms in adults: cross-sectional results from the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) study, wave 2. *Tob Control*, 2020. 29(2): p. 140-147.
42. Hedman, L., et al., Association of Electronic Cigarette Use With Smoking Habits, Demographic Factors, and Respiratory Symptoms. *JAMA Netw Open*, 2018. 1(3): p. e180789.
43. Alzahrani, T., et al., Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction. *Am J Prev Med*, 2018. 55(4): p. 455-461.
44. Farsalinos, K.E., et al., Is e-cigarette use associated with coronary heart disease and myocardial infarction? Insights from the 2016 and 2017 National Health Interview Surveys. *Ther Adv Chronic Dis*, 2019. 10: p. 2040622319877741.
45. Parekh, T., S. Pemmasani, and R. Desai, Risk of Stroke With E-Cigarette and Combustible Cigarette Use in Young Adults. *Am J Prev Med*, 2020. 58(3): p. 446-452.



**Instytut Człowieka Świadomego**

Al. Jerozolimskie 44  
00-024 Warszawa

[biuro@instytutczlowiekaswiadomego.pl](mailto:biuro@instytutczlowiekaswiadomego.pl)

[www.instytutczlowiekaswiadomego.pl](http://www.instytutczlowiekaswiadomego.pl)