



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**

HEALTHCARE POLICY SUMMIT

CHOROBY CYWILIZACYJNE

Raport z konferencji naukowej,
która odbyła się w dniu 29 maja 2023 r.
w Warszawie w trybie hybrydowym



Raport z konferencji naukowej
pt. Healthcare Policy Summit. Choroby cywilizacyjne.
Instytut Rozwoju Spraw Społecznych.
Warszawa. Maj 2023

Redakcja naukowa: Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA



Uczestnicy w kolejności alfabetycznej:

1. Małgorzata Bogusz, Prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych
2. Dr n. med. Ewa Chmielowska, Ordynator Pododdziału Chemioterapii i Oddziału Chemioterapii Jednodniowej w Specjalistycznym Szpitalu Onkologicznym NU-MED sp. z o.o. w Tomaszowie Mazowieckim
3. Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki oraz Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019
4. Prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal, Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, Kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie
5. Prof. dr n. med. Edward Franek, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie
6. Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
7. Dr n. med. Dorota Kiprian, Specjalista radioterapii onkologicznej, Naczelny Radioterapeuta, Kierownik Zakładu Radioterapii I, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy
8. Prof. dr hab. n. o zdr. Katarzyna Koziak, Kierownik Zakładu Biochemii i Żywnienia, Warszawski Uniwersytet Medyczny
9. Dr n. med. Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Maciej Merkiś, Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego
11. Natalia Miller, Dyrektor Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych
12. Dr Anders Milton, CEO Swedish Medical Association
13. Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
14. Prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, Prorektor ds. Nauki i Rozwoju, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
15. Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Dziekan, Główny Inspektor Sanitarny w latach 2018–2020
16. Prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec, Członek Zarządu Głównego Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; Wiceprezes Zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Prorektor ds. Nauki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
17. Dr n. roln. Jarosław Sachajko, Posel na Sejm RP
18. Prof. Bolesław Samoliński, Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
19. Dr hab. n.med. Radostaw Sierpiński, Prezes Agencji Badań Medycznych
20. Dr n. med. Rafał Staszewski, Zastępca Prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych
21. Prof. dr hab. n. med. Filip Szymański, Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych, Dziekan Wydziału Medycznego, Collegium Medicum Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
22. Prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar, Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
23. Jindřich Vobořil, MA, PG. Dip., CEO Podané ruce o.p.s., Wiceprzewodniczący Rady Rządu Republiki Czeskiej ds. koordynacji polityki przeciwnarkotykowej (RVKPP) oraz Dyrektor Departamentu Polityki Przeciwnarkotykowej Kancelarii Rządu Republiki Czeskiej, Krajowy Koordynator ds. przeciwdziałania narkomanii w latach 2010–2018

Cytacja: *Healthcare Policy Summit. Choroby cywilizacyjne.* Instytut Rozwoju Spraw Społecznych.
Warszawa. Maj 2023

Spis treści

WSTĘP Małgorzata Bogusz, Prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych	4
WPROWADZENIE dr n. med. Jakub Gierczyński MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia, Natalia Miller, Dyrektor Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych	6
Analiza przekrojowa najbardziej efektywnych polityk zdrowotnych w zakresie redukcji palenia tytoniu na przykładzie Szwecji, Czech, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz Wielkiej Brytanii. ZAGADNIENIE WZGLĘDNEJ HIERARCHII RYZYKA (RRH)	10
Szwecja	10
Czechy	12
Nowa Zelandia	13
Stany Zjednoczone	14
Wielka Brytania	16
ZAGADNIENIE WZGLĘDNEJ HIERARCHII RYZYKA (RRH)	18
WYKŁAD WPROWADZAJĄCY • Paradygmat redukcji szkód a zdrowie publiczne prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Dziekan, Główny Inspektor Sanitarny w latach 2018–2020	20
O autorze	20
Wprowadzenie	20
Konsekwencje czynników ryzyka, w aspekcie palenia papierosów	20
Wnioski	21
WYKŁAD WPROWADZAJĄCY • Paradygmat redukcji szkód w zdrowiu publicznym. Czy dążenie do złotego standardu zawsze jest korzystne? Jindřich Vobořil, MA, PG. Dip., CEO Podané ruce, Wiceprzewodniczący Rady Rządu Republiki Czeskiej ds. koordynacji polityki przeciwnarkotykowej oraz Dyrektor Departamentu Polityki Przeciwnarkotykowej Kancelarii Rządu Republiki Czeskiej, Krajowy Koordynator ds. przeciwdziałania narkomanii od 2010 do 2018 roku	22
O autorze	22
Wprowadzenie	23
Narodowa strategia zapobiegania i ograniczania szkód związanych z zachowaniami nałogowymi 2019–2027	23
Wnioski	24
OKRĄGŁY STÓŁ: Paradygmat redukcji szkód, a zdrowie publiczne. Czy dążenie do osiągnięcia złotego standardu zawsze przynosi korzyści?	25
■ Dr hab. n. med. Radostaw Sierpiński, Prezes Agencji Badań Medycznych	25
■ Dr Tomasz Latos, Poseł, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia	26
■ Prof. dr hab. n. med. Filip Szymański, Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych, Dziekan Wydziału Medycznego, Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego	26
■ Prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal, Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, Kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie	28
■ Prof. Bolesław Samoliński, Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny	29
■ Dr n. med. Rafał Staszewski, Zastępca Prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych ..	31
■ Dr Anders Milton, CEO Swedish Medical Association	31

■ Prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, Prorektor ds. Nauki i Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	32
■ prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego	34
■ Prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar, Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawski Uniwersytet Medyczny	35
■ Prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec, Członek Zarządu Głównego Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; Wiceprezes Zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Prorektor ds. Nauki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	38
■ Dr n. med. Dorota Kiprian, Specjalista radioterapii onkologicznej, Naczelny Radioterapeuta, Kierownik Zakładu Radioterapii I, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy	38
■ Dr n. med. Ewa Chmielowska, Ordynator Pododdziału Chemioterapii i Oddziału Chemioterapii Jednodniowej w Specjalistycznym Szpitalu Onkologicznym NU-MED sp. z o.o. w Tomaszowie Mazowieckim	40
■ Dr n. roln. Jarosław Sachajko, Posel na Sejm RP	40
■ Maciej Merkiś, Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego	41
■ Prof. dr hab. n. o zdr. Katarzyna Koziak, Kierownik Zakładu Biochemii i Żywności, Warszawski Uniwersytet Medyczny	42
■ Prof. dr n. med. Edward Franek, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie	42
■ Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego, Kierownik Zakładu Farmakoeconomicznego oraz Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019	43
■ Natalia Miller, Dyrektor Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych	44
PODSUMOWANIE Małgorzata Bogusz, Prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych	45
WNIOSKI	46
REKOMENDACJE	46
BIBLIOGRAFIA	47

WSTĘP

Małgorzata Bogusz

Prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych

W imieniu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych mam zaszczyt i przyjemność serdecznie powitać Państwa na kolejnym, siódmym już wydarzeniu w ramach Healthcare Policy Summit – tym razem poświęconego tematyce **chorób cywilizacyjnych**. Po raz kolejny gościmy tutaj grono wybitnych ekspertów i interesariuszy – zarówno tych polskich, jak i zagranicznych – aby wspólnie przyjrzeć się licznym aspektom zdrowia publicznego i zastanowić się nad rozwiązaniami, które pozwolą odpowiedzieć na te niezmiernie trudne wyzwania z obszarów zdrowia publicznego. W dyskusji poruszymy cały wachlarz zagadnień składających się na pojęcie zdrowia publicznego. W tym miejscu warto nawiązać do koncepcji tzw. **Pól Lalonda** opisujących, jakie czynniki mają wpływ na nasze zdrowie. Wynika z niej, że najważniejszym z nich, bo stanowiącym aż **50%**, jest nasz styl życia – aktywność fizyczna, używki, bądź ich brak, a także zdrowe nawyki związane z dietą, snem, nawadnianiem organizmu. Kolejne 20% to kwestie środowiskowe i czyste powietrze, następne 15% to czynniki genetyczne, a ostatnie 15% to system ochrony zdrowia – przede wszystkim dostępność do świadczeń, a także odmieniana w ostatnim czasie przez wszystkie przypadki – jakość.



Jednym z najpoważniejszych wyzwań, które stawiają przed nami choroby cywilizacyjne, są **choroby nowotworowe**. Jako sprawozdawczynie Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego (EKES) do opinii w sprawie Europejskiego Planu Walki z Rakiem, ten temat jest mi szczególnie bliski. Plan ten ma na celu **podnoszenie świadomości na temat kluczowych czynników ryzyka jak: palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, otyłość**, narażenie na zanieczyszczenia, substancje rakotwórcze i promieniowanie. Dlatego z ogromną radością obserwuję, jak Polska wdraża kolejne elementy tego ambitnego planu. Dobitym i bardzo aktualnym przykładem takiego działania jest wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia **darmowych szczepień na HPV** od 1 czerwca 2023 r. To ważny krok w zapobieganiu wirusowi brodawczaka ludzkiego i pozostaje nam liczyć na to, że zda on celująco swój egzamin.

Dzisiaj będziemy dyskutować o kluczowych zagadnieniach **zdrowia publicznego**. Są to zagadnienia dotyczące m.in. skutecznych rozwiązań profilaktyki otyłości w Polsce, na którym to polu podejmowane jest w naszym kraju wiele potrzebnych inicjatyw – takich, jak wprowadzenie KOS-BAR (modelu kompleksowej opieki bariatrycznej). Dotkniemy też problemu odbudowy zdrowia społeczeństwa w kontekście **długu zdrowotnego**, który wynikł po pandemii COVID-19. Szczególnie dotknięte koronawirusem i jego konsekwencjami były osoby zmagające się z problemami psychicznymi, dlatego w naszych dyskusjach nie możemy zapominać o tym obszarze. Innym wyzwaniem dla zdrowia publicznego, którym się zajmujemy, są **zagadnienia związane ze zwalczaniem uzależnień** – zaczynając od uzależnienia od narkotyków. Tym tematem zajmowałam się z ramienia EKES przy powoływaniu European Drug Agency. Substancjami uzależniającymi są nie tylko narkotyki. To także zbierający dramatyczne żniwo w Polsce alkoholizm oraz nikotynizm, którego konsekwencje nie dotyczą jedynie osób palących, lecz całe ich otoczenie. W tym miejscu wrócę jeszcze raz do wspomnianej już opinii EKES dotyczącej Europejskiego Planu Walki z Rakiem – w dokumencie tym podkreślamy, jak ważna jest **redukcja palenia tytoniu**, a jednocześnie – co równie istotne – wspieramy prowadzenie dalszych badań nad testowaniem zawartości emisji dymu, aby wiedzieć więcej o tym, w jaki sposób możemy szybko i efektywnie ten problem zwalczać¹.

W swoim planie Komisja Europejska zamierza wdrażać rozwiązania mające przyczynić się do stworzenia „**pokolenia wolnego od tytoniu**” (ang. *Tobacco-Free Generation*). Koncepcja ta przewiduje, że **do 2040 roku tytoniu używać będzie mniej niż 5% populacji** (przy czym obecnie jest to około 25%). W czasach coraz szybciej rozwijających się nowatorskich technologii, walka z nikotynizmem wkracza na nowe tory. Na całym świecie, a szczególnie w Europie, toczy się obecnie dyskusja na temat zagadnienia *harm reduction*, czyli **redukcji szkód spowodowanych nadużywaniem szkodliwych substancji**. W Czechach możemy obecnie dostrzec jedno z pionierskich i jednocześnie bardzo przemyślanych podejść do tego zagadnienia. Nasi południowi sąsiedzi przyjęli w kwietniu Plan Walki z Uzależnieniami na lata 2023–2025, który obejmuje szeroką strategię przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu, papierosów, substancji psychoaktywnych, ale także hazardu i świata cyfrowego. Inicjatywa ta stanowi filar nowej czeskiej polityki zdrowotnej i dąży do zmniejszenia negatywnych skutków uzależnień poprzez minimalizację ryzyka zdrowotnego i ograniczanie

1 Europe's Beating Cancer Plan. 2022 https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

skutków natógów, a nie – jak miało to miejsce dotychczas – poprzez politykę zakazywania. Pan Jindřich Vobořil, czeski koordynator krajowy ds. polityki uzależnień, prezentując ów plan wskazywał na to, jak ważne jest różnicowanie regulacji oparte na udokumentowanej wiedzy – dlatego właśnie w Czechach planowane jest wypracowanie rozwiązań mających promować alternatywne rozwiązania wobec palenia tytoniu, bo to właśnie od papierosów Czesi są najbardziej uzależnieni. Mówiąc o redukcji szkód, nie można nie wspomnieć także o przykładzie sprawującej obecnie Prezydencję w UE Szwecji, która wprowadziła bardzo ambitny system dążący do wyeliminowania dymu tytoniowego w całym kraju. Dzięki temu nasi sąsiedzi z północnej części Bałtyku już mogą poszczycić się świetnymi wynikami w zakresie odchodzenia od palenia. Szwedzki model łączy zalecenia zawarte w Ramowej Konwencji WHO dotyczącej kontroli wyrobów tytoniowych (*Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*)², jak ograniczenie podaży i popytu na tytoń, ale dodaje istotny element: **akceptację bezdymnych produktów jako mniej szkodliwych alternatyw**. Korzyści wynikające ze szwedzkiej strategii są ogromne. **Szwecja ma najniższy odsetek chorób związanych z paleniem tytoniu w Unii Europejskiej oraz o 41% niższą zachorowalność na raka** w porównaniu do innych krajów europejskich. Co więcej, **odsetek palaczy w Szwecji spadł z 15% do 5,6% populacji w ciągu 15 lat**, co oznacza, że kraj ten zmierza do osiągnięcia statusu bezdymnego na 17 lat przed terminem docelowym UE przypadającym na 2040 rok. Również Bułgaria diametralnie zmieniła ostatnio kurs i kroczy podobną ścieżką – przyjęła bowiem Konsensus dotyczący wytycznych w zakresie redukcji szkód związanych z behawioralnymi czynnikami ryzyka, w tym również z paleniem tytoniu. Dane ze Szwecji pokazują bez cienia wątpliwości, że strategię redukcji szkód, takie jak ograniczenie używania substancji uzależniających, zmiana sposobu ich spożywania lub korzystanie z bezpieczniejszych substytutów, pomagają w zmniejszeniu negatywnych skutków tych zachowań. Taka strategia może jednocześnie walczyć z nierównościami społecznymi i zdrowotnymi, ponieważ osoby o niższych dochodach i edukacji są bardziej narażone na negatywne skutki używek. Przykład Szwecji, a w przyszłości zapewne też Czech i Bułgarii, które dążą do eliminacji dymu tytoniowego, może stanowić dla nas inspirację i pewien wzór do naśladowania – mając na uwadze to, że każde państwo i społeczeństwo jest inne i potrzebuje personalizowanej „terapii”, aby skutecznie stawić czoła szkodliwym skutkom palenia.

Wierzę, że dzisiejsze wydarzenie i wnioski z niego płynące będą stanowić ważny krok w kierunku rozwijania efektywnych strategii polityki zdrowotnej w Polsce, które pozwolą na wypracowanie takiej terapii, szytej na miarę i dostosowanej do warunków polskiego systemu ochrony zdrowia. Mam też nadzieję, że nasze dyskusje przyniosą cenne spostrzeżenia i będą inspiracją dla przyszłych rozwiązań na rzecz zdrowego społeczeństwa, a co za tym idzie – **lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych przy drastycznym zmniejszeniu długu zdrowotnego zaciągniętego po pandemii**.

2 *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*. WHO, 2003 <https://fctc.who.int/who-fctc/overview>

WPROWADZENIE

dr n. med. Jakub Gierczyński

MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Natalia Miller

Dyrektor Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych



Według WHO, **choroby niezakaźne (NCD)**, znane również jako **choroby przewlekłe lub cywilizacyjne**, zwykle trwają długo i są wynikiem połączenia czynników genetycznych, fizjologicznych, środowiskowych i behawioralnych. Główne rodzaje chorób niezakaźnych to choroby sercowo-naczyniowe (takie jak zawał serca i udar), nowotwory, przewlekłe choroby układu oddechowego (takie jak przewlekła obturacyjna choroba płuc i astma) oraz cukrzyca. Choroby cywilizacyjne zagrażają postępowi w realizacji **Agendy na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030**, która obejmuje **cel zmniejszenia prawdopodobieństwa zgonu z powodu którejkolwiek z czterech głównych chorób niezakaźnych w wieku od 30 do 70 lat o jedną trzecią do 2030 r.**

„ Modyfikowalne zachowania, takie jak palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta i szkodliwe spożywanie alkoholu, zwiększają ryzyko chorób niezakaźnych. ”

Tytoń jest przyczyną ponad 8 milionów zgonów każdego roku (w tym w wyniku narażenia na bierne palenie). Ponad połowa z 3 milionów zgonów rocznie spowodowanych spożywaniem alkoholu jest spowodowana chorobami niezakaźnymi, w tym rakiem. 830 tys. zgonów rocznie można przypisać niewystarczającej aktywności fizycznej. **Czynniki ryzyka przyczyniają się do czterech kluczowych zmian metabolicznych, które zwiększają ryzyko chorób niezakaźnych: podwyższone ciśnienie krwi; nadwaga/otyłość; hiperglikemia (wysoki poziom glukozy we krwi) i hiperlipidemia (wysokie stężenie tłuszczów we krwi).** Jeśli chodzi o możliwe do przypisania zgonu, wiodącym metabolicznym czynnikiem ryzyka na świecie jest podwyższone ciśnienie krwi (któremu przypisuje się 19% zgonów na świecie), następnie podwyższony poziom glukozy we krwi oraz nadwaga i otyłość.

Ważnym sposobem kontrolowania chorób niezakaźnych jest skupienie się na zmniejszaniu czynników ryzyka związanych z tymi chorobami. Istnieją tanie rozwiązania dla rządów i innych interesariuszy, które zmniejszają powszechne modyfikowalne czynniki ryzyka. Monitorowanie postępów i trendów w zakresie chorób niezakaźnych oraz związanego z nimi ryzyka jest ważne dla ukierunkowania polityki i priorytetów. Aby zmniejszyć wpływ chorób niezakaźnych na jednostki i społeczeństwo, potrzebne jest kompleksowe podejście wymagające od wszystkich sektorów, w tym zdrowia, finansów, transportu, edukacji, rolnictwa, planowania i innych, współpracy w celu zmniejszenia ryzyka związanego z chorobami niezakaźnymi oraz promowania interwencji mających na celu im zapobiegać i kontrolować. **Inwestowanie w lepsze zarządzanie chorobami niezakaźnymi ma kluczowe znaczenie.** Zarządzanie chorobami niezakaźnymi obejmuje wykrywanie, badania przesiewowe i leczenie tych chorób oraz zapewnianie dostępu do opieki paliatywnej osobom potrzebującym. Istotne interwencje niezakaźne o dużym wpływie mogą być realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w celu wzmocnienia wczesnego wykrywania i szybkiego leczenia. Dowody wskazują, że takie interwencje są doskonałą inwestycją ekonomiczną, ponieważ jeśli zostaną podjęte wcześniej, mogą zmniejszyć potrzebę droższego leczenia. Jest mało prawdopodobne, aby kraje o niewystarczającym zasięgu opieki zdrowotnej zapewniały powszechny dostęp do podstawowych interwencji niezakaźnych. **Interwencje w zakresie zarządzania chorobami niezakaźnymi są niezbędne do osiągnięcia celu zrównoważonego rozwoju w zakresie chorób niezakaźnych.** Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 uznaje choroby niezakaźne za główne wyzwanie dla zrównoważonego rozwoju. W ramach Agendy szefowie państw i rządów zobowiązali się do opracowania do 2030 r. ambitnych krajowych odpowiedzi na zmniejszenie o jedną trzecią przedwczesnej śmiertelności z powodu chorób niezakaźnych poprzez profilaktykę i leczenie (cel zrównoważonego rozwoju nr 3.4). WHO odgrywa kluczową rolę lidera w koordynacji i promocji globalnej walki z chorobami niezakaźnymi oraz realizacji Celów Zrównoważonego Rozwoju 3.4. W 2019 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przedłużyło **Globalny plan działania WHO dotyczący zapobiegania i kontroli chorób niezakaźnych na lata 2013–2020 do 2030 r.** i wezwało do opracowania planu wdrażania na lata 2023–2030 w celu przyspieszenia postępów w zapobieganiu i kontrolowaniu chorób niezakaźnych.

Mapa drogowa wspiera działania mające na celu osiągnięcie zestawu dziewięciu globalnych celów o największym wpływie na zapobieganie chorobom niezakaźnym i zarządzanie nimi³.

Choroby niezakaźne odpowiadają za 80% obciążenia chorobami w UE i za większość przedwczesnych zgonów w UE. Nie tylko obniżają jakość życia ludzi, wpływają na długość życia i stwarzają liczne wyzwania – zarówno dla osób nimi dotkniętych, jak i ich rodzin – stanowią również znaczną kwotę wydatków w krajowych budżetach na zdrowie. Zdrowiej razem – inicjatywa UE na rzecz zwalczania chorób niezakaźnych ma zatem na celu wspieranie krajów UE w zmniejszaniu obciążeń związanych z chorobami niezakaźnymi przy jednoczesnej poprawie zdrowia i dobrostanu obywateli w ramach silnej unii⁴. **Komisja Europejska uruchomiła w grudniu 2021 r. inicjatywę „Razem zdrowiej – choroby niezakaźne UE” (Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative), aby wspierać kraje UE w określaniu i wdrażaniu skutecznych polityk i działań mających na celu zmniejszenie obciążenia poważnymi chorobami niezakaźnymi oraz poprawę zdrowia i dobrostanu obywateli.** Inicjatywa obejmuje lata 2022–2027 i obejmuje 5 elementów: determinanty zdrowia, choroby układu krążenia, cukrzycę, przewlekłe choroby układu oddechowego oraz zaburzenia psychiczne i neurologiczne. Wszystkie komponenty obejmują wymiar równości w zdrowiu, wspierając w ten sposób zmniejszanie nierówności zdrowotnych. Podczas gdy wątki umożliwiają stawianie czoła szczególnym wyzwaniom każdej grupy chorób, inicjatywa jako taka **promuje holistyczne i skoordynowane podejście do profilaktyki i opieki.** Wspiera również lepszą wiedzę i dane, badania przesiewowe i wczesne wykrywanie, diagnostykę i zarządzanie leczeniem oraz poprawę jakości życia pacjentów.

Według GUS, zgodnie z opracowaniem pt. „Raport 2020. Polska na drodze zrównoważonego rozwoju”, Polska zmagą się z **rosnącą śmiertelnością z powodu chorób cywilizacyjnych.** Wśród nich są choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe, które stanowią najczęstszą przyczynę zgonów. Łącznie powodują one 65% wszystkich zgonów, tj. więcej niż średnio w UE (61%), ale mniej niż w 2010 r. (70%). **Śmiertelność z powodu chorób układu krążenia** od lat utrzymuje się na stałym, wysokim poziomie – rocznie z ich powodu umiera ponad 440 osób na 100 tys. ludności (w UE – 370). Zwiększa się natomiast umieralność z powodu **nowotworów złośliwych.** W ostatnich latach są one przyczyną śmierci ponad 260 osób na 100 tys. ludności rocznie (podobnie jak w UE), podczas gdy na początku dekady było to odpowiednio 240 przypadków. Coraz częściej zgony w Polsce wynikają z **chorób układu oddechowego** (obecnie 6,7% wszystkich zgonów wobec 5,1% w 2010 r.) oraz **cukrzycy** (odpowiednio 2,2% wobec 1,7%). Z powodu chorób układu oddechowego rocznie umiera 69 osób na 100 tys. ludności (wobec 50 w 2010 r.). Jest to jednak mniej niż przeciętnie w UE, gdzie z tej przyczyny notuje się odpowiednio 88 zgonów. Liczba zgonów w wyniku cukrzycy w Polsce wzrosła natomiast od 2010 r. z 17 do 23 przypadków na 100 tys. ludności rocznie. Śmiertelność z tego powodu w kraju obecnie jest zbliżona do obserwowanej przeciętnie w UE, podczas gdy kilka lat wcześniej była od niej niższa. Zapadalność na niektóre choroby zależy m.in. od stylu życia. **W Polsce nadal problemem jest znaczne spożycie alkoholu i palenie tytoniu.** Statystyczny mieszkaniec Polski rocznie spożywa ponad **11 litrów czystego alkoholu**, co jest przeciętną ilością wśród krajów UE. Mężczyźni spożywają go zdecydowanie więcej (ponad 18 litrów) niż kobiety (5 litrów). Nadużywanie alkoholu jest coraz częstszą przyczyną zgonów w Polsce – liczba takich przypadków notowanych rocznie wzrosła od początku dekady z 4,6 do 7,0 na 100 tys. ludności. Jest to znacznie więcej, niż przeciętnie w UE, gdzie co roku powodowane przez alkohol są średnio 3 zgony na 100 tys. ludności. **Papierosy pali ok. 30% mieszkańców Polski** (w wieku 15 lat i więcej) wobec 33% w 2009 r. Tak jak przeciętnie w UE, po papierosa częściej sięgają mężczyźni (w Polsce pali 33% z nich) niż kobiety (26%). Na stan zdrowia społeczeństwa wpływa również stan środowiska, w tym jakość powietrza. Zgodnie z szacunkami Europejskiej Agencji Środowiska (EEA) rocznie z powodu zanieczyszczenia powietrza w Polsce umiera przedwcześnie 44,5 tys. osób (co stanowi ponad 10% przypadków w całej UE). Jednym z najbardziej szkodliwych składników powietrza są drobne cząstki stałe PM_{2,5}, których stężenie w powietrzu w Polsce dwukrotnie przekracza normę zalecaną przez WHO (10 µg/m³). Sytuacja się stopniowo poprawia; od 2010 r. stężenie drobnych pyłów zmniejszyło się z 30,5 µg/m³ do 23,8 µg/m³. Nadal jednak jest ono najwyższe (obok Bułgarii) wśród krajów UE, dla których średnie stężenie pyłów PM_{2,5} w powietrzu wynosi 14,1 µg/m³^[5].

3 Noncommunicable diseases. WHO, 2022 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

4 Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative. European Commission, 2021 https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en

5 Raport 2020. Polska na drodze zrównoważonego rozwoju. GUS 2020, <https://raportsdg.stat.gov.pl/2020/cel3.html>

Według PZH, analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski w 2020 i 2021 r. wskazuje, że **w latach pandemii COVID-19 nastąpiło zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia Polaków**, szczególnie osób starszych. W 2021 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71,75 lat i była krótsza o 2,3 lata, niż w poprzedzającym pandemię 2019 r., a w przypadku mężczyzn w wieku 65 lat była krótsza o 1,9 roku. Długość życia kobiet wynosiła 79,68 lat i była krótsza o 2,1 lat niż w 2019 r. (w wieku 65 lat uległa skróceniu o 1,7 roku). Wiodącymi zagrożeniami zdrowia publicznego Polaków są choroby układu krążenia i nowotwory, które w ponad 90% są odpowiedzialne za utratę zdrowia w postaci przedwczesnych zgonów ludności (YLL). Ponad połowa obciążenia chorobowego spowodowanego wypadkami, zaburzeniami neurologicznymi oraz cukrzycą i chorobami nerek przyczynia się do życia z obniżoną sprawnością (YLD)⁶.

Według Ministerstwa Zdrowia w latach 90. ub.w. udało się odwrócić tendencję dotyczącą palenia tytoniu w Polsce. Od tamtego czasu liczba palących konsekwentnie spada, lecz wciąż nie możemy być zadowoleni z sytuacji. Liczba codziennych palaczy w latach 1990–1994 wynosiła 51% mężczyzn, 25% kobiet, w 2011 r. paliło papierosy 30,9% mężczyzn i 17,9% kobiet, a w 2015 r. paliło papierosy 24% Polaków.

„**Mimo cyklicznych działań profilaktycznych, każdego roku z powodu palenia tytoniu umiera w Polsce średnio 67 tys. osób (51 tys. mężczyzn i 16 tys. kobiet). Tylko w 2010 r. 19 tys. osób zmarło z powodu nowotworu płuca, który powstał w wyniku palenia (15 tys. mężczyzn i 4,6 tys. kobiet). Dlatego konieczne jest dalsze ograniczanie narażenia na dym papierosowy, zarówno w przypadku czynnego, jak i biernego palenia tytoniu.**”

Na podstawie art. 9b ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1446 z późn. zm.), Ministerstwo Zdrowia rekomenduje zastosowanie w mieszanych ostrzeżeniach zdrowotnych, umieszczanych na opakowaniu jednostkowym i opakowaniu zbiorczym wyrobów tytoniowych do palenia, następujące informacje o zaprzestaniu palenia⁷. Dlatego też **Ministerstwo Zdrowia uwzględniło choroby cywilizacyjne w priorytetach zdrowotnych** opublikowanych w 2018 r.⁸ Wśród głównych priorytetów znalazły się „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu; nowotworów złośliwych; przewlekłych chorób układu oddechowego; cukrzycy”, „przeciwdziałanie występowaniu otyłości” oraz „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”. W 2021 r. w opublikowanym dokumencie pt. **„Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030”** stwierdzono, że choroby sercowo-naczyniowe są podstawową przyczyną zgonów i utraty lat życia w zdrowiu. Podkreślono także, że następnym krokiem przy rozwijaniu opieki koordynowanej w Polsce powinno być utworzenie krajowej sieci kardiologicznej, której celem będzie budowa programu, który umożliwi nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego⁹. W grudniu 2022 r. uchwalono **Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032**¹⁰, który koncentruje się na działaniach w pięciu kluczowych obszarach: inwestycjach w kadry, edukacji i profilaktyce, pacjencie, nauce i innowacjach oraz na systemie opieki kardiologicznej. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 jest kompleksową narodową strategią kardiologiczną. Stanowi odpowiedź na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia, i wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności. Program stanowi reformę polskiej kardiologii, kardiologii, chirurgii naczyniowej, angiologii, neurologii i innych dziedzin pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia, skupiając działania w pięciu głównych obszarach, kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych w Polsce. Celem nadrzędnym Programu jest obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK, w tym obniżenie nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym (25–64 lata) oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia (długość trwania życia, liczba zgonów oraz chorobowość) do średnich wskaźników w EU – 27. Drugim celem jest zmniejszenie różnic regionalnych w zachorowalności i umieralności z powodu ChUK związanej z dostępnością do świadczeń zdrowotnych. Trzeci cel to zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka ChUK w populacji z uwzględnieniem

6 Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa 2022, Ministerstwo Zdrowia <https://keizp.pan.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2022-r/>

7 Tytuł. Ministerstwo Zdrowia. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/tyton>

8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Warszawa, dnia 2 marca 2018 r. Poz. 469 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469>

9 Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030. Minister Zdrowia. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

10 Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. Monitor Polski 2022 r. poz. 1265 <https://dziennikustaw.gov.pl/MP/2022/1265>

społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu. Czwartym celem jest poprawa organizacji badań naukowych w kardiologii oraz zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w zakresie między innymi identyfikacji populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na ChUK oraz głównych przyczyn rozwoju ChUK, a także wypracowania rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych¹¹.

W zakresie uchwalonej w 2020 r. **Narodowej Strategii Onkologicznej** (NSO) sformułowano najważniejszy cel, jakim jest zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową. Obszar inwestycji w edukację – prewencję pierwotną – styl życia ma za zadanie uczyć dzieci, młodzież i dorosłych Polaków, jak **świadomie dbać o swoje zdrowie by ograniczyć ryzyko zachorowania na nowotwór**. Będzie wspierał zdrowe odżywianie i wprowadzał rozwiązania służące ograniczeniu używania wyrobów tytoniowych. Zaplanowano również **modyfikację programu profilaktyki chorób odtyniowych** oraz kampanię Planuję Długie Życie. W ramach tej kampanii działa również projekt Pracodawca Zdrowia, którego główną misją jest promocja zdrowia w miejscu pracy oraz zwiększenie zgłaszalności pracowników na badania profilaktyczne pod kątem wykrywania chorób cywilizacyjnych (w szczególności nowotworów)¹².

Niezdrowy styl życia jest jednym z głównych czynników, które przyczyniają się do rozwijania chorób cywilizacyjnych, obniżających jakość i długość życia każdego człowieka. Zaliczamy do nich m.in. choroby kardiologiczne, diabetologiczne, onkologiczne czy choroby zdrowia psychicznego. Długości i jakości życia nie sprzyja również szkodliwość stosowania używek. Wiele osób nie pozbedzie się określonych nawyków, nawet jeśli negatywnie odbija się to na ich zdrowiu. Dlatego tak ważne jest, aby nie tylko rozmawiać o zdrowym stylu życia i pozbywaniu się szkodliwych nawyków, w tym żywieniowych oraz dbaniu o swoje zdrowie psychiczne, ale także o tym, jak postępować, gdy osiągnięcie złotego standardu nie jest możliwe. W tym kontekście **strategie redukcji szkód, takie jak ograniczenie stosowania używek, zmiana sposobu ich spożywania, lub korzystanie z bezpieczniejszych substytutów, mogą pomóc w zmniejszeniu negatywnych skutków wspomnianych zachowań. Ponadto redukcja szkód może przyczynić się do zapobiegania nierównościom społecznym i zdrowotnym, gdyż osoby z niższymi dochodami i edukacją są bardziej narażone na szkodliwe działanie używek.**

11 <https://www.ikard.pl/newspl/narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia-z-podpisem-premiera.html>

12 Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz.U. 2019 poz. 969.) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969>

Analiza przekrojowa najbardziej efektywnych polityk zdrowotnych w zakresie redukcji palenia tytoniu na przykładzie Szwecji, Czech, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz Wielkiej Brytanii

ZAGADNIENIE WZGLĘDNEJ HIERARCHII RYZYKA (RRH)

W poniższym rozdziale przedstawiono analizę przekrojową najbardziej efektywnych polityk zdrowotnych w zakresie ograniczenia palenia tytoniu na przykładzie Szwecji, Czech, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz Wielkiej Brytanii, a także scharakteryzowano zagadnienie względnej hierarchii ryzyka (*Reduced Risk Hierarchy* RRH).

SZWECJA



Wprowadzenie

Sytuacja związana z regulacją tytoniu w Szwecji znacząco różni się od większości państw europejskich, dzięki czemu kraj ten stał się jednym z pierwszych rozwiniętych państw, które zanotowało znaczący spadek umieralności związanej z paleniem tytoniu, wynikający ze zmieniających się preferencji konsumentów oraz przemyślanych polityk regulacyjnych. Dzięki ich wprowadzeniu Szwecji doszło do rewolucji w zakresie spożycia nikotyny, gdyż społeczeństwo częściowo przestawiło się z najbardziej szkodliwej formy palenia, papierosów, na mniej szkodliwe alternatywy. Wskutek tego odsetek palaczy papierosów wynosi w Szwecji zaledwie 5,6%¹³ co stanowi najniższy wynik w całej Unii Europejskiej.

Szwedzka strategia redukcji szkód związanych z paleniem wynika z obranej przez tamtejsze władze polityki opartej na twardych danych naukowych. Szwecja zaakceptowała paradygmat redukcji szkód związanych z tytoniem i wspiera proces przechodzenia od palenia tradycyjnych papierosów do mniej szkodliwych alternatyw, takich jak produkty typu *heat-not-burn*, torebki nikotynowe i snus. W efekcie, jak wynika z badań Eurostat¹⁴, współczynnik osób palących w Szwecji jest ponad dwukrotnie niższy niż w Irlandii, i niemal trzykrotnie wyższy niż w Polsce.

Te produkty nikotynowe, które są wolne od tytoniu zostały ponadto zaklasyfikowane jako artykuł spożywczy. Dzięki temu podlegają one dodatkowemu nadzorowi Szwedzkiej Agencji Żywności. W związku z tym od 1 stycznia 2023 roku produkty takie muszą być sklasyfikowane i oznaczone zgodnie z unijnym rozporządzeniem w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin chemicznych.

Głównym aktem prawnym regulującym politykę tytoniową w Szwecji jest ustawa o tytoniu i podobnych produktach, a dodatkowo obowiązuje także wydane na jej podstawie rozporządzenie z przepisami wykonawczymi. W Szwecji obowiązują także inne ustawy obejmujące swoim zakresem reklamę, promocję i sponsoring tytoniu. Należy do nich chociażby ustawa o radio i telewizji, która zabrania sponsoringu tytoniu w programach radiowych i telewizyjnych oraz płatnych umieszczeń produktów tytoniowych w programach telewizyjnych. Ustawa o marketingu przewiduje ponadto sankcje za naruszenia przepisów dotyczących reklamy, promocji i sponsoringu zawartych w ustawie o tytoniu i podobnych produktach.

Chcąc zwiększyć świadomość użytkowników nikotyny na temat zażywanych substancji, pod koniec lutego 2023 roku rząd wprowadził poprawkę uzupełniającą listę zadań Agencji Zdrowia Publicznego i Krajowego Urzędu Zdrowia i Opieki Społecznej, aby instytucje te gromadziły, kompilowały i udostępniały naukową wiedzę o skutkach zdrowotnych wynikających z różnych produktów tytoniowych i nikotynowych. Poprawka zakłada, że skutki zdrowotne i szkody wynikające ze stosowania danego wyrobu zostaną opisane w odniesieniu do poszczególnych produktów. Na tej podstawie przeprowadza się kompleksową ocenę ryzyka na podstawie skutków spożycia każdego rodzaju produktu, ukierunkowaną na zmniejszenie szkodliwego wpływu na zdrowie poprzez zmianę rodzaju wyrobu na mniej szkodliwy, a nie w sposób bezwzględny poprzez zaprzestanie palenia niezależnie od produktu, którego to dotyczy.

13 http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata__B_HLV__aLewnanor__aagLewnanortobak/hlv1tobaald.px/

14 [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_daily_smokers_of_cigarettes_among_persons_aged_15_and_over_by_level_of_consumption,_2019_\(%25\)_HLTH2022.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_daily_smokers_of_cigarettes_among_persons_aged_15_and_over_by_level_of_consumption,_2019_(%25)_HLTH2022.png)

Zróżnicowanie szkodliwości produktów

Szwecja przyjęła założenie, że nie wszystkie produkty tytoniowe są równie szkodliwe i wprowadziła bardziej zrównoważone podejście do egzekwowania regulacji dotyczących walki z nikotynizmem. Z jednej strony dostrzega ono potrzebę zmniejszenia spożycia tytoniu w kraju, a jednocześnie czyni alternatywne produkty bardziej „dostępnymi cenowo i akceptowalnymi” dla populacji szwedzkiej. Są one również opodatkowane niższymi stawkami niż tradycyjne papierosy.

Wspieranie snusu jako przykład zamiennika dla papierosów

Specyfika Szwecji polega na zakorzenionym w tamtejszej kulturze przywiązaniu do tzw. snusu – wilgotnego produktu tytoniowego do użytku ustnego, bardzo popularnego w tym skandynawskim kraju. Podczas gdy UE zakazała sprzedaży snusu w 1992 roku, Szwecja uzyskała dla siebie w tym względzie wyjątek dotychczas do bloku w 1995 roku. Decyzja ta zachęciła szwedzkich palaczy, zwłaszcza mężczyzn, do przejścia na snus jako alternatywę dla papierosów.

Akceptacja dla innych alternatywnych produktów tytoniowych

Następnie, widząc efekty obranej polityki redukcji szkód, Szwedzi poszerzyli tę akceptującą postawę na inne alternatywne produkty, takie jak produkty typu *heat-not-burn*, ponownie uzyskując pożądane efekty. Szwecja zanotowała wzrost popularności podgrzewania i wapowania przy jednoczesnym spadku ogólnych wskaźników palenia. Oznacza to, że podobnie jak w przypadku snusu, e-papierosy i wyroby podgrzewane odegrały istotną rolę w zachęcaniu szwedzkich palaczy do porzucenia tradycyjnych produktów tytoniowych do palenia.

Sprzedaż produktów tytoniowych

Oferowanie produktów tytoniowych konsumentom w Szwecji obwarowane jest następującymi zasadami:

- Sprzedaż konsumentom odnosi się do handlu detalicznego. Miejscem sprzedaży detalicznej jest fizyczny punkt sprzedaży, konkretny lokal lub inne wydzielone przestrzenie handlowe, a także strona internetowa.
- Sprzedaż produktów tytoniowych konsumentom uwarunkowana jest otrzymaniem zezwolenia. Wniosek o zezwolenie składa się w miejscowej gminie. Gmina może pobierać opłaty za zezwolenie i prowadzić nadzór nad sprzedażą produktów tytoniowych.
- Produkty tytoniowe można sprzedawać lub udostępniać wyłącznie osobom w wieku 18 lat lub więcej.
- Sprzedawca detaliczny musi posiadać kody identyfikacyjne wydane przez krajowego wydawcę identyfikatorów., aby dostawy produktów tytoniowych mogły być zarejestrowane w systemie śledzenia.

Miejsca bez dymu

Palenie jest dozwolone w wyznaczonych miejscach dla palących w większości miejsc pracy oraz w miejscach publicznych. Palenie dozwolone jest również w wyznaczonych miejscach dla palących w niektórych środkach transportu publicznego. Zabronione jest na następujących obszarach:

- w przestrzeni publicznej, tj. na placach szkolnych i innych równoważnych przestrzeniach na zewnątrz przedszkoli i żłobków;
- placach zabaw; przestrzeniach przeznaczonych do użytku przez osoby podróżujące środkami transportu publicznego;
- przestrzeniach przeznaczonych głównie do aktywności sportowych oraz
- punktach wejścia do obiektów.

Reklama i promocja tytoniu oraz sponsoring

W Szwecji istnieje niemal kompleksowy zakaz reklamy i promocji tytoniu. Niemniej jednak, reklama oraz promocja są dozwolone w punktach sprzedaży, o ile nie są widoczne z zewnątrz punktu.

Opakowania i etykiety tytoniu

Opakowania wyrobów tytoniowych muszą zawierać ostrzeżenia w postaci zarówno tekstu, jak i obrazków, zajmujących 65 procent przedniej oraz tylnej strony opakowania, przy czym treść tych ostrzeżeń musi być rotacyjna. Opakowania wyrobów tytoniowych do żucia muszą zawierać jedno ostrzeżenie tekstowe zajmujące 30 procent przedniej i tylnej strony opakowania. Zabronione jest wprowadzanie w błąd poprzez opakowania i etykiety, które mogą obejmować określenia takie jak „light” oraz inne podobne oznaczenia.

Zawartość i informacje o papierosach

Prawo reguluje określoną zawartość papierosów, w tym zakazuje charakteryzujących smaków oraz składników ułatwiających przyswajanie nikotyny, tworzących wrażenie korzyści zdrowotnych lub związanych z energią i witalnością. Prawo wymaga też, aby producenci i importerzy przekazywali organom rządowym informacje na temat zawartości i emisji swoich produktów.

Ograniczenia sprzedaży

Prawo zakazuje sprzedaży pojedynczych papierosów i małych opakowań. Prawo ogranicza sprzedaż wyrobów tytoniowych za pośrednictwem automatów, ale nie ogranicza sprzedaży wyrobów tytoniowych przez internet.

Szwedzka Narodowa Telefoniczna Linia Pomocy dla Rzucania Palenia

W celu wsparcia osób pragnących rzucić palenie, Szwecja uruchomiła Szwedzką Narodową Telefoniczną Linie Pomocy dla Rzucania Palenia (SNTQ) w 1998 roku. Głównym celem tej usługi jest zapewnienie bezpłatnych, wykwalifikowanych porad osobom dorosłym używającym wyrobów tytoniowych, głównie palaczom, którzy pragną rzucić palenie. Usługę operacyjnie prowadzi Krajowa Rada Hrabstwa Sztokholm i jest dostępna przez całe dni robocze, łącznie przez 47 godzin tygodniowo.

SNTQ oferuje specjalistyczne doradztwo w formie rozmów telefonicznych, które mogą pomóc osobom uzależnionym od nikotyny w zrozumieniu mechanizmów uzależnienia oraz opracowaniu skutecznych strategii i technik rzucania palenia. Linia pomocy dostępna jest przez cały tydzień, co pozwala na elastyczne dostosowanie do potrzeb użytkowników, którzy pragną pozbyć się natogu.

Podsumowanie

Dzięki innowacyjnemu podejściu do walki z paleniem, Szwecja osiągnęła imponujący sukces w redukcji szkód związanych i stała się wzorem do naśladowania dla innych państw. Stało się to dzięki połączeniu strategii ograniczenia użycia tytoniu oraz strategii redukcji szkód, przy zagwarantowaniu szerokiej dostępności wyrobów alternatywnych i akceptacji różnic w szkodliwości produktów. Zamiast sięgać po drogie papierosy, których palenie jest zabronione w większości miejsc publicznych, Szwedzi zmieniają swoje nawyki i coraz rzadziej używają nikotyny w najbardziej zabójczy sposób. Dodatkowo, klasyfikacja produktów nikotynowych jako artykułów spożywczych zapewniła ścisły nadzór nad tymi nowatorskimi wyrobami, co podnosi standardy jakości i bezpieczeństwa.

CZECHY



Wprowadzenie

W 2019 roku rząd Republiki Czeskiej zatwierdził Narodową Strategię Prewencji i Redukcji Szkód w Obszarze Zachowań Uzależniających na lata 2019–2027. W strategii tej przedstawiono spójne podejście do zwalczania uzależnień, obejmujące nie tylko tytoń, ale także alkohol, nielegalne substancje, opioidy i hazard. Priorytetem strategicznym jest minimalizacja ryzyka i szkód, co stanowi istotny aspekt nowoczesnej polityki zdrowotnej. W celu odpowiedniej realizacji Narodowej Strategii opracowane zostały plany działań na lata 2019–2021 oraz 2022, które skupiają się na konkretnych działaniach dla osiągnięcia przyjętych przez Czechów założeń.

Polityka tytoniowa w Czechach

W ramach Planu Działania na lata 2019–2021 w obszarze polityki tytoniowej przewidziano następujące działania:

- Ministerstwo Finansów zobowiązało się do regularnego podnoszenia akcyzy na wyroby tytoniowe, uwzględniając różnice w szkodliwości poszczególnych produktów dla społeczeństwa.
- Ministerstwo Zdrowia we współpracy ze stowarzyszeniami ekspertów opracowało rewizję dotychczasowych zaleceń dotyczących leczenia uzależnienia od tytoniu w kontekście redukcji szkód.
- Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rolnictwa mają wspierać działania na rzecz redukcji szkód w obszarze kontroli tytoniu na poziomie międzynarodowym, zwłaszcza w odniesieniu do substancji, których mniejsza szkodliwość została naukowo uzasadniona i nie kolidowała ze zdrowiem publicznym.

Balans między regulacją dostaw a ograniczaniem popytu

Republika Czeska dąży do zrównoważonego podejścia, które zakłada balans między regulacją podaży i ograniczaniem popytu. Wyważone podejście uwzględnia potencjalne negatywne skutki skrajnych modeli regulacji, takich jak prohibicja i wolny rynek, dążąc przy tym do uniknięcia wysokich kosztów społecznych. Jednocześnie Czechy wprowadziły regulacje dostosowane do ryzyka substancji i produktów uzależniających, unikając tym samym skrajnych podejść do rozwiązania tego problemu.

Promowanie mniej ryzykownych alternatyw

Czechy dążą do wprowadzenia ram legislacyjnych, które promują mniej ryzykowne alternatywy dla tytoniu, nikotyny i pokrewnych produktów. Celem jest zmniejszenie palenia papierosów i spalania wyrobów zawierających dym przy minimalizacji wpływu palenia na zdrowie populacji. Przy tym kładzie się nacisk na ograniczenie dostępności tych produktów dla osób poniżej 18. roku życia.

Zagadnienia dotyczące podatków i regulacji cen

W obszarze podatków i regulacji cen, Republika Czeska dąży do stworzenia takiego systemu opodatkowania uzależniających produktów, który uwzględni różnice w poziomie ryzyka poszczególnych wyrobów. Celem jest ekonomiczne motywowanie palaczy do przechodzenia na mniej ryzykowne alternatywy. Przeprowadzenie systematycznego wzrostu podatków na wyroby tytoniowe, nikotynowe i pokrewne planowane jest w sposób uwzględniający zarówno inflację, jak i poziom ich szkodliwości.

Podsumowanie

Strategia Republiki Czeskiej w zakresie prewencji i redukcji szkód związanych z wyrobami tytoniowymi opiera się na naukowych dowodach i podejściu uwzględniającym ryzyko poszczególnych produktów. Zastosowanie spójnych działań prewencyjnych, leczniczych i regulacyjnych ma na celu minimalizację negatywnych skutków uzależnień. Planowane przez Czechów działania obejmują efektywną regulację rynku, dostosowaną do ryzyka i szkodliwości.

NOWA ZELANDIA



Wprowadzenie

Nowa Zelandia, chcąc wyznaczyć nowy standard w obszarze prewencji i redukcji szkód związanych z paleniem papierosów, zdecydowała się na wprowadzenie ambitnego programu „The Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan” (Nowozelandzki Plan Walki o Społeczeństwo Wolne od Dymu Papierosowego 2025). Plan ten stanowi jeden z najbardziej kompleksowych i jednocześnie restrykcyjnych polityk antypapierosowych obowiązujących na świecie. Głównym celem strategii jest wykształcenie pierwszego w historii tego kraju pokolenia, które będzie „wolne od dymu papierosowego”, stawiając odważny krok w kierunku poprawy zdrowia publicznego.

Aktualna sytuacja w Nowej Zelandii

Według danych nowozelandzkiego Ministerstwa Zdrowia, palenie papierosów jest główną przyczyną zgonów w tym kraju, odpowiedzialną za około 4,5 tys. śmiertelnych przypadków rocznie. Stanowi ono także przyczynę co czwartej choroby nowotworowej. Pomimo wysokich kosztów zdrowotnych, około 13% społeczeństwa, czyli ponad pół miliona osób, nadal sięga po papierosy. Szczególnie dotkliwe skutki palenia dotyczą rdzennej populacji Maorysów, wśród których odsetek palaczy sięga co trzeciej osoby.

Cele i strategia Planu Walki o Społeczeństwo Wolne od Dymu Papierosowego 2025

Rząd Nowej Zelandii zobowiązał się do osiągnięcia celu, zgodnie z którym odsetek palaczy w kraju nie będzie przekraczał 5% w 2025 roku. Co więcej, w tym samym roku planowane jest również rozpoczęcie procesu polegającego na zmniejszeniu zawartości nikotyny w papierosach do poziomu minimalnego, by zmniejszyć negatywne skutki wśród palaczy. Rząd w Wellington zdecydował się na przyjęcie strategii obejmującej nie tylko system zakazów dotyczących palenia, ale także wprowadził pewne zachęty mające przekonać palaczy do stosowania mniej szkodliwych alternatyw. Poniżej opisane zostały główne elementy przyjętego dokumentu rządowego:

Redukcja dostępności papierosów i wyrobów tytoniowych

W 2027 roku ma wejść w życie zakaz sprzedaży papierosów i innych wyrobów tytoniowych do palenia, a więc cygar, cygaretek i tytoniu do samodzielnego skręcania, obejmujący osoby urodzone po 2008 roku. Co więcej, liczba sklepów sprzedających papierosy zostanie znacznie ograniczona z obecnych 8 tysięcy do 500.

Bezdymne alternatywy jako narzędzie walki z paleniem

Rząd Nowej Zelandii uznaje e-papierosy i podgrzewacze tytoniu za znacznie mniej szkodliwe i ryzykowne niż palenie papierosów, przypisując tym produktom kluczową rolę w walce z dymem papierosowym. Wprowadzanie tych alternatyw jest traktowane jako podstawowy element walki z tradycyjnym paleniem.

Promocja edukacji i informacji

Ministerstwo Zdrowia prowadzi kampanie edukacyjne obrazujące zalety programu redukcji szkód, skierowane do palaczy, zachęcając ich do zmiany na produkty bezdymne. Strony internetowe takie jak „Vaping Facts” dostarczają rzetelnych informacji na temat korzyści zdrowotnych wynikających z rezygnacji z palenia na rzecz wapowania.

Redukcja nierówności społecznych

Rząd Nowe Zelandii wyszedł z założenia, że bezdymne alternatywy mogą pomóc w zmniejszeniu nierówności społecznych związanych z paleniem papierosów i przyczynić się do osiągnięcia celu społeczeństwa wolnego od dymu papierosowego.

Zmniejszanie zawartości nikotyny w papierosach

Od roku 2025 planowane jest stopniowe zmniejszanie zawartości nikotyny w papierosach, aż do osiągnięcia najniższego możliwego poziomu.

Podsumowanie

Nowa Zelandia stawia na innowacyjne i ambitne podejście do walki z paleniem papierosów. Skupienie na promowaniu bezdymnych alternatyw oraz równoczesne ograniczenie dostępności tradycyjnych papierosów stanowią kluczowe elementy tej strategii. Rząd Nowej Zelandii wyznacza kierunek dla innych krajów, dążąc do stworzenia społeczeństwa wolnego od dymu papierosowego oraz minimalizacji szkód zdrowotnych związanych z paleniem. Dzięki podejściu opartemu na edukacji, regulacjach i zachętach, Nowa Zelandia może osiągnąć swoje ambitne cele i stać się liderem w globalnym wysiłku przeciwdziałania paleniu papierosów.

STANY ZJEDNOCZONE AMERYKI



Wprowadzenie

W lipcu 2017 roku, Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) ogłosiła nowy plan strategiczny mający na celu zwalczanie palenia poprzez zwiększenie ograniczeń w przypadku papierosów i wprowadzenie „większej elastyczności” wobec alternatywnych produktów nie do palenia. Według ówczesnego komisarza FDA, Scotta Gottlieba, „Wizja świata, w którym papierosy nie wywołują ani nie podtrzymują uzależnienia, a dorośli, którzy wciąż potrzebują lub chcą nikotyny, mogą ją uzyskać z alternatywnych i mniej szkodliwych źródeł, powinna stanowić fundament naszych wysiłków”.

Stany Zjednoczone podejmują podejście oparte na dowodach naukowych do nowych produktów tytoniowych, wymagając od producentów dostarczenia obszernych informacji, w tym badań naukowych i badań rynkowych, aby FDA mogła zweryfikować, czy wprowadzenie produktu na rynek jest „odpowiednie dla ochrony zdrowia publicznego”.

Zakres federalnego i stanowego prawa w USA dotyczący nowych produktów nikotynowych (SNP)

Prawo federalne

Amerykańskie podejście do redukcji szkód w nikotynizmie opiera się na funkcjonowaniu Agencji Żywności i Leków (FDA), która kontroluje bezpieczeństwo żywności, kosmetyków, produktów emitujących promieniowanie, leków, bioproduktów (np. szczepionek) oraz urządzeń medycznych. W kontekście wyrobów tytoniowych, FDA skupia się na aspektach związanych z ochroną zdrowia publicznego. Centrum ds. Produktów Tytoniowych (CTP) to nowo powstała jednostka w strukturze FDA, utworzona w 2009 roku w wyniku uchwalenia Tobacco Control Act. W 2009 roku, wraz z uchwaleniem Ustawy o Zapobieganiu Paleniu i Kontroli Tytoniu dla Rodziny

(*Family Prevention Smoking and Tobacco Control Act*), wprowadzono nową infrastrukturę regulującą kontrolę wyrobów tytoniowych, której istotę stanowi funkcjonowanie Centrum ds. Produktów Tytoniowych (FDA CTP). Kluczowym elementem kontroli prowadzonej przez FDA CTP, jest określenie, czy dane produkty nikotynowe są „odpowiednie dla ochrony zdrowia publicznego”.

Funkcjonują dwa rodzaje zezwoleń w odniesieniu do wyrobów tytoniowych. Pierwszy to standard dotyczący wyrobów tytoniowych o zredukowanym ryzyku (*Modified Risk Tobacco Products Application* – MRTPA), w ramach którego wymaga się, aby produkt znacznie zmniejszał szkody i ryzyko choroby związanej z paleniem tytoniu dla poszczególnych użytkowników tytoniu i przynosił korzyści zdrowiu populacji jako całości. W ramach drugiego zezwolenia – *Premarket Tobacco Product Application* (PMTA) – wymaga się, aby wnioskodawcy udowodnili, że „redukcja ekspozycji na substancję jest znaczna, substancja jest szkodliwa, a produkt, jeśli jest faktycznie używany, naraża konsumentów na określony zmniejszony poziom substancji”. W obydwu przypadkach wymaga się od wnioskodawcy przedstawienia obszernego materiału dowodowego, który obejmuje m.in. ryzyka i korzyści dla populacji, w tym dla użytkowników nowego produktu tytoniowego i osób niepalących. Obie procedury przewidziane w ustawie są w pewnej mierze zbliżone, jednak PMTA jest obowiązkowe i pozwala na wprowadzenie produktu na rynek, natomiast MRTP jest opcjonalne i umożliwia wydawanie oświadczeń o zdrowiu (np. obniżone ryzyko lub ekspozycja). FDA przyznało PMTA dla kilku grup produktów, w tym dla produktów General Snus, IQOS, papierosów z bardzo niską zawartością nikotyny oraz produktów Vuse Solo ENDS.

Choć organ regulacyjny przyznał takie zezwolenia na marketing tylko kilku produktom, to instytucja ta konsekwentnie argumentuje, że wnioskodawca w określonym przypadku wykazał, iż dane produkty mają niski poziom szkodliwych i potencjalnie szkodliwych składników (HPHCs). W ten sposób FDA równa niskie poziomy HPHCs z korzyściami dla zdrowia publicznego. Inne czynniki będą coraz bardziej istotne, jednak historia regulacji wskazuje, że żaden produkt nie otrzyma zezwolenia na marketing, jeśli nie posiada niskich poziomów HPHCs. Wprowadzenie takiego rozwiązania regulacyjnego stało się możliwe dzięki szybkiemu rozwojowi bazy wiedzy i poszerzeniu zasobów ludzkich w dziedzinie nauki, w tym utworzeniu solidnego Biura Nauki CTP, oceniającego obszerne pliki dokumentów, które producenci muszą przedstawiać. Firmy wprowadziły wobec tego wewnętrzne regulacyjne programy naukowe, a organizacje prowadzące badania na zlecenie rozwijały zdolności potrzebne do wsparcia procesów rejestracyjnych.

W lipcu 2017 roku FDA ogłosiła nową, kompleksową strukturę regulacyjną mającą na celu dalsze zmniejszenie chorób i zgonów związanych z tytoniem w USA. Plan ma dwa główne cele:

1. zmniejszenie poziomów nikotyny w papierosach i innych wyrobach tytoniowych do poziomów minimalizujących ich uzależniający charakter – znane jako bardzo niskonikotynowe papierosy – VLNC;
2. zachęcenie do rozwoju i szerszego stosowania innowacyjnych produktów zastępujących nikotynę, które mogą pomóc większej liczbie palaczy rzucić palenie. Nowa strategia tytoniowa FDA podzielona jest na dwie części: zmniejszenie uzależnienia od produktów do palenia, jednocześnie wyjaśniając rolę, jaką potencjalnie mniej szkodliwe produkty tytoniowe mogą odegrać w poprawie zdrowia publicznego.

Ustawa o zapobieganiu paleniu w rodzinach i kontroli tytoniu (ustawa o kontroli tytoniu)

Podpisana w dniu 22 czerwca 2009 roku, Ustawa o zapobieganiu paleniu w rodzinach i kontroli tytoniu (zwana również Ustawą o Kontroli Tytoniu) nadaje FDA uprawnienia do regulowania produkcji, dystrybucji i marketingu wyrobów tytoniowych, mając na celu ochronę zdrowia publicznego oraz stworzenie zdrowszej przyszłości dla wszystkich Amerykanów.

Ograniczenia w dziedzinie marketingu i sprzedaży wyrobów tytoniowych dla młodzieży

Ustawa o kontroli tytoniu wprowadza konkretne ograniczenia w zakresie marketingu wyrobów tytoniowych wśród dzieci i młodzieży oraz nadaje FDA prawo do podejmowania dalszych działań w przyszłości w celu ochrony zdrowia publicznego. Ww. przepisy zakazują:

- sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom niepełnoletnim;
- sprzedaży w automatach^{*15};
- sprzedaży opakowań zawierających mniej niż 20 papierosów;
- sponsorowania imprez sportowych, rozrywkowych lub innych wydarzeń społecznych lub kulturalnych przez marki tytoniowe;
- rozdawania darmowych próbek papierosów lub przedmiotów promocyjnych związanych z marką, ale nie będących wyrobami tytoniowymi*.

15 *Za wyjątkiem obiektów tylko dla dorosłych

Wymogi dotyczące ostrzeżeń na opakowaniach wyrobów tytoniowych bez dymu

Ustawa o kontroli tytoniu wymaga, aby opakowania i reklamy wyrobów tytoniowych nie do palenia zawierały większe i bardziej widoczne ostrzeżenia. Wymogi co do ich widoczności są następujące:

- Ostrzeżenia na opakowaniach wyrobów tytoniowych nie do palenia muszą znajdować się na dwóch głównych stronach opakowania i zajmować co najmniej 30% powierzchni każdej ze stron.
- W reklamach, ostrzeżenia muszą pokrywać co najmniej 20% powierzchni reklamy. Zmiany te mają na celu zwiększenie świadomości ryzyka zdrowotnego związanego z używaniem wyrobów tytoniowych nie do palenia oraz poprawę zdrowia publicznego.

Ustawa o kontroli tytoniu daje FDA szerokie uprawnienia do ochrony zdrowia publicznego i kompetencje nadzorcze, nakładając jednocześnie obowiązki na firmy tytoniowe. Ustawa m.in.:

- Wymaga, aby właściciele i operatorzy firm tytoniowych dokonywali corocznej rejestracji oraz udostępniili swoje zakłady produkcyjne i przetwórcze do inspekcji przeprowadzanej przez FDA co dwa lata.
- Pozwala FDA na wprowadzanie standardów dla produktów tytoniowych w celu ochrony zdrowia publicznego. Na przykład FDA ma uprawnienia do regulowania poziomów nikotyny i składników.
- Zakazuje papierosów i tytoniu z charakterystycznymi smakami, z wyjątkiem mentolowych.
- Finansuje proces regulacji produktów tytoniowych przez FDA poprzez opłatę użytkową od producentów określonych produktów sprzedawanych w Stanach Zjednoczonych, opartej na ich udziale w rynku USA.

Podsumowanie

Strategia Stanów Zjednoczonych w zakresie redukcji szkód związanych z wyrobami tytoniowymi koncentruje się na regulowaniu i ograniczaniu szkód zdrowotnych związanych z używaniem takich produktów. Poprzez przeprowadzanie rygorystycznych badań naukowych i stosowanie regulacji, Stanom Zjednoczonym zależy na promowaniu zdrowego stylu życia i zmniejszaniu społecznych skutków palenia tytoniu. Wprowadzone przepisy mają na celu ochronę zdrowia publicznego oraz tworzenie warunków dla zdrowszej przyszłości wszystkich Amerykanów poprzez ograniczenie dostępu do wyrobów tytoniowych, wyraźne ostrzeżenia i promowanie alternatywnych, mniej szkodliwych produktów. Jednocześnie pozostawiono pewne pole manewru poszczególnym stanom i władzom lokalnym umożliwiające wprowadzanie bardziej rygorystycznych przepisów, co odzwierciedla różnorodność i złożoność podejść do redukcji szkód związanych z paleniem w Stanach Zjednoczonych.

WIELKA BRYTANIA



Wprowadzenie

Wielka Brytania to kolejny kraj, który odegrał pionierską rolę w podejściu do redukcji szkód związanych z wyrobami tytoniowymi, skupiając się na przyspieszeniu procesu wycofywania się z tradycyjnych papierosów. Narodowa Strategia Rządu dotycząca Prewencji i Redukcji Szkód w Związku z Zachowaniami Uzależniającymi na lata 2019–2027 wprowadziła zasadę redukcji szkód jako fundament polityki antytytoniowej.

Prewencja jako priorytet rządu

W ramach dążenia do stworzenia społeczeństwa wolnego od dymu tytoniowego, priorytetem dla rządu brytyjskiego jest realizacja następujących działań:

- Zapewnienie sprawnego funkcjonowania przepisów, takich jak zakaz zakupu danego produktu regulowanego przez pełnomocnika i standaryzacja opakowań, co ma na celu ograniczenie dostępu młodzieży do papierosów.
- Wsparcie palących kobiet w ciąży w procesie rzucania palenia. Wytyczne Narodowego Instytutu Doskonałości Klinicznej (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) stanowią tutaj podstawę wsparcia, nad których wdrożeniem wspólnie pracują dwie instytucje – Public Health England oraz NHS England.

Wspieranie rzucania palenia

Dążąc do utworzenia pokolenia wolnego od palenia, zdecydowano się na podjęcie następujących działań:

- Zapewnienia szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia dotyczących pomocy pacjentom, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów korzystających z usług zdrowia psychicznego w procesie rzucania palenia.
- Zachęcania pacjentów, odwiedzających oraz pracujących w systemie NHS do zrezygnowania z palenia.

Eliminowanie różnic we wskaźnikach palenia

W celu zmniejszenia regionalnych i społeczno-ekonomicznych rozbieżności w zakresie palenia, skupiono się na wprowadzeniu zmian na poziomie systemowym i kierowaniu celowanych działań do odpowiednich grup:

- Promowanie dostępu do usług w ramach „Rzuć palenie” w całym systemie opieki zdrowotnej oraz pełne wdrożenie odpowiednich wyżej wspomnianych wytycznych NICE.
- Wspieranie samorządów lokalnych w ich staraniach na rzecz wsparcia osób w rzucaniu palenia, poprzez współpracę z dyrektorami zdrowia publicznego w identyfikowaniu lokalnych rozwiązań, szczególnie tam, gdzie wskaźniki palenia pozostają wysokie.

Skuteczna egzekucja

W celu zmniejszenia popytu na wyroby tytoniowe oraz tworzenia środowiska chroniącego młodzież i inne grupy przed szkodami związanymi z paleniem, Wielka Brytania podjęła następujące kroki:

- Utrzymywanie wysokich stawek akcyzy na produkty tytoniowe w celu zwiększenia ich cen.
- Zagwarantowanie, że sankcje zawarte w obowiązujących przepisach są skuteczne i proporcjonalne do celów, przy uwzględnieniu wniosków płynących z prac Departamentu ds. Zdrowia i Opieki Socjalnej (Department of Health and Social Care – HMRC) nad stosowaniem sankcji w celu zwalczania nielegalnego handlu tytoniem.
- Public Health England wspiera prowadzenie szkoleń dla pracowników służby zdrowia, aby umożliwić im udzielanie opartych na dowodach interwencji wspomagających pacjentów w rzucaniu palenia.

Wyeliminowanie nierówności: palenie w ciąży

Jednym z celów obranych przez brytyjski rząd było zmniejszenie występowania palenia przez kobiety w ciąży w celu poprawy perspektyw życiowych dzieci. Aby osiągnąć to założenie, na poziomie krajowym zdecydowano się na wprowadzenie następujących działań:

- NHS England działa na rzecz redukcji palenia w ciąży poprzez badania stężenia tlenu węgla w opiece przedporodowej oraz kierowanie do usług w ramach programu „Rzuć palenie” za pośrednictwem pakietu opieki „Saving Babies’ Lives”.
- W zbiorze danych dotyczących opieki przedporodowej, stanowiącym standardowy rejestr opieki położniczej, uwzględnione zostały wyniki badań stężenia tlenu węgla, aby dokładnie mierzyć rzeczywiste zachowania palaczy poza subiektywnym zgłaszaniem.
- Public Health England i NHS England opracowały wspólny plan działania, w którym przedstawione zostały zalecenia dotyczące współpracy na poziomie lokalnym w realizacji ambicji rządu w zakresie redukcji palenia w ciąży.
- W ramach Programu Transformacji Opieki Położniczej, inicjatywy wchodzącej w zakres perspektywy „Pięć lat do przodu”, której celem jest modernizacja i ulepszenie opieki położniczej, NHS England wspólnie z Public Health England prowadzi działania w celu redukcji przypadków martwych urodzeń, zgonów noworodków i matek poprzez konsekwentne podkreślanie możliwości osiągnięcia i utrzymania ciąży bez dymu tytoniowego.

Wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Dążąc do zmniejszenia występowania palenia u osób z zaburzeniami psychicznymi, podejmuje się następujące działania na poziomie krajowym:

- Public Health England oraz NHS England opracowują i udostępniają materiały wspierające personel w placówkach opieki zdrowotnej we wdrażaniu Wytycznych NICE, które określają zalecenia dotyczące ograniczania szkód wynikających z palenia oraz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w rzucaniu palenia w placówkach opieki przedporodowej, zdrowia psychicznego i ostrych usług medycznych.
- Departament Zdrowia analizuje możliwość dalszej integracji wsparcia dla rzucania palenia z usługami uzależnień oraz usługami dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- Public Health England współpracuje z Partnerstwem Królewskich Kolegiów ds. Związku Palenia i Zdrowia Psychicznego, organizacjami sektora trzeciego oraz środowiskiem akademickim w celu zbadania dowodów na to, jak zmniejszyć występowanie palenia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi.

Podsumowanie

Strategia Wielkiej Brytanii w zakresie prewencji i redukcji szkód związanych z wyrobami tytoniowymi skupia się na podejściu redukcji szkód, promując alternatywy dla tradycyjnych papierosów oraz wspierając osoby palące w procesie rzucania palenia. Działania te obejmują prewencję, wsparcie rzucania palenia, eliminację różnic we wskaźnikach palenia, skuteczną egzekucję przepisów oraz zwalczanie nierówności zdrowotnych, takich jak palenie w ciąży i palenie wśród osób z zaburzeniami psychicznymi.

ZAGADNIENIE WZGLĘDNEJ HIERARCHII RYZYKA (RRH)

W związku z coraz większą liczbą pojawiających się na rynku alternatyw dla tradycyjnych papierosów, grupa naukowców pod przewodnictwem R. Murrin opracowała paradygmat względnej hierarchii ryzyka (RRH), stanowiący narzędzie wykorzystywane do oceny względnego ryzyka produktów nikotynowych w odniesieniu do zdrowia człowieka. W badaniu dokonano analizy 3980 publikacji, po czym zagregowano dane obejmujące poziom ryzyka dla każdego z produktów nikotynowych na podstawie analizy toksyczności produktów oraz badań epidemiologicznych, a następnie połączono wyniki w celu wyznaczenia hierarchii ryzyka dla każdego produktu tytoniowego.

Metodologia badania opiera się na dwóch głównych analizach:

- **Analiza ryzyka raka w ciągu życia (LCR)**

Badanie to opiera się na analizie toksyczności produktów nikotynowych poprzez określenie potencjału rakotwórczego substancji toksycznych. Wykorzystuje się dane dotyczące emisji toksyn przez produkty oraz założone wartości konsumpcji. Wyliczane są wskaźniki ryzyka raka dla różnych produktów nikotynowych. Wyższe wskaźniki oznaczają większe ryzyko wystąpienia raka.

- **Analiza epidemiologiczna**

Przeprowadza się metaanalizy ryzyka chorób związanych z paleniem tytoniu dla różnych produktów nikotynowych na podstawie danych epidemiologicznych. To analiza odzwierciedla rzeczywiste ryzyko wystąpienia chorób w populacji.

Kolejnym krokiem było połączenie wyników tych dwóch analiz w celu stworzenia hierarchii względnego ryzyka. Następnie stworzono skalę punktową od 0 do 100, gdzie 0 oznacza nieużywanie żadnych produktów nikotynowych, a 100 oznacza użytkowników papierosów tradycyjnych.

Wyniki badania wskazują, że produkty nikotynowe można podzielić na dwie główne kategorie pod względem ryzyka:

- **Wysokie ryzyko**

Produkty takie jak papierosy tradycyjne, tytoń do palenia, bidis, cygaretki, tytoń do fajki wodnej, tytoń do fajki zwykłej, oraz cygara, niosą za sobą najwyższe ryzyko związane z chorobami związanymi z paleniem tytoniu. Wartości punktowe dla tej kategorii mieszczą się w zakresie od 40 do 100, co oznacza istotne ryzyko.

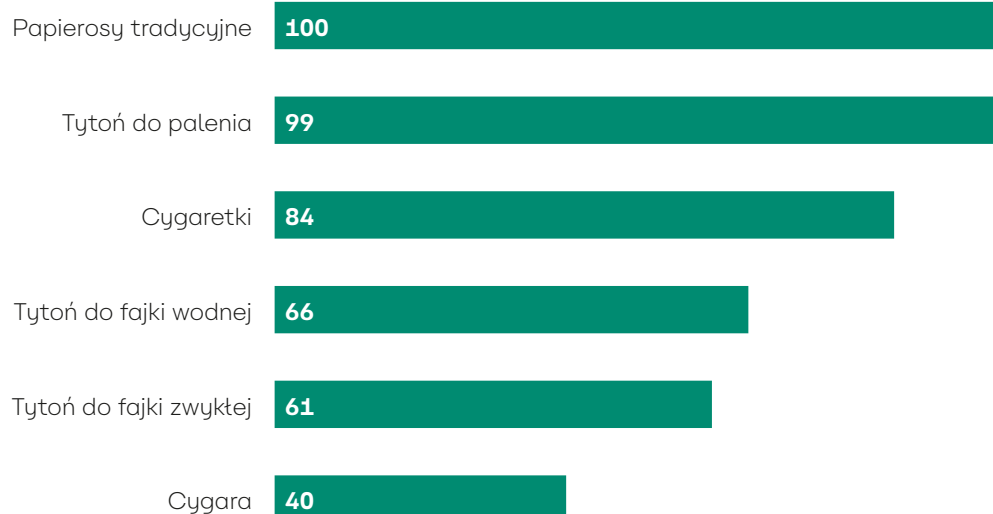
- **Zredukowane ryzyko**

Do grupy tej należą wyroby umożliwiające żucie i palenie tytoniu, snus, urządzenia do podgrzewania tytoniu (*heat-not-burn*), papierosy elektroniczne, czy nikotynowe zastępcze produkty do żucia (NRT). Niosą one za sobą znacznie mniejsze ryzyko w porównaniu z produktami z wysokim ryzykiem. Wartości punktowe dla tej kategorii mieszczą się poniżej 10.

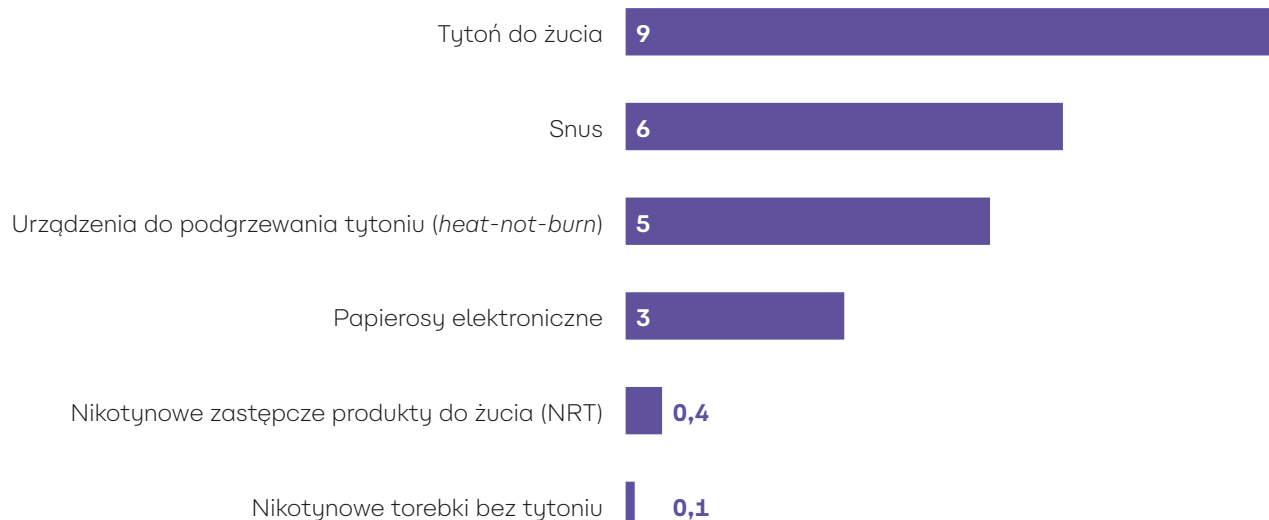
Wnioski z badania wskazują, że istnieje potencjał redukcji szkód związanych z paleniem tytoniu poprzez przechodzenie z produktów o wysokim ryzyku na produkty o zredukowanym ryzyku. Te o zredukowanym ryzyku, takie jak NRT czy papierosy elektroniczne, mogą stanowić skuteczną alternatywę dla palaczy, którzy chcą ograniczyć swoje ryzyko zdrowotne. Badanie wykazało również, że choć żaden z produktów nikotynowych nie jest całkowicie bezpieczny, to istnieją opcje, które znacznie zmniejszają ryzyka związane z nikotynizmem.

Ocena łącznego wyniku ryzyka dla każdego produktu nikotynowego obejmuje analizę hierarchii względnej toksyczności produktów w kontekście ryzyka związanego z paleniem tytoniu. Poniżej przegląd łącznych wyników ryzyka dla każdego produktu nikotynowego, na podstawie opisanych wcześniej danych z analizy RRH.

Produkty o Wysokim Ryzyku (wartości punktowe: 40–100)



Produkty o Zredukowanym Ryzyku (wartości punktowe: poniżej 10)



Podsumowując, hierarchia względnego ryzyka produktów nikotynowych wyznaczona w analizie wskazuje na znaczny potencjał zmniejszenia ryzyka zdrowotnego poprzez wybór mniej szkodliwych produktów, takich jak snus, papierosy elektroniczne czy wyroby typu *heat-not-burn*.



WYKŁAD WPROWADZAJĄCY

Paradygmat redukcji szkód a zdrowie publiczne

Prof. dr hab. n. med. Jarostaw Pinkas

Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego,
Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum
Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Dziekan,
Główny Inspektor Sanitarny w latach 2018–2020



O autorze

Prof. dr hab. med. Jarostaw Pinkas jest profesorem w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz Dyrektorem i Dziekanem Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP. Prof. Pinkas jest członkiem Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Pełni funkcję Konsultanta Krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego. To lekarz, menedżer, specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej, medycyny rodzinnej i zdrowia publicznego, nauczyciel akademicki. W latach 2005–2007 Prof. Pinkas był podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia, w latach 2015–2017 sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia, a w latach 2017–2018 sekretarzem stanu w Kancelarii Premiera. W latach 2018–2020 piastował stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego.

Wprowadzenie

Choroby niezakaźne (NCD) zabijają każdego roku 41 milionów ludzi, co odpowiada 74% wszystkich zgonów na świecie. Choroby sercowo-naczyniowe odpowiadają za większość zgonów z powodu chorób niezakaźnych (17,9 mln osób rocznie), następnie nowotwory (9,3 mln), przewlekłe choroby układu oddechowego (4,1 mln) i cukrzyca (2,0 mln, w tym zgony z powodu chorób nerek spowodowane cukrzycą). Te **cztery grupy chorób odpowiadają za ponad 80% wszystkich przedwczesnych zgonów z powodu chorób niezakaźnych.**

Konsekwencje czynników ryzyka, w aspekcie palenia papierosów

Używanie tytoniu, brak aktywności fizycznej, szkodliwe spożywanie alkoholu i niezdrowa dieta zwiększają ryzyko śmierci z powodu chorób niezakaźnych. Według statystyk IHME, Global Burden of Disease w rankingu liczby zgonów na całym świecie, za które odpowiadały czynniki ryzyka na pierwszym miejscu odnotowano nadciśnienie tętnicze, które było odpowiedzialne za ok. 11 mln zgonów w 2019 r., **na drugim miejscu było palenie papierosów – ok. 8 mln zgonów**, a na trzecim miejscu znalazło się zanieczyszczenie powietrza, które doprowadziło do ok. 7 mln zgonów. Następne w kolejności były: **hiperglikemia – ok. 6 mln zgonów, otyłość – ok. 5 mln zgonów** i alkoholizm – ok. 2 mln zgonów¹⁶. Według tego samego źródła, w Polsce na pierwszym miejscu odnotowano nadciśnienie tętnicze, które było odpowiedzialne za ok. 91 tys. zgonów w 2019 r., na drugim miejscu było **palenie papierosów – ok. 78 tys. zgonów**, a na trzecim miejscu znalazła się hiperglikemia, która doprowadziła do ok. 63 tys. zgonów. Następne w kolejności były: **otyłość – ok. 58 tys. zgonów**, zanieczyszczenie powietrza – 31 tys. zgonów oraz alkoholizm – ok. 26 tys. zgonów.

Zgony z powodu palenia papierosów są obecnie polskim dramatem. Mielśmy dobre trendy przez wiele lat i wydawało nam się, że będziemy krajem, który osiągnie spektakularny sukces i to my będziemy tym benchmarkiem poprzez pryncypialną politykę zdrowotną. Niestety w ostatnich latach zaczęliśmy odstawać. Mamy w tej chwili sytuację, kiedy wyraźnie jesteśmy powyżej średniej europejskiej, jeśli chodzi o zgony z powodu palenia. Już nie mówiąc o tym, ile mamy do nadrobienia, żebyśmy się mogli porównać ze Szwecją, gdzie tylko 6% społeczeństwa pali papierosy.

„Według raportu pt. „Polskie zdrowie 2.0” ze stycznia 2023 r. do codziennego palenia w 2022 r. przyznało się aż 28,8 proc. dorosłych Polaków (30,8 proc. mężczyzn i 27,1 proc. kobiet).”

Wynik ten ma tendencję zwyżkową względem lat poprzednich. Natógowi palacze przeważają wśród osób określających swoją sytuację materialną jako złą (25 proc. ogółu). Najwięcej palących jest wśród osób

¹⁶ IHME, Global Burden of Disease (2019). Number of deaths by risk factor, World, 2019. Total annual number of deaths by risk factor, measured across all age groups and both sex. <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-deaths-by-risk-factor>

bezrobotnych (34 proc. ogółu) oraz gospodyń domowych (39 proc.)¹⁷. Związany z uzależnieniem od nikotyny **natóg palenia papierosów jest w kontekście szkód zdrowotnych najistotniejszym problemem zdrowia publicznego na świecie oraz w Polsce**. Pomimo starań liczba palaczy na świecie nie zmienia się istotnie od ponad 10 lat, jednak w krajach, w których podjęto takie działania, jak zwiększenie akcyzy na papierosy, zakaz palenia w przestrzeni publicznej, zakaz reklamy czy też wdrożenie strategii redukcji szkód zdrowotnych, liczba osób palących znacząco spada, co dowodzi zasadności tej polityki. **Najistotniejszymi działaniami mogącymi prowadzić do „ziemi wolnej od dymu (papierosowego)”** pozostają jednak **przekonanie i pomoc już palącym w wyjściu z uzależnienia oraz – a właściwie przede wszystkim – powszechna edukacja mogąca doprowadzić do faktycznego wyrugowania natogu tytoniowego ze społeczeństw**. Ta druga droga jest jednak bardzo czasochłonna, a jej efektów jako typowej profilaktyki pierwotnej można się spodziewać w skali jednego, dwóch pokoleń. Dlatego główny nacisk jest kładziony na zmniejszenie populacji palaczy. **U pacjentów wielokrotnie bez sukcesu próbujących zerwać z natogiem oraz u takich, którzy odmawiają podjęcia tego wysiłku, zasadne jest stosowanie różnych technik redukcji szkód**. Nie tylko z punktu widzenia palącego pacjenta czy osób z jego otoczenia, lecz także z perspektywy zdrowia publicznego każdy sposób zmniejszenia ekspozycji społeczeństwa na dym tytoniowy jest korzystny i powinien być akceptowany. Posiadamy zalecenia dotyczące prewencji chorób u osób palących tytoń. To jest pewien **konsensus wielu towarzystw naukowych**, które mają bardzo wielkie doświadczenie, także jeszcze z lat poprzednich, które należałoby bardziej rozpropagować¹⁸. Sukces Szwecji w zakresie ograniczenia palenia tytoniu do ok. 6% populacji tego kraju, jest związany przede wszystkim z tym, że Szwedzi, to naród, który jest szalenie pryncypialny. W Polsce przede wszystkim powinniśmy **skoncentrować się na niedopuszczeniu młodzieży do korzystania z różnego typu wyrobów bezdymnych**. E-papieros, to nie jest tylko wdychanie z pary wodnej. To są rzeczy, które są dramatyczne i które wprowadzają do natogu. Jednocześnie nie można być nadmiernie ortodoksyjnym. Ortodoksja powoli prowadzi nas do tego, że stawiamy mur niedostępności. Jestem głęboko przekonany, że jest coś pomiędzy „Harm Reduction”, a „End-game”, a naszą rolą jest zbudowanie mostu pomiędzy tymi dwoma strategiami. Myślę, że psychiatria jest szczególną dziedziną. Od psychiatrów nauczyłem się, że nie można być nadmiernie ortodoksyjnym. Jako minister zdrowia wdrażałem dyrektywę antytytoniową, a wszyscy chcieli w każdym szpitalu wprowadzić absolutny zakaz palenia. Psychiatrzy uzmysłowili mi, że to jest absolutny błąd. Rozwiązaniem jest takie budowanie mostów, żeby nie być ortodoksyjnym, oraz aby patrzeć na naukę, a po drugie, przeprowadzić badania naukowe, oparte na bardzo dobrej metodologii. Warto jest pozyskać na ten cel środki, a ośrodków medycznych i placówek, które tym się zajmują i które mają naprawdę ogromne doświadczenie jest sporo. Od WUM, przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, po PAN. Jest instytucja, która miała gigantyczne zasługi, jeśli chodzi o spadek palenia tytoniu w Polsce, czyli Państwowa Inspekcja Sanitarna. To jest ok. 16 tysięcy pracowników, którzy pracują w ponad 300 stacjach, które powinny być nośnikami informacji w każdym powiecie. **Trzeba budować solidną instytucję, która będzie te działania koordynować**. Takie instytucje są w Szwecji i w Czechach, a ich umiejscowienie w systemie pozwala na podejmowanie decyzji. Kolejna sprawa, o której muszę powiedzieć to fakt, że nasz kraj został dotknięty oprócz dramatycznej pandemii COVID-19, jeszcze gorszym wirusem. To jest wirus, na którego musimy znaleźć szczepionkę, a być może znaleźć solidne antidotum. To wirus denializmu i działań antylekarskich. Nasze działania są deprecjonowane przez tych, którzy zwyczajnie z tego żyją. My sobie nie poradziliśmy z tym m.in. dlatego, że środowisko lekarsko-pielęgniarskie jest małe. Ono nie ma czasu na tym, żeby zająć miejsce w sieci.

Wnioski

1. **Należy odbudować zdrowie publiczne w Polsce** – szczególnie w zakresie redukcji modyfikowalnych czynników ryzyka.
2. **Nadumieralność Polaków** z powodu chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i chorób układu oddechowego przekłada się na zmniejszanie się liczby ludności i straty dla gospodarki kraju.
3. Związany z uzależnieniem od nikotyny **natóg palenia papierosów jest w kontekście szkód zdrowotnych najistotniejszym problemem zdrowia publicznego** na świecie oraz w Polsce.
4. Opublikowano szereg **zaleceń dotyczących prewencji chorób u osób palących tytoń**. To jest pewien **konsensus wielu towarzystw naukowych**, które mają bardzo wielkie doświadczenie, także jeszcze z lat poprzednich. I oczywiście należałoby to w jakiś sposób bardziej rozpropagować i być jeszcze bardziej pryncypialnym.
5. Trzeba **budować solidną strategię oraz instytucję, która będzie te działania koordynować**. Takie instytucje są w Szwecji i w Czechach, a ich umiejscowienie w systemie pozwala na podejmowanie decyzji.

17 Polskie Zdrowie 2.0. Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027. *Redukcja używania tytoniu i innych produktów zawierających nikotynę, szczególnie wśród młodego pokolenia Polaków*. Policy brief II.3 Małgorzata Balwicka-Szczyrba, Łukasz Balwicki, Wojciech Hanke, Marta Miller, Anna Tyrańska-Fobke. Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji projektu Komitetu Zdrowia Publicznego PAN pt. „Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0” POLSKA AKADEMIA NAUK. Wydział V Nauk Medycznych. Komitet Zdrowia Publicznego. Warszawa, styczeń 2023 r. 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

18 *Zalecenia dotyczące prewencji chorób u osób palących papierosy*. Andrzej Fat, Jarostaw Pinkas, Piotr Jankowski, Jarostaw Drobnik, Janusz Sytnik-Czetwertyński, Piotr Karniej, Jacek Krajewski, Małgorzata Kaleta-Witusiak. „Lekarz POZ” 6/2022 <https://www.termedia.pl/Zalecenia-dotyczace-prewencji-chorob-u-osob-palacych-papierosy,98,49382,0,1.html>

WYKŁAD WPROWADZAJĄCY

Paradygmat redukcji szkód w zdrowiu publicznym. Czy dążenie do złotego standardu zawsze jest korzystne?

Jindřich Vobořil

MA, PG. Dip., CEO Podané ruce,
Wiceprzewodniczący Rady Rządu
Republiki Czech ds. koordynacji polityki
przeciwnarkotykowej oraz Dyrektor Departamentu
Polityki Przeciwnarkotykowej Kancelarii Rządu
Republiki Czeskiej, Krajowy Koordynator
ds. przeciwdziałania narkomanii
od 2010 do 2018 roku



O autorze

Mgr Jindřich Vobořil, Pg.Dip. jest jednym z czołowych ekspertów w dziedzinie narkotyków, o czym świadczy jego ponad trzydziestoletnie doświadczenie w zarządzaniu i rozwoju usług i programów zdrowotnych i społecznych. Jindřich Vobořil jest absolwentem Wydziału Teologicznego na wydziale Pedagogiki i Teologii Uniwersytetu J.E. Purkyně w Ołomuńcu (mgr). Otrzymał stopień Pg.Dip. na Uniwersytecie Johna Mooresa w Liverpoolu, gdzie studiował na Wydziale Psychologii Stosowanej ze specjalizacją w zakresie używania narkotyków i uzależnień. Uzyskał certyfikat kwalifikacji doradcy w Greenwich College, University of London. W 2006 roku uzyskał Certyfikat Podyplomowy Psychoterapii Systemowej Instytutu Terapii Systemowej w Pradze. Od końca lat 90. pracował nad tworzeniem, rozwojem i ewaluacją usług środowiskowych, szczególnie w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji uzależnień od narkotyków. Pracował przy opracowywaniu wspólnotowych strategii antynarkotykowych oraz przy projektach finansowanych przez Komisję Europejską. Oprócz opracowywania dokumentów strategicznych współtworzył również profesjonalne periodyki i publikacje. W latach 2010–2018 był Krajowym Koordynatorem ds. Narkotyków, Wiceprzewodniczącym Wykonawczym Rządowej Rady ds. Koordynacji Polityki Narkotykowej (GCDCP) oraz Dyrektorem Departamentu Polityki Narkotykowej Kancelarii Rządu Republiki Czeskiej. Świetnie wykorzystał również swoje międzynarodowe doświadczenie: wykładał i rozwijał projekty poradnictwa społecznego i społecznego na Węgrzech, w Serbii, krajach byłego Związku Radzieckiego i Federacji Rosyjskiej. Prawie rok spędził w Afganistanie. Pracował także w krajach Ameryki Łacińskiej, Boliwii, Kolumbii, Ekwadorze, Peru. Wykładał na wielu międzynarodowych uczelniach oraz na wielu międzynarodowych konferencjach i warsztatach. Pracował, jako konsultant między innymi dla Komisji Europejskiej, Organizacji Narodów Zjednoczonych i Funduszu Społeczeństwa Otwartego, niemieckiej Fundacji GTZ, holenderskiego Instytutu Trimbo i hiszpańskiego Fiap. Przed objęciem stanowiska Krajowego Koordynatora ds. Narkotyków Jindřich Vobořil pełnił funkcję Dyrektora „Podané ruce”, która pod jego kierownictwem stała się jedną z dwóch największych organizacji non profit w Czechach świadczących usługi socjalne i zdrowotne dla osób z problemami uzależnień i ich bliskich. Jako Krajowy Koordynator ds. Narkotyków i Wiceprzewodniczący Rządowej Rady ds. Koordynacji Polityki Narkotykowej był bezpośrednio odpowiedzialny przed czterema premierami Republiki Czeskiej. Przed wyjazdem był najdłużej pełniącym funkcję Krajowego Koordynatora ds. Narkotyków Republiki Czeskiej. Był osobiście zaangażowany w wiele ważnych zmian legislacyjnych w Czechach i brał udział w redagowaniu ważnych dokumentów rządowych. Naciskał na przyjęcie tzw. zintegrowanej polityki narkotykowej Republiki Czeskiej, czyli ujednoczenie polityki substancji legalnych i nielegalnych oraz polityki hazardowej w jedną politykę. Odegrał ważną rolę w negocjacjach dokumentu końcowego podpisanego przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 2016 r. Uczestniczył również w opracowaniu Strategii Europejskiej i szeregu rezolucji, z których część została przedłożona i z sukcesem wynegocjowana w imieniu Czech w ONZ¹⁹.

19 Profile. <https://jindrichvoboril.cz/en/profile/>

Wprowadzenie

„Paradygmat redukcji szkód w zdrowiu publicznym. Czy dążenie do standardu złota zawsze jest korzystne?”. Na początku chciałbym prosić o odpowiedź, jak wielu z Państwa obecnie pali papierosy? Jak wielu z Państwa pije kawę? Jak wielu z Państwa jadło dzisiaj chleb? Wiemy, że kofeina, nikotyna, pszenica to uzależniające substancje, które konsumujemy na co dzień. Więc trzeba zacząć od tego, czym w ogóle są uzależnienia. Bo, jeśli mamy wdrożyć prawa, czy działania polityczne, to musimy zadać sobie pytanie, **co chcemy osiągnąć naszymi politykami?** W Republice Czeskiej stwierdziliśmy, że **powinniśmy się zajmować szkodami wyrządzonymi przez substancje uzależniające**. Uzależnienia mogą powodować wiele problemów indywidualnych, społecznych i gospodarczych. W Czechach mamy ok. 10,6 mln obywateli. Z tej populacji, ok. 44 tys. osób jest uzależnionych od narkotyków, ok. 2 mln pali papierosy, ok. 1 mln pije szkodliwie alkohol, a ok. 1,5 mln nadużywa psychotropów. Ze względu na politykę zmniejszania szkód wydaje mi się, że odnieśliśmy dosyć duże sukcesy. Mamy bardzo niski poziom zakażeń HIV, poniżej jednego procenta, tak samo jak WZW typu C. Jednakże, jeżeli chodzi o alkohol i tytoń, to sukcesów nie mamy. Jesteśmy krajem, który ma jedną z najwyższych konsumpcji alkoholu w Europie. Dane o picciu wśród nieletnich są naprawdę alarmujące. Palenie papierosów ciągle jest dużym wyzwaniem. Mieliśmy również ogromny problem z hazardem. Przez ostatnie lata mówiliśmy, że jesteśmy takim „Las Vegas Europy”. Dlatego podjęliśmy decyzję, że nie może tak dalej być i **nie możemy mieć osobnych polityk do spraw narkotyków, tytoniu i hazardu**. Stwierdziliśmy, że **musimy połączyć te polityki, spojrzeć na problem uzależnień całościowo**. Bo de facto mamy jeden problem, a wszystkie te kwestie są ze sobą powiązane pod parasolem zdrowia psychicznego. W Czechach doszliśmy do wniosku, że musi nastąpić **koordynacja wszystkich ministerstw**, ponieważ widzimy, że bez takiego podejścia jest niezwykle trudno osiągnąć dobre rezultaty. Nie mieliśmy dużych funduszy i **nie chcieliśmy wprowadzać nieefektywnych regulacji**. Zdawaliśmy sobie również sprawę, że trudno jest zaspokoić wszystkie potrzeby finansowe, a z drugiej strony żądania, czy roszczenia różnych sektorów gospodarki, jak np. sektora tytoniowego, czy hazardu. Więc musimy to koordynować i znaleźć równowagę.

„ Skoncentrowaliśmy się na redukcji szkód, niż na abstynencji,
a w swoich działaniach kierowaliśmy się zasadami zdrowia publicznego.
Wszystkie dane wskazują, że regulowane rynki osiągają lepsze rezultaty, niż zakazy. ”

W obszarze nielegalnych substancji uzależniających zakaz nigdy nie zadziałał. Jeżeli spojrzymy na wszystkie nielegalne substancje, to rynek rośnie. W 1998 r. mieliśmy spotkanie szefów państw ONZ i mówiliśmy wtedy o świecie wolnym od narkotyków, a de facto konsumpcja się potroiła od tamtego czasu. Ostatnio nowy rząd powiedział, że **będziemy koncentrować się na dowodach naukowych i zrównoważonym podejściu do prewencji ryzyka i redukcji szkód**, więc całkowicie odchodzimy od idei świata bez tytoniu albo narkotyków. Raczej **koncentrujemy się na zapobieganiu ryzyku i szkodom**. Chcemy zapewnić finansowanie programów, jak i regulacje substancji uzależniających w zależności od poziomu, jak bardzo są uzależniające. To jest dosyć istotne, ponieważ to właśnie chcemy zrobić. Regulować substancje w odniesieniu do ich ryzyka. Chciałbym przedstawić tutaj przykład hazardu. Loteria powinna mieć inny poziom opodatkowania, ponieważ jest mniej szkodliwa niż automaty do gier, więc jest to lepsze dla właśnie tych, którzy sprzedają tego typu usługi. Czyli promujemy loterie, które mają mniejsze ryzyko. To samo dotyczy papierosów. Jeżeli chodzi o **wyroby bezdymne, to powinny być opodatkowane mniejszym podatkiem, niż tradycyjne papierosy**. Jednocześnie nie powinny być promowane za pomocą reklamy, ale właśnie za pomocą polityki cenowej, w porównaniu do tradycyjnych papierosów. Mówiliśmy wcześniej o marihuanie i o innych substancjach i one też mogłyby być uregulowane w podobny sposób. Z naszej perspektywy to jest właśnie ten cel, prewencja i redukcja szkód w wymiarze zdrowia, w wymiarze społecznym i ekonomicznym.

Narodowa strategia zapobiegania i ograniczania szkód związanych z zachowaniami nałogowymi 2019–2027

Wyszliśmy z założenia, że w **rozwiązywaniu problemu uzależnień będziemy stosować politykę opartą na naukowo udowodnionej i wyważonej koncepcji zapobiegania zagrożeniom i redukcji szkód, przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniego finansowania zarówno programów i usług profilaktycznych, jak i regulacji substancji uzależniających adekwatnej do stopnia ich szkodliwości**. Tworzenie strategii było oparte na dowodach, zrównoważone, skoordynowane, zasadach zdrowia publicznego, zintegrowane, zdefiniowane przez zasoby finansowe oraz miało realistyczne i osiągalne cele.

W 2020 r. została opracowana i wprowadzona aktualna „**Narodowa strategia zapobiegania i ograniczania szkód związanych z zachowaniami natógowymi 2019–2027**” (ang. *National Strategy to Prevent and Reduce the Harm Associated with Addictive Behaviour 2019–2027*)²⁰. Strategia jest kluczowym dokumentem programowym Rządu Republiki Czeskiej, który wyraża jego intencje i konkretne działania polegające na **wdrożeniu środków mających na celu zapobieganie i ograniczanie szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, patologicznym hazardem oraz niekontrolowanym korzystaniem z nowoczesnych technologii** wśród ludności czeskiej.

„Polityka dotycząca zachowań uzależniających jest zdefiniowana, jako kompleksowy i skoordynowany zestaw środków zapobiegawczych, edukacyjnych, terapeutycznych, społecznych, regulacyjnych i kontrolnych oraz egzekwowania prawa przyjętych na poziomie międzynarodowym, krajowym, regionalnym i lokalnym. Jej celem jest realizacja skoordynowanego i opartego na dowodach podejścia do zapobiegania negatywnym skutkom zachowań uzależnieniowych oraz ograniczania szkód (zdrowotnych, społecznych, ekonomicznych i niematerialnych) powodowanych przez zachowania uzależnieniowe, zarówno jednostkom, jak i całemu społeczeństwu, w tym jego negatywnych skutków w sprawie budżetów publicznych.”

Ostatecznym celem tych wysiłków jest **poprawa dobrobytu ludności** Republiki Czeskiej. Główne obszary strategiczne strategii to: Wzmocnienie profilaktyki i podnoszenie świadomości; Zapewnienie wysokiej jakości i dostępnej sieci usług dla uzależnień; Skuteczna regulacja rynków substancji uzależniających i produktów uzależniających; Wzmocnienie zarządzania, koordynacji i efektywnego finansowania polityki dotyczącej uzależnień (leki psychoaktywne, nadużywanie Internetu i nowych technologii, konopie indyjskie i kannabinoidy). Dodatkowo opracowano i wdrożono „**Plan działania w zakresie polityki dotyczącej uzależnień na lata 2022–2024**”, który reguluje używanie legalnych i nielegalnych substancji (nielegalnych narkotyków, alkoholu, tytoniu), hazardu i innych form zachowań uzależniających, takich jak technologie cyfrowe lub leki psychoaktywne. Plan zakłada podejście do redukcji szkód odzwierciedlające obecną sytuację i zmiany w dziedzinie uzależnień. Jego efektem ma być zwiększenie budżetu państwa do 11–15 mld CZK (4–6 mld EUR) rocznie. Plan ma być wykonany poprzez zapobieganie i leczenie, regulowany rynek substancji uzależniających, skuteczny pobór podatków, promowanie zrównoważonej polityki uzależnień oraz minimalizowanie wpływu kryzysu na Ukrainie na sytuację uzależnień w Czechach.

Wnioski

1. Promowanie **racjonalnej polityki uzależnień** opartej na dowodach naukowych i prawach człowieka.
2. Zapobieganie i **ograniczanie szkód** zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych.
3. Wdrażanie Krajowej Strategii i Planu Działań w zakresie Narkotyków i Uzależnień w oparciu o podejście **redukcji szkód**.
4. Skuteczna regulacja rynków substancji uzależniających i produktów uzależniających **zgodnie z ich ryzykiem**.
5. **Wzmocnienie zarządzania, koordynacji i efektywnego finansowania polityki dotyczącej uzależnień**.

20 SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. 2020. *National Strategy to Prevent and Reduce the Harm Associated with Addictive Behaviour 2019–2027*. Praha: Úřad vlády České republiky. https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/National_strategy_2019_2027_fin_rev3.pdf

OKRĄGŁY STÓŁ:

Paradygmat redukcji szkód, a zdrowie publiczne. Czy dążenie do osiągnięcia złotego standardu zawsze przynosi korzyści?

Dr hab. n. med. Radostaw Sierpiński

Prezes Agencji Badań Medycznych

Agencja Badań Medycznych (ABM) jest państwową agencją odpowiedzialną za rozwój badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu²¹. ABM jest podmiotem, którego celem jest **budowa innowacyjnego systemu opieki zdrowotnej**. Funkcjonowanie Agencji przyniesie również wymierne korzyści dla pacjentów – pozwoli ocenić, które nowe technologie medyczne i metody terapeutyczne powinny być stosowane dla zaspokojenia potrzeb społeczeństwa. Agencja realizuje jeden z pierwszych publicznych programów dotacyjnych z finansowaniem przeznaczonym na niekomercyjne badania kliniczne w naszym kraju. Finansowane przez Agencję Badań Medycznych badania są **szansą dla polskich pacjentów na dostęp do najnowszych technologii**, jak również okazją dla polskich naukowców na udział w światowych badaniach.



„ Kluczowym zadaniem Agencji jest również działalność analityczna w zakresie oceny podejmowanych decyzji i ich wpływu na koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Opracowane analizy pozwolą na przedstawienie konkretnych rozwiązań, dzięki którym system opieki zdrowotnej będzie mógł funkcjonować w bardziej wydajny sposób. ”

Agencja Badań Medycznych powstała, aby lepiej wykorzystywać w Polsce potencjał rozwoju badań medycznych i nauk o zdrowiu, zwłaszcza w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych, które stanowią obecnie ok. 2 proc. wszystkich zarejestrowanych badań. Dla porównania w krajach Europy Zachodniej wskaźnik ten wynosi około 40 proc. Celem Agencji jest zwiększenie odsetka niekomercyjnych badań klinicznych do poziomu 20–30 proc. Głównym **celem rozwoju niekomercyjnych badań klinicznych będzie poszukiwanie nowych metod leczenia w obszarach medycyny: onkologii i kardiologii, a także w chorobach rzadkich**. Obszary te bardzo często pozostają bowiem poza zainteresowaniem prywatnych firm. Zapewnienie pacjentom onkologicznym, kardiologicznym oraz cierpiącym na schorzenia rzadkie możliwości przeprowadzenia badań klinicznych ma kluczowe znaczenie dla całego systemu ochrony zdrowia. W przyszłości zaowocuje to dostępem do nowoczesnych terapii lekowych czy obniżeniem kosztów leczenia wybranych chorób. Badania prowadzone przez ABM postępują ocenie skuteczności i bezpieczeństwa leków oraz technologii już stosowanych na rynku, a także wyłączeniu z systemu tych technologii, które są nieskuteczne. Sprawdzenie skuteczności działania wybranych technologii w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia ułatwi organom odpowiedzialnym za refundację i taryfikację podejmowanie decyzji w tym zakresie. Agencja będzie wspierać również rozwój badań populacyjnych i epidemiologicznych z różnych obszarów zdrowia publicznego. Zebrane dane pozwolą na przygotowanie analiz eksperckich, określających np. przyczyny zróżnicowania zapadalności na określone schorzenia czy wskaźników śmiertelności z powodu wybranych chorób w poszczególnych regionach Polski. Podstawą ich opracowania nie będą, jak dotychczas, ogólne szacunki, tylko własne, krajowe badania²². **Choroby cywilizacyjne odpowiadają za ponad 80 proc. przedwczesnych zgonów, z czego największe żniwo zbierają schorzenia kardiologiczne i onkologiczne. Poprawę w tym obszarze mogą zapewnić innowacyjne terapie i programy profilaktyczne.** Prace specjalistów w tym zakresie wspiera Agencja Badań Medycznych, która oferuje dofinansowanie dla najbardziej obiecujących projektów, wyłonionych w przygotowanych przez nią konkursach.

21 <https://abm.gov.pl/>

22 Agencja Badań Medycznych (ABM) <https://abm.gov.pl/>

Dr Tomasz Latos

Poseł, Przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia

Pandemia COVID-19 wyostrzyła problemy systemu ochrony zdrowia w Polsce, które wcześniej nie były widoczne. **W zakresie zdrowego stylu życia, jako Polacy mamy dużo do zrobienia, bo nie potrafimy w sposób efektywny dbać o nasze własne zdrowie.** Nie korzystamy z programów profilaktycznych oraz przesiewowych. **Od kilkunastu lat mamy ustawę dotyczącą palenia papierosów, ale liczba osób palących papierosy w Polsce nie spada, tak jak w innych krajach europejskich.** W zakresie nadużywania alkoholu mamy sytuację bardzo poważną. Odnotowujemy dwa razy więcej osób, niż to było w czasach PRL. Wtedy sytuacja była dramatyczna, ale okazuje się, że może być jeszcze gorzej. Mamy co naprawiać, ale **nadal zbyt mało pieniędzy, sił i środków przeznaczamy na zdrowie publiczne.** Przyjęliśmy siedem lat temu ustawę o zdrowiu publicznym, natomiast brakuje efektów działania ww. ustawy. Działania wielokierunkowe wymagają, z jednej strony odpowiedniego finansowania, a z drugiej strony kadr oraz infrastruktury. W przypadku nadużywania alkoholu, czy palenia papierosów brakuje **poradni** przeznaczonych dla tych właśnie problemów. To jest kwestia także **szukania mechanizmów dotarcia do społeczeństwa, by zmieniło swój tryb życia, ale także korzystało z programów profilaktycznych.** W przypadku czynników ryzyka i chorób cywilizacyjnych bardzo dużą rolę powinien pełnić **lekarz rodzinny i zespół POZ.** Uważam, że najwyższa pora, aby premiować lekarzy rodzinnych za efekty realizacji programów profilaktycznych. Należałoby do tego dołożyć odpowiednią **edukację w szkole**, aby nasze społeczeństwo od najmłodszych lat odpowiednio edukować i wytworzyć dobre przyzwyczajenia. Jeżeli tego nie zrobimy, to będzie nam trudno doprowadzić do poprawy sytuacji. Każdy kraj ma swoją specyfikę, choć należy oczywiście korzystać z dobrych doświadczeń innych krajów. Mamy w Polsce Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, który powinien monitorować sytuację, zbierać i analizować dane oraz **koordynować działania.** Ważne, żeby z tych analiz coś wynikało. Czy to będzie kierowane do premiera, czy ministra zdrowia, to jest sprawa w moim przekonaniu drugorzędna. Ważne, aby wnioski, które płyną z tych procesów badawczych i analiz, były systematycznie wdrażane.



Prof. dr hab. n. med. Filip Szymański

Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych,
Dziekan Wydziału Medycznego, Collegium Medicum
Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego

W drodze do budowania własnego zdrowia najważniejsze jest niepalenie papierosów, regularny wysiłek fizyczny, dobra kontrola lipidów i nadciśnienia oraz nowoczesna terapia cukrzycy. To również znakomita profilaktyka występowania chorób sercowo-naczyniowych i onkologicznych.



„Nikotynizm jest jednym z najszerzej rozpowszechnionych czynników ryzyka w polskiej populacji.”

Jego występowanie łączy się ze zwiększonym ryzykiem wielu groźnych chorób, w tym nowotworów, schorzeń układu moczowego, czy sercowo-naczyniowego. **Pomimo wzrostu świadomości pacjentów i działań w kontekście poprawy zdrowia publicznego, odsetek osób palących pozostaje wysoki.** Niektórzy pacjenci mimo wprowadzenia wielorakich interwencji **nie są w stanie całkowicie rzucić palenia.** W publikacji pt. „**Postępowanie w uzależnieniu od nikotyny – interdyscyplinarne rekomendacje ekspertów**” zawarto podsumowanie dostępnych metod pomocy uzależnionym oraz redukcji ryzyka u pacjentów palących²³. Z uwagi na częstość występowania uzależnienia od nikotyny oraz poważne następstwa związane z tym nałogiem lekarze oraz personel medyczny powinni przywiązywać szczególną wagę do tego zagadnienia. Główne działania pozostające w ich kompetencji obejmują: zachęcanie do trwania w abstynencji (prewencja nikotynizmu); wczesne wykrywanie oraz leczenie osób uzależnionych; oraz rozpoznawanie i właściwe postępowanie w przypadku chorób odtytoniowych. Każdy lekarz w celu

²³ Postępowanie w uzależnieniu od nikotyny – interdyscyplinarne rekomendacje ekspertów. Piotr Kuna, Anna E. Płatek, Tomasz Tomasik, Piotr Gatecki, Tomasz Drewna, Filip M. Szymański. 2020. „Forum Medycyny Rodzinnej” 2020, tom 14, nr 2, s. 66–72 Via Medica ISSN 1897–359 https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/68274

ułatwienia pacjentowi zaprzestania palenia tytoniu może wykorzystywać metodę określaną jako „**krótka interwencja antynikotynowa**”. Polega ona na zwięzłej, 4–15-minutowej ustrukturalizowanej rozmowie mogącej być częścią zwykłej wizyty. W jej trakcie wykorzystywane są elementy doradztwa psychologicznego. Farmakoterapia nikotynizmu jest uznawana za efektywną. Na każde 6–23 leczonych osób jedna z sukcesem zaprzestanie palenia (utrzyma abstynencję przez 6 miesięcy). Skuteczność jest dwukrotnie wyższa w porównaniu z interwencjami nieobejmującymi leczenia farmakologicznego. Wydaje się, że szczególną pozycję w leczeniu farmakologicznym mogą mieć preparaty zawierające cytyzynę. W wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego znajduje się również cytyzyna, która jest substancją naturalną pochodzenia roślinnego. Jej działanie jest zbliżone do nikotyny, jednak jest ona pozbawiona efektu uzależniającego. Dlatego może być z powodzeniem stosowana u osób chcących zerwać z nałogiem nikotynizmu. **Cytyzyna** znacząco zwiększa skuteczność procesu rzucania palenia, umożliwia stopniowe zmniejszenie uzależnienia od nikotyny, przy czym jest bezpieczna w stosowaniu i powoduje nieliczne działania niepożądane. W przypadku braku sukcesu do uzgodnienia z pacjentem pozostaje możliwość skierowania go do leczenia specjalistycznego. W Polsce funkcjonują nieliczne **poradnie antynikotynowe**, w ramach których oferowane są konsultacje lekarskie, wsparcie psychologiczne (indywidualne i grupowe) oraz zajęcia edukacyjne. Nie jest do nich wymagane pisemne skierowanie. W naszym kraju jest również realizowany **program profilaktyki chorób odtyniowych** (w tym POChP), którego cel stanowi zmniejszenie zachorowalności na schorzenia wywołane paleniem papierosów, poprawa świadomości w zakresie szkodliwości nałogu oraz popularyzacja metod zapobiegania i leczenia, w tym specjalistycznego. Obejmuje poradnictwo antytytoniowe z diagnostyką POChP (spirometria). Warto jednak wspomnieć, że dostępność tego typu diagnostyki i leczenia pozostaje bardzo ograniczona ze względu na małą liczbę poradni realizujących. **Ostatnie ogniwo terapii obejmuje tak zwaną strategię minimalizacji szkód (*harm reduction*) związanych z paleniem papierosów**. Ostatnio umożliwiła to między innymi rejestracja przez Food and Drug Administration (FDA) w kwietniu 2019 roku pierwszego urządzenia podgrzewającego tytoń. **Podgrzewanie tytoniu różni się od spalania tym, że wytwarza się znacznie mniej substancji rakotwórczych, toksycznych i teratogennych**. Zespoły ekspertów obejmujące specjalistów z dziedziny psychiatrii, onkologii, rehabilitacji, terapii uzależnień i farmakologii, wskazują, że **najkorzystniejsza koncepcja nowych terapii antynikotynowych (u pacjentów, którym nie udało się zaprzestać palenia papierosów), może stanowić połączenie dwóch czynników: użytkowanie nowych wyrobów tytoniowych – zapewniających redukcję ryzyka zdrowotnego w porównaniu z paleniem zwykłych papierosów, a równocześnie obniżanie stężenia nikotyny w produktach**. Ponadto powzięcie strategii minimalizacji szkód zakłada możliwość dojścia do pełnej abstynencji, ale nie ogranicza jego dostępu do systemu w chwili, kiedy nie jest w stanie osiągnąć pełnej abstynencji. **Jak popatrzymy na nowoczesne podejście redukcji szkód (ang. *harm reduction*), to zdecydowanie rekomendujemy, aby ono było wdrażane w naszym kraju**. Dwukrotnie pisaliśmy do Ministerstwa Zdrowia z propozycją spotkania oraz uwzględnienia strategii redukcji szkód w zakresie palenia papierosów w Polsce. Zaproponowaliśmy, aby **produkty bezdymne były dostępne w sprzedaży w Polsce, tak jak są dostępne standardowe papierosy dla osób powyżej 21 lat**. Pamiętajmy, że **wyroby bezdymne mają pomóc w rzuceniu palenia, a nie zachęcać do palenia**. Dla **już palącego pacjenta**, który nie daje sobie rady z rzuceniem palenia po konsultacji z psychologiem, po konsultacji z lekarzem prowadzącym, po próbach terapii farmakologicznej, **jedynym rozwiązaniem jest zalecenie wyrobów bezdymnych, następnego kroku na drodze do eliminacji palenia papierosów**.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal

Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego,
Kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób
Wewnętrznych Państwowy Instytut Medyczny MSWiA
w Warszawie



Choroby związane z paleniem papierosów są jednymi z głównych przyczyn z głównych przyczyn zgonów na świecie i w Polsce. Ludzkości nie grożą infekcje, ale przede wszystkim alkohol i papierosy. **8,2 mln zgonów rocznie na całym świecie powodowanych jest paleniem papierosów.** Największy problem z paleniem ma dzisiaj Europa. Z raportu WHO pt. „European Tobacco Use” wynika, że papierosy pali ok. 29 proc. ludności Europy, czyli około 209 mln osób, z czego ok. 63 mln stanowią kobiety²⁴. Z danych Eurobarometru Komisji Europejskiej wynika natomiast, że niemal połowa (49% proc.) palaczy w krajach UE deklaruje, że nie chce rzucić natogu. **Palenie jest także dużym problemem gospodarczym.** Średnio 2 proc. światowego PKB jest tracone rocznie w związku z zapadalnością na choroby odtytoniowe, a w Europie ten wskaźnik jest nawet wyższy i wynosi ok. 2,5 proc.

W ciągu ostatnich lat, dzięki lepszej edukacji i metodom profilaktyki, liczba dziennych palaczy tytoniu w krajach rozwiniętych wyraźnie spadła. Jednak wskaźniki osób uzależnionych od tytoniu oraz liczba osób umierających z powodu chorób związanych z paleniem jest nadal alarmująca, a palenie pozostaje główną przyczyną przedwczesnych zgonów.

„ W Polsce, pomimo znacznego spadku umieralności, palenie tytoniu jest nadal jednym z głównych wyzwań dla zdrowia publicznego. ”

Oczekuje się, że liczba palaczy utrzyma się na stosunkowo wysokim poziomie, powodując wiele niepotrzebnych zgonów, generując wysokie koszty opieki medycznej, negatywnie wpływając na samopoczucie obywateli i szkodząc gospodarce. Pomimo kompleksowych badań potwierdzających **palenie jako czynnik wysokiego ryzyka w rozwoju wielu chorób cywilizacyjnych pozostaje istotnym problemem zdrowia publicznego w Polsce.** Jest pilna potrzeba wypracowania systemowych działań, które pomogłyby w ograniczeniu palenia tytoniu w polskim społeczeństwie. Należy oszacować stan używania tytoniu w Polsce, działania podejmowane w celu zmniejszenia liczby osób uzależnionych, dostępne rozwiązania redukcyjne i metody leczenia, skupiając się na źródle problemu, ograniczeniach i wymaganiach, które pozostają do pokrycia w Polsce. **Trzeba zdefiniować krajowe perspektywy osiągnięcia zadowalającej liczby palaczy, doprowadzając ostatecznie do całkowitej eliminacji palenia z polskiego społeczeństwa.**

Walka z natogiem palenia tytoniu na świecie i w Polsce, choć jest na właściwej ścieżce, powoli dochodzi do płaskowyzu. Odsetek populacji, która nadal pali osiągnął równowagę. Aby poprawić tę sytuację trzeba skonsolidować wysiłki w zakresie aspektów finansów, zdrowia i polityki społecznej. Ponieważ liczba palących Polaków pozostaje bardzo wysoka, jednym z najistotniejszych aspektów w procesie zwalczania tytoniu w Polsce jest sprawna pomoc medyczna. Dlatego **lekarze powinni rutynowo identyfikować palenie tytoniu przez pacjenta, jego gotowość do rzucenia palenia, doradzać palaczom i pomagać im w rzuceniu palenia oraz oferować farmakoterapię, aby im w tym pomóc.** Obecnie przy wielu nikotynowych zamiennikach może to być jeszcze prostsze. Jedynym wyzwaniem zarówno dla lekarzy, jak i systemów opieki zdrowotnej jest wdrożenie skutecznego leczenia w rutynowej praktyce lekarskiej. W Polsce palenie tytoniu jest nadal poważnym problemem. Ma to swoje konsekwencje nie tylko w sektorze ochrony zdrowia, ponieważ liczba osób cierpiących na choroby związane z ekspozycją na dym jest bardzo wysoka, a co za tym idzie również koszty leczenia, a także w wielu innych ważnych aspektach życia społecznego. Dlatego w Polsce należy pilnie wdrożyć więcej metod i usprawnień. W porównaniu z innymi krajami europejskimi wciąż pozostaje w tyle, aby osiągnąć założone cele i satysfakcjonujące wyniki. Polska musi dokonać ponownej oceny i skoncentrować się na wzmocnieniu wczesnej edukacji zdrowotnej, wprowadzeniu akceptowalnych technik substytucji i redukcji szkód (ang. *harm reduction*), rozszerzeniu możliwości leczenia oraz poprawie edukacji i profilaktyki, a także wdrożeniu bardziej zdecydowanych działań rynkowych, w tym kontroli legalnej i nielegalnej produkcji oraz ocenie możliwości ograniczenia przemytu. **Wszystkie wyroby bezdymne, tzw. dostawcy nikotyny, w tym podgrzewacze do tytoniu – HnB (ang. *heat-not-burn*), e-papierosy, nikotynowa terapia zastępcza (NRT), saszetki nikotynowe itp. mieszczą się w kategorii redukcji szkód.** Problem polega na tym, że nie ma definicji kategorii, a różne kraje różnie klasyfikują te produkty. Byłoby zatem pomocne,

24 European tobacco use: trends report 2019. WHO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346817>

gdyby na szczeblu międzynarodowym uzgodniono, czym dokładnie jest produkt w zakresie „redukcji szkód”. Dzięki temu wprowadzanie ich na rynki lub projektowanie specjalnych, a nawet preferencyjnych stawek podatkowych byłoby bardziej przejrzyste. Mając to na uwadze, naszym celem jest zapewnienie większej spójności w środkach zapobiegania paleniu i promowanie kompleksowej polityki kontroli tytoniu na szczeblu krajowym.

„Docelowo całkowita eliminacja palenia tytoniu powinna być jednym z podstawowych, długofalowych zadań zdrowia publicznego. Jednak w perspektywie krótkoterminowej za korzystne rozwiązanie można uznać ograniczenie używania tytoniu lub redukcję szkód poprzez wprowadzenie produktów alternatywnych, przy jednoczesnym zaostrzeniu przepisów dotyczących najbardziej szkodliwych form konsumpcji nikotyny – palenia papierosów²⁵.”

Od lat siedemdziesiątych na całym świecie była tylko jedna strategia rzucania palenia, czyli strategia „End-game”. Sama strategia byłaby wykonalna tylko wtedy, gdyby wskaźnik palących papierosy tradycyjne spadł poniżej 5%, a granice kraju będą łatwo kontrolowane. W 2000 roku odsetek palących w Polsce i w Szwecji był mniej więcej taki sam i wynosił ok. 22%. **Od tego czasu Szwedzi doszli do 5%, a Polacy osiągnęli ok. 28% odsetek palących papierosy.** W związku z tym to nie dyrektywa unijna się zepsuła, tylko wyczerpała się formuła, której my używamy. W tym wyczerpała się formuła „End-game”, **pojawiła się druga formuła, czyli redukcja szkód (ang. harm-reduction).**

„Redukcja szkód polega na wprowadzeniu tzw. terapii substytucyjnej. Wprowadzamy do organizmu pacjenta preparat, który jest mniej szkodliwy od tego produktu, który chcemy zwalczyć.”

Bardzo ważne są też działania w zakresie **medycyny pracy**. W ramach projektu, który był prowadzony przez dwa uniwersytety, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego oraz Pracodawców RP, wykazano, że **osoba paląca ma sześciokrotnie więcej zwolnień lekarskich**. Osoba paląca generuje straty w zakresie absencji oraz pracy o obniżonej efektywności (prezenteizmu). **Osoba paląca, wychodząc co godzinę na 10 minut na papierosa traci ponad godzinę pracy dziennie.** Ponad godzina dziennie przez 300 dni pracy, to 300 godzin pracy stracone rocznie.

Prof. Bolestaw Samoliński

Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



W trakcie **Polskiej Prezydencji w Unii Europejskiej w 2011 r.** mieliśmy zderzenie dwóch obszarów tematycznych w zakresie zdrowia. Z jednej strony byliśmy tuż po Roku Mózgu, a z drugiej strony wchodziliśmy w obszar polityki związanej ze zdrowiem dzieci. Łączymy to w jedną całość i budowaliśmy koncepcję, że **dbanie o zdrowie przez całe życie daje perspektywę na zdrową, pogodną i niskokosztową, z punktu widzenia polityki zdrowotnej starość.**²⁶ Polska swoją aktywnością pokazała, iż nie tylko potrafi przedłożyć UE nowoczesne projekty w zakresie zdrowia publicznego i dobrze nimi politycznie zarządzać, lecz także, że ma ponadpaństwowy sposób postrzegania zadań. **Prezydencja nie jest bowiem czasem na załatwianie problemów państwa, które ją sprawuje, lecz na zwrócenie uwagi i podjęcie tematów ważnych z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa europejskiego i państw członkowskich.** W obszarach tych następnie prowadzone są określone działania przez państwa członkowskie i Komisję Europejską. W zależności od treści konkluzji, postępu procesu refleksji czy przyjętych priorytetowych kierunków działań tematykę podjętą przez prezydencję można też znaleźć w ogłaszanych przez Komisję Europejską unijnych programach i projektach²⁷. I pytanie jest takie, czy nam się udało to zrealizować?

25 Fal A.M., Kiedik D., Kiedik B.M., Kosior D., Pienkowski T., Olszewski R., *Current perspective on smoking epidemics in Poland – statement the Polish Society of Public Health.* „Ann Agric Environ Med.” 2022;29(3):348-357. doi:10.26444/aaem/151458.

26 Polska Prezydencja w UE. <https://alergologia1.wum.edu.pl/node/97>

27 *Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w obszarze zdrowia. Polska zmiana w sztafecie.* Agnieszka Czupryniak, Bolestaw Samoliński. Menedżer Zdrowia, grudzień–styczeń 10/2011.

„Oczekiwana długość życia w Polsce nie wygląda w tej chwili najlepiej i spadła w okresie epidemii COVID-19 o dwa lata, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Mamy niezależnie od tego problem, czyli krótką oczekiwaną długość życia w zdrowiu.”

Czyli, mówiąc inaczej, mamy takie wyzwanie zasadnicze, że nawet jeżeli dochodzimy do starości, a szczególnie jeżeli wchodzimy w wiek średni, to powinniśmy mieć pewną satysfakcję życiową płynącą z tego, że mamy dobrą kondycję i jesteśmy sprawni. Niestety, w tych zasadniczych kwestiach, które dotyczą czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, mamy same przegrane. Pijemy więcej alkoholu, niż piliśmy, palimy papierosy oraz mamy nieprawdopodobny wzrost nadwagi i otyłości. Według naszych najnowszych badań, które zakończyliśmy rok temu w ramach Narodowego Programu Zdrowia, **75% społeczeństwa w wieku 65+ ma nadwagę i otyłość**. Otyłość olbrzymia podwoiła się w ciągu 10 lat. Również od 19. do 65. roku życia mamy wyraźne cechy nadwagi i otyłości. Obecnie ponad **50% społeczeństwa jest dotknięta nadwagą**. Niestety zatrzymała nam się tendencja spadkowa w nikotynizmie, co jest niezwykle ważnym wyzwaniem. Jesteśmy w tej chwili na zakręcie i **jeżeli w tej chwili nie wprowadzimy kompleksowych działań w zakresie ograniczenia palenia papierosów, to ta tendencja będzie się bardzo gwałtownie rozwijała**. Nasze najnowsze badania potwierdzają, że w okresie wchodzenia w wiek dojrzały zaczyna się inicjacja, – od nikotynizmu, który jest wolny od dymu, a później zaczynają się zachowania, takie, gdzie mamy hybrydowe palenie tytoniu. Wielkim wyzwaniem dla nas jest w dalszym ciągu **grupa natógowych palaczy, palących powyżej dwudziestu papierosów dziennie** (ang. *heavy smoker*). Oczywiście zadajemy sobie pytanie, czy papieros bezdymny, czy podgrzewany tytoń będzie tu alternatywą taką mniej antyzdrowotną, niż ten tradycyjny nikotynizm? Myślę, że brakuje nam w tym obszarze strategii. W ramach Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk opracowaliśmy dokument pt. **Zdrowie Publiczne 2.0. Podejmowanie kluczowych decyzji z zakresu polityki zdrowotnej wymaga praktycznych analiz i opracowań dotyczących zdrowia publicznego w kraju**. Przez ostatnie dekady kwestie zdrowia i opieki zdrowotnej podnoszone przez polityków odnosiły się przede wszystkim do cząstkowych spraw aktualnych medialnie, przedstawionych fragmentarycznie i oderwanych od szerszego kontekstu. Odpowiedzią na tę potrzebę jest projekt Polskie Zdrowie 2.0. W ramach projektu grupa specjalistów przygotowuje 14 ekspertyz dotyczących wybranych aspektów systemu zdrowia w Polsce. Szczególnym zainteresowaniem objęty będzie zakres zdrowia publicznego, jego powiązania z medycyną naprawczą, otoczeniem społecznym i gospodarką. Ekspertyzy, przygotowane w formie krótkich opracowań typu *policy brief*, przedstawiają zwięzłe opisy problemu i najważniejsze scenariusze potrzebnych zmian. Za realizację projektu jest odpowiedzialny Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk funkcjonujący w ramach Wydziału V Nauk Medycznych Akademii. Rekomendacje przygotowują wybitni eksperci akademicy wspólnie z doświadczonymi praktykami polskiego systemu ochrony zdrowia²⁸. Zakładamy zbudowanie nowoczesnego zaplecza eksperckiego dla badań naukowych oceniających efekty polityki zdrowotnej, a przede wszystkim polityki prozdrowotnej, czyli tej związanej ze zdrowiem publicznym. Pragniemy zinstytucjonalizować środowiska eksperckie i spójcyjonować w systemie doradztwa. Naszym celem jest realizacja właściwej polityki informacyjnej i zbudowanie realnego przywództwa dla uzyskania **zaufania społecznego niezbędnego do akceptacji polityki zdrowotnej państwa**. Obecnie mamy poważny **kryzys zaufania do środowisk wpływających na politykę zdrowotną**. Odnotowujemy bardzo dynamicznie rozwijające się **środowiska antywirusowe i antyszczepionkowe**. Analiza tego wszystkiego pokazuje, że jednym z czynników sprawczych jest właśnie kryzys zaufania do środowisk, które powinny budować autorytet państwa w sprawach bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Bardzo ważną rolę w tym procesie powinna pełnić **ustawa o zdrowiu publicznym**²⁹. Opublikowanie tej ustawy w 2015 r. było bardzo ważnym faktem politycznym. Ustawa, która miała regulować politykę zdrowotną zawiodła w momentach, w których trzeba było zbudować system zdrowia publicznego. **Zabrakło finansowania i stworzenia systemu zdrowia publicznego w Polsce**. Istnieje konieczność zbudowania **centrum zarządzania zdrowiem publicznym w Polsce**. Zalecana jest **integracja międzyresortowa problematyki polityki zdrowotnej**. Istnieje konieczność przyjęcia strategii, w której polityka zdrowotna będzie w centrum zainteresowania całej polityki państwa i rozwoju gospodarczego, w myśl zasady, że **nie ma ekonomii bez zdrowego obywatela**. **Nikotynizm jest chorobą**. Problem polega na tym, że w polityce prozdrowotnej, czyli w zdrowiu publicznym, mamy zero-jedynkowe podejście do palenia tytoniu. Strategia „Reduce to stop” jest właściwa z punktu klinicznego. Natomiast w polityce zdrowotnej nie istnieje tego typu oferta. Aktualne i **poważne wyzwania związane z stylem życia, z nadwagą, otyłością, niewłaściwą dietą, z brakiem aktywności fizycznej, piciem alkoholu i paleniem papierosów wymagają koncentracji na tych obszarach w działaniach z zakresu zdrowia publicznego**.

28 Polskie Zdrowie 2.0. PAN <https://pan.pl/polskie-zdrowie/>

29 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20150001916>

Dr n. med. Rafał Staszewski

Zastępca Prezesa ds. finansowania badań
w Agencji Badań Medycznych



Obszar badań w zdrowiu publicznym do tej pory funkcjonował w poszczególnych instytucjach w Polsce, ale nie było rozwiązań systemowych, zwłaszcza w zakresie dużych grantów, które umożliwiają realizację ogólnopolskich badań w większości ośrodków akademickich. **W Agencji Badań Medycznych ogłosiliśmy pierwszy w historii duży program badawczy w zakresie badań epidemiologicznych.** Chcemy się skupić na badaniach dotyczących nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, w szczególności udaru mózgu, zaburzeń metabolicznych, a także obszaru pediatrii. Uznaliśmy, że kluczową rzeczą w przypadku naszego projektu będzie wielochorobowość, rozumiana jako wystąpienie co najmniej dwóch chorób przewlekłych, które trwają co najmniej trzy miesiące i wymagają stałej opieki medycznej. W realizowanych grantach naukowych chcemy się skupić na finansowaniu kohortowych badań prospektywnych. Są to badania analityczne, w których uczestnicy są włączani do badania przed wystąpieniem badanego rezultatu (choroby). Dopuszczamy też badania przekrojowe (ang. *cross-sectional study*), czyli takie, w których próba osób z populacji jest badana jednocześnie pod kątem narażenia i stanu zdrowia. Miarą stosowaną w tych badaniach jest chorobowość.

W kontekście palenia tytoniu, opublikowano wyniki badań z Wielkiej Brytanii, pokazujące, że **kampanie społeczne wpływają w niewielkim zakresie na zmianę tendencji związanych ze wzrostem palenia tytoniu.** Wszyscy powinniśmy na ten temat otwarcie dyskutować, posiłkując się danymi.

„ To jest także kwestia budowania konsensusu, na ile powinniśmy restrykcyjnie podchodzić do zaostrzania restrykcji w zakresie palenia tytoniu, a na ile otwierać przestrzeń do dyskusji dotyczącej wyrobów bezdymnych. Dla mnie modelowym konsensem jest ten wypracowany w Wielkiej Brytanii. Stwierdzono w nim, że jeśli nie możesz rzucić palenia tytoniu, w sytuacji kiedy zaoferowaliśmy ci wszystkie dopuszczalne formy z tym związane, to ostatnią alternatywą jest wyrób bezdymny. ”

Natomiast problemem w Polsce jest to, że my nie mamy dobrych programów związanych z rzucaniem palenia tytoniu i uzależnieniem od nikotyny. To są w większości okazjonalne akcje medialne.

Dr Anders Milton

CEO Swedish Medical Association



Szwecja zbliża się do historycznego kamienia milowego, jakim jest stanie się pierwszym w Europie **krajem „wolnym od dymu tytoniowego”** oraz jest na dobrej drodze do spadku wskaźnika rozpowszechnienia **palenia tytoniu poniżej 5%** w nadchodzących miesiącach. Jest to poziom, poniżej którego kraj zostanie oficjalnie uznany za „wolny od dymu tytoniowego”. Żaden inny kraj w Unii Europejskiej nie jest nawet bliski powtórzenia tego osiągnięcia. Żaden z krajów nie jest obecnie na drodze do osiągnięcia tego celu do 2040 r., czyli za 17 lat. **Przełomowa strategia Szwecji, mająca na celu zminimalizowanie szkodliwych skutków palenia tytoniu i ratowanie życia, została szczegółowo opisana w nowym raporcie zatytułowanym „Szwedzkie doświadczenia: mapa drogowa dla społeczeństwa wolnego od dymu”³⁰.** Raport powstał na zlecenie Health Diplomats, międzynarodowej organizacji działającej na rzecz poprawy dostępu do opieki zdrowotnej, zachęcania do innowacji i stosowania redukcji szkód w celu zminimalizowania negatywnego wpływu alkoholu, żywności, nikotyny i narkotyków. Według raportu **podejście Szwecji łączy metody kontroli tytoniu ze strategiami minimalizacji szkód (ang. *harm reduction*).** Rzucenie palenia ratuje życie. Rocznie rzucenie palenia ratuje ponad 3400 istnień ludzkich w Szwecji. Gdyby wszystkie inne kraje UE postąpiły tak, jak zrobiła to Szwecja, w nadchodzącej dekadzie w samej UE można by uratować **3,5 miliona istnień ludzkich.** Szwedzki model łączy zalecenia Ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu (*Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*), w tym ograniczenie podaży i popytu na tytoń, zakaz palenia w niektórych miejscach, ale dodaje ważny element: **akceptację produktów bezdymnych, jako mniej szkodliwych**

³⁰ *The 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>

alternatyw³¹. Chodzi o połączenie kontroli tytoniu z minimalizacją szkód. Nie ma wyrobów tytoniowych wolnych od ryzyka, ale na przykład e-papierosy są o 95% mniej szkodliwe, niż papierosy tradycyjne. **Dla nałogowego palacza znacznie lepiej jest przejść ze zwykłych papierosów na e-papierosy, lub saszetki nikotynowe, niż kontynuować palenie.** Korzyści płynące ze strategii Szwecji są ogromne, ponieważ kraj ten ma najniższy odsetek chorób związanych z paleniem tytoniu w UE i o **41% niższą zachorowalność na raka niż inne kraje europejskie.** Raport opisuje również, jak **odsetek palaczy w Szwecji spadł z 15 procent do 5,6 procent populacji w ciągu 15 lat,** co przybliżyło Szwecję do osiągnięcia statusu wolnego od dymu tytoniowego o 17 lat przed celem UE na 2040 rok.

Podsumowując, Szwecja ma bardzo udaną strategię tytoniową, którą należy eksportować. Byłoby ogromną korzyścią dla świata, gdyby więcej krajów postąpiło tak, jak zrobiła to Szwecja, stosując środki zmniejszające podaż i popyt, a jednocześnie stosując zróżnicowane stawki podatkowe, które dają palaczom zachęty finansowe do przejścia z papierosów tradycyjnych na mniej szkodliwe alternatywy. **Należy traktować produkty bezdymne za mniej szkodliwe i stwarzające znacznie mniejsze ryzyko, niż palenie tradycyjnych papierosów.**

Prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko

Prorektor ds. Nauki i Rozwoju Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



Należy zadać pytanie, dlaczego pomimo wielkiego ogromu pracy, który został wykonany w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych nie osiągamy efektów zdrowotnych w takim stopniu, w jakim byśmy chcieli? Czy jest to kwestia przekornej natury Polaków, czy mamy do czynienia z ogólnością tendencją? Z jednej strony mówiliśmy, że upada autorytet lekarza. Niestety, równoległe wzmacnia się narracja środowisk reprezentujących ruchy antymedycyny konwencjonalnej, reprezentujące, czy propagujące medycynę alternatywną. Żyjemy w czasach bardzo dużej polaryzacji, a wszystkie te narracje są oparte na prostym przekazie, podpartym bardzo dużą emocją. Ta emocja jest czymś, co bardzo dociera do znaczącej części opinii publicznej i która to emocja niestety wygrywa z naszym merytorycznym przekazem. Ponieważ my, lekarze, musimy być profesjonalistami, a poprzez to nasz przekaz nie dociera tak mocno do społeczeństwa. Głoszone przekazy przez np. antyszczepionkowców, choć z gruntu fałszywe, są proste i łatwo absorbowane przez opinię publiczną. To jest jedna z tych kwestii, które wydaje mi się, że tłumaczy niepowodzenie części naszych działań, które podejmujemy jako środowisko kliniczne. Otóż pacjenci są przekonani, że im się dana choroba nie przydarzy, pomimo że palą papierosy, źle się odżywiają, itp. W alergologii mamy pojęcie desensytyzacji. Desensytyzacja na lek polega na indukcji czasowej tolerancji na antygeny lekowe poprzez wprowadzanie ich w stopniowo wzrastających dawkach. Pozwala to na podanie pacjentom preparatu, po którym wystąpiły u nich wcześniej reakcje nadwrażliwości. W całym procesie bardzo ważne są rekomendacje kliniczne. W 2023 r. pojawiła się publikacja pt. „Czy istnieje optymalne postępowanie z pacjentami uzależnionymi od nikotyny w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy? Konsensus ekspertów”³². Stwierdzono, że **leczenie nikotynizmu stanowi wyzwanie w codziennej praktyce lekarskiej.** Szczególną grupą chorych są pacjenci z POChP lub astmą, w przypadku których nałóg bezpośrednio wpływa na przebieg choroby.

„ Nie opracowano do tej pory jednej uniwersalnej metody wsparcia pacjentów w rzucaniu palenia, ale na popularności zyskuje podejście oparte na kompleksowej farmakoterapii uzupełnionej o redukcję szkód w przypadku silnie uzależnionych palaczy. ”

W świetle wyników badania przeprowadzonego przez European Lung Foundation oraz European Respiratory Society (ERS) w 26 krajach Europy z udziałem palących pacjentów z POChP, astmą lub innymi chorobami płuc za najbardziej skuteczną metodę walki z paleniem tytoniu pacjenci uznali NTZ – nikotynową terapię zastępczą (12% uczestników) i elektroniczne urządzenia do waporyzacji nikotyny (11% uczestników). Terapię warenikliną lub bupropionem za skuteczną uznało odpowiednio 5,9% oraz 2,8% badanych. Obie organizacje

31 The WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). WHO 2005 <https://fctc.who.int/who-fctc/overview>

32 Jahnz-Różyk K., Pawliczak R., Balsam P., Moniuszko M., Heintzman J., Różyk D., *Is there an optimal management of nicotine addiction in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma? Expert consensus.* „Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology”. 2023;10(1):15–25. doi:10.5114/pja.2023.125764. <https://www.termedia.pl/Czy-istnieje-optymalne-postepowanie-z-pacjentami-r-nuzalezniejszymi-od-nikotyny-w-przebiegu-przewlekłej-r-nobturacyjnej-choroby-pluc-i-astmy-Konsensus-ekspertow,123,50323,1,0.html>

rekomendują regularne poradnictwo antynikotynowe oraz zapewnienie dostępu dla palaczy do szerokiego spektrum opcji farmakoterapii i interwencji nefarmakologicznych. W przypadku pacjentów z przewlekłymi chorobami płuc, którzy pomimo podejmowanych prób raportują znaczne trudności w zaprzestaniu palenia tytoniu, ERS rekomenduje połączenie dwóch lub więcej produktów NTZ w wyższych niż zwykle dawkach, przedłużone ich stosowanie przed zaprzestaniem palenia i przedłużone stosowanie po zaprzestaniu palenia, a także skojarzenie NTZ z warenikliną. Również **redukcja szkód oparta na zmniejszeniu liczby wypalanych papierosów** (przynajmniej o 50% i przez dłuższy czas) może przynieść pewne korzyści pacjentowi. Zgodnie z treścią Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu ograniczenie użycia tytoniu stanowi zbiór strategii ograniczenia popytu, podaży i szkodliwego działania, których celem jest poprawa stanu zdrowia ludności poprzez eliminowanie lub zmniejszanie konsumpcji wyrobów tytoniowych oraz narażenia na dym tytoniowy. W nurt tego podejścia wydaje się wpisywać **zastępowanie palenia papierosów przebadanymi systemami służącymi do waporyzacji nikotyny, zwłaszcza u pacjentów opornych na farmakoterapię nikotynizmu**. Substytucja palenia tytoniu produktem bezdymnym – MRTTP (ang. *modified risk tobacco product*) nie powinna przerywać starań pacjenta ukierunkowanych na całkowite zerwanie z uzależnieniem od nikotyny. MRTTP, to ustanowiona przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków odrębna kategoria produktów tytoniowych, obejmująca grupę zweryfikowanych i przebadanych przez FDA produktów, wspierających ograniczenie palenia tytoniu i znaczące ograniczenie narażenia biernego na toksyny obecne w dymie.

„ Wykorzystanie MRTTP przez pacjentów silnie uzależnionych od palenia tytoniu polega na jednym z opisywanych powyżej schematów postępowania, jakim jest program redukcji szkód. Zakłada on stosowanie produktów nadal szkodliwych, ale w mniejszym zakresie niż papierosy, co daje szansę na całkowite zaprzestanie palenia. Ograniczenie szkód wiąże się z dużo mniejszą ekspozycją na szkodliwe substancje związane bezpośrednio z ekspozycją na dym papierosowy. ”

Wielokrotnie mniejsze jest również narażenie na reaktywne formy tlenu i azotu, przyczyniające się do rozwoju chorób przewlekłych, w tym nowotworów złośliwych. **Ograniczenie palenia to mniejsza liczba wszystkich substancji obecnych w dymie papierosowym**. Co więcej, w ramach stosowania tego podejścia **zwiększają się również szanse na całkowite zerwanie z nałogiem**. W 2020 roku WHO zwróciła uwagę na konieczność uwzględnienia nowoczesnego podejścia do walki z konsekwencjami palenia tytoniu. W raporcie na temat elektronicznych systemów dostarczania nikotyny WHO podsumowała, że **produkty te są niebezpieczne dla młodzieży, kobiet w ciąży i osób dorosłych, które nigdy nie paliły**. Jednocześnie WHO przewiduje, że stosowanie tych produktów przez dorosłych palaczy, z wyłączeniem kobiet w ciąży, może **zmniejszyć ich ryzyko zdrowotne, pod warunkiem całkowitego przestawienia się z konwencjonalnych papierosów tytoniowych na stosowanie wyłącznie odpowiednio uregulowanych i niezanieczyszczonych elektronicznych urządzeń dostarczania nikotyny i beznikotynowych urządzeń do waporyzacji**. Nie należy jednak zapominać o ryzykach związanych z jednoczesnym nadmiernym przyjmowaniem nikotyny z wykorzystaniem różnych metod oraz zagrożeniu inicjacją nikotynową wśród młodzieży. Wymagane są dalsze, niezależne od przemysłu badania oraz standaryzacja elektronicznych systemów dostarczających nikotynę, mające na celu spozycjonowanie przebadanych systemów służących do waporyzacji nikotyny w schemacie leczenia nikotynizmu i ograniczania następstw zdrowotnych spowodowanych tym uzależnieniem. Musimy, jako lekarze, docierać do konkretnych grup pacjentów, by z większą efektywnością te grupy uwrażliwiać na ryzyka zdrowotne, które ich dotyczą.

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego









Polacy w dalszym ciągu umierają głównie na choroby układu sercowo-naczyniowego. **Choroby układu krążenia odpowiadają za 35 proc. zgonów w Polsce.** W 2020 i w 2021 r. największa względna nadwyżka umieralności spowodowanej chorobami sercowo-naczyniowymi wystąpiła w przypadku choroby nadciśnieniowej oraz choroby niedokrwiennej serca i dotyczyła zbliżonej populacji mężczyzn (odpowiednio: 10,9 proc. i 13,1 proc.) i kobiet (8,7 proc. i 13,9 proc.). W przypadku pacjenta kardiologicznego, **czynniki ryzyka, takie jak palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, zła dieta, czy brak ruchu są kluczowe** w powstawaniu choroby (profilaktyka pierwotna) oraz w prewencji nawrotów choroby (profilaktyka wtórna). Jeżeli ktoś nie zaczyna palić papierosów, to znacznie zmniejszy ryzyko wystąpienia wielu problemów zdrowotnych. W przypadku palenia papierosów możemy mówić o dwóch populacjach. Pierwsza, to jest ta grupa osób, która zaczyna palić. Dla niej informacje ostrzegawcze na paczce papierosów, którą kupują, zapewne robią wrażenie, ale dla nałogowych palaczy jest to kompletnie nieistotne. Wiele danych epidemiologicznych definiuje populacje, na które powinniśmy działać. Potrzebujemy nowych **metod pomiaru i zdefiniowanie mierzalnych efektów wdrażanych programów profilaktycznych, czy interwencyjnych w zakresie czynników ryzyka.** Dostęp do papierosów w Polsce jest niebywały, jest mnóstwo miejsc, gdzie można swobodnie kupić papierosy. Więc **jeżeli chcemy zredukować palenie papierosów, to myślę, że trzeba utrudnić do nich dostęp,** ponieważ dostęp do tych produktów jest bardzo łatwy, a cena papierosów ciągle nie gra istotnej roli. Konsekwencja w działaniu oraz działania prewencyjne mogą przynieść sukces, ale dopiero **w perspektywie dekady, albo nawet dwóch.** Taka perspektywa czasowa jest z pewnością politycznie mało atrakcyjna. W związku z tym, opierając się na opinii ekspertów, powinniśmy przygotować program, na którego straży będziemy stali przez dekady, niezależnie od tego, kto będzie sprawował władzę, bo tylko takie rozwiązania mają sens. Lekarz medycyny pracy sam nie jest w stanie nic zrobić, bo to nie leży w zakresie jego obowiązków. On jest po to, żeby wskazać, czy stanowisko pracy jest bezpieczne, czy niebezpieczne i czy ktoś może tam pracować, czy nie. Natomiast **pracodawcy powinno zależeć, żeby jego pracownik nie palił, dlatego, że to on płaci, przynajmniej w części, za absencję chorobową oraz za przerwy w pracy spowodowane paleniem papierosów.** Z naszymi działaniami musimy pójść do **szkoły,** tam, gdzie kreujemy zachowania prozdrowotne i promować te zachowania, które uważamy za pożądane. Niestety w Polsce jest **powszechne przyzwolenie dla palenia tytoniu.** Jestem przekonany, że jeżeli powiemy, że w ciągu 10 lat zmniejszymy o 90% liczbę punktów sprzedających papierosy, osiągniemy sukces. To ma być tak, jak z handlem w niedzielę. Czyli najpierw otwieramy sklepy dwa razy w miesiącu, potem raz w miesiącu, potem raz na kwartał. Niech zostanie ten raz na kwartał. Ale tutaj są potrzebne odważne decyzje. Jeżeli świadomość będziemy budowali opierając się na edukacji, to efektów można się spodziewać za 10–20 lat. Muszę z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że **stosowanie alternatywnych metod, czy też wyrobów bezdymnych, jest również szkodliwe, z pewnością mniej niż klasycznych papierosów, ale jednak. Nie ma także dowodów, że te metody ułatwiają rzucenie palenia klasycznych wyrobów tytoniowych.** W Szwecji drastycznie zredukowano odsetek palących wyroby tytoniowe do 5%, ale zaobserwowano przy tym znaczne zwiększenie odsetka stosujących metody alternatywne, szczególnie u osób młodych, którzy w ten sposób rozpoczynają swoją „przygodę” z paleniem – to powinno być dla nas przestroga.

Od lat Polskie Towarzystwo Kardiologiczne współpracuje i prowadzi dialog z administracją publiczną, której celem jest wypracowanie jak najlepszych rozwiązań dla pacjentów, ale również dla rozwoju polskiej kardiologii. **Kardiologia była postrzegana jako sukces polskiej medycyny,** dziedzina, która się intensywnie rozwija. Tymczasem **ten proces ulega zahamowaniu.** Mamy coraz więcej nowych wyzwań, ale i nowych technologii, które możemy zaoferować pacjentom. W **kardiologii liczy się przede wszystkim profilaktyka.** Kto nie ma rodzinnego obciążenia ryzykiem sercowo-naczyniowym, czyli jego najbliższy krewny płci męskiej nie miał zawału lub udaru, albo nie zmarł przed 55. r.ż., a płci żeńskiej przed 60.–65. r.ż., to już po ukończeniu 40 lat powinien mieć wykonany podstawowy pakiet badań diagnostycznych – poziom glukozy, cholesterolu, kreatyniny, morfologii i wykonany pomiar ciśnienia tętniczego, a także powinno zostać zweryfikowane posiadanie nałogów – palenie papierosów, picie alkoholu. Jeśli wyniki będą optymalne, następne badanie powinno mieć miejsce za 5 lat, jeśli dobre, za 3 lata, a jeżeli graniczne, to co roku³³.

33 Prof. P. Mitkowski: Jak zlikwidować „dług” kardiologiczny?, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/prof-p-mitkowski-jak-zlikwidowac-dlug-kardiologiczny>

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przypomina o **kluczowych zasadach**:

-  **Nie pal** – każdego roku 3 mln ludzi umiera z powodu chorób serca związanych z paleniem tytoniu i narażeniem na bierne palenie;
-  **Ćwicz regularnie** – nawet 150 minut umiarkowanej aktywności fizycznej tygodniowo (czyli tylko 21 minut dziennie!) może zmniejszyć ryzyko wystąpienia chorób serca o ok. 30%;
-  **Stosuj zrównoważoną dietę**, unikaj nadmiaru nasyconych tłuszczów (pochodzenia zwierzęcego), cukru i soli;
-  **Kontroluj swoją wagę** – unikaj nadwagi i otyłości;
-  **Kontroluj ciśnienie tętnicze oraz wartości stężenia cholesterolu i glukozy we krwi** – osoby z cukrzycą są trzy razy bardziej narażone na rozwój chorób układu krążenia.
-  Nie należy również zapominać o **regularnych, profilaktycznych badaniach**, których zakres najlepiej skonsultować każdorazowo z lekarzem³⁴.

Prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar

Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Nikotyna jest najsilniej uzależniającą substancją psychoaktywną. Badania pokazują, że pod względem ryzyka rozwoju uzależnienia przewyższa heroinę i kokainę. Potwierdzają to dane kliniczne. **Większość palaczy chciałoby zerwać z nałogiem, ale próbę podejmuje tylko jedna trzecia z nich, a zaledwie 2–3 proc. osiąga sukces³⁵.** Większość pacjentów psychiatrycznych pali, a w poszczególnych chorobach psychicznych mechanizmy wpływu nikotyny są bardzo dobrze opisane. Istnieje wiele danych klinicznych oraz z badań eksperymentalnych, które przemawiają za tym, że może tu odgrywać rolę mechanizm samoleczenia, ponieważ między innymi nikotyna jest w stanie stymulować i poprawiać funkcje poznawcze. Subiektywnie pacjenci psychiatryczni palący lepiej się czują, dlatego że poprzez podaż nikotyny intensyfikują metabolizm leków psychotropowych, a zwłaszcza przeciwpyschotycznych. W związku z tym odczuwają mniej działań niepożądanych, ale niestety także mniejsze efekty terapeutyczne leków. Zależności między lękiem, depresją a paleniem papierosów są dwustronne. Zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju. W zaburzeniach dwubiegunowych szczególnie duży odsetek chorych sięga po papierosy, bo aż 80 proc. Ewidentnie ci z nich, którzy palą intensywnie, mają gorszy przebieg choroby – częstsze nawroty, dłuższe epizody, krótsze remisje, szybciej postępują u nich deficyty poznawcze i inne następstwa neurodegeneracyjne. Palenie tytoniu poprzedza często pierwszy epizod schizofrenii. Młodzi palący mają większe ryzyko późniejszej schizofrenii niż młodzi niepalący. **Istnieją badania pokazujące jednoznacznie, że predyspozycja do inicjacji czy rozwoju palenia papierosów pokrywa się z predyspozycją do rozwoju niektórych zaburzeń psychicznych.** Odpowiadają za to te same warianty tych samych genów. **Wydaje się jednak, że gdybyśmy zabronili naszym pacjentom palenia na oddziałach psychiatrycznych, to automatycznie mógłby wzrosnąć poziom agresji i niepokoju.** Część zachowań pacjentów psychiatrycznych jest rozładowywana poprzez wspólne chodzenie do palarni na papierosa. Te obserwacje z praktyki nie są jednak potwierdzone naukowo. Osoba paląca, czyli **osoba uzależniona, robi wszystko, żeby zdobyć substancję uzależniającą, bo po prostu musi ją zażyć.** Jedyne co możemy zrobić jako psychiatrzy, i takie jest nasze obecne stanowisko, to musimy znaleźć takie podejście do naszego pacjenta, żeby używał tych substancji w jak najmniej szkodliwy sposób, biorąc pod uwagę fakt, że dostępne metody leczenia uzależnienia od nikotyny, niezależnie czy psychoterapeutyczne czy farmakologiczne, są bardzo mało skuteczne. Nie mamy możliwości skutecznie wyleczyć z uzależnienia. Wobec tego **paradygmat harm reduction, czyli strategia redukcji szkód jest najbardziej nowoczesnym i realistycznym modelem**

34 Tydzień dla Serca „Wyzwania i potrzeby polskiej kardiologii” PTK. 2023 https://ptkardio.pl/aktualnosci/716-tydzien_dla_serca_wyzwania_i_potrzeby_polskiej_kardiologii

35 Leczenie uzależnienia od nikotyny u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Termedia, 2023 <https://www.termedia.pl/mz/Leczenie-uzaleznienia-od-nikotyny-u-pacjentow-z-zaburzeniami-psychicznymi-rekomendacje-PTP,51256.html>

pomagania osobom uzależnionym. I dotyczy to dokładnie tak samo osób uzależnionych od alkoholu, uzależnionych od narkotyków, jak i uzależnionych od nikotyny. Myślę, że przytoczone rozwiązania z takich krajów, jak Szwecja, Wielka Brytania czy Czechy, dlatego są skuteczne, że uwzględniają fakt, że człowiek uzależniony musi używać substancji psychoaktywnej i nie ma innego wyjścia, tylko trzeba wybrać, jak najbardziej bezpieczny sposób, taki, który niesie najmniejsze ryzyko szkód zdrowotnych. My, psychiatrzy, jesteśmy jeszcze bardziej zmuszeni do wprowadzania tych rozwiązań niż kardiologzy czy pulmonologzy, bo 60–80% naszych pacjentów pali tradycyjne papierosy. Więc chyba jesteśmy jedynymi placówkami szpitalnymi, które utrzymują palarnie na oddziałach i dopuszczają palenie w budynku szpitala. I robimy tak tylko dlatego, że zdajemy sobie sprawę z bezskuteczności naszych działań w zakresie prób powstrzymania palenia wśród chorych psychicznie. I niezależnie od tego, czy próbujemy stosować różnego rodzaju terapię substytucyjną, to palenie papierosów i tak zwycięża.

„Musimy myśleć o naszych pacjentach chorych psychicznie, którzy palą bardzo dużo i którzy nie są w stanie sami z tego palenia się wyzwolić, aby pomóc im wybrać jak najbardziej bezpieczny sposób kontaktu z nikotyną.”

Przy okazji warto podkreślić, że nie ma żadnych uzasadnionych przeszkód, żeby w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej w ostrej fazie choroby, którą intensywnie leczymy, równolegle leczyć uzależnienie od nikotyny.

Całkowite zaprzestanie używania tytoniu powinno być zalecane wszystkim osobom palącym, także tym z zaburzeniami psychicznymi. Określenie siły uzależnienia biologicznego od nikotyny pomaga w doborze farmakoterapii. Jest to szczególnie ważne w przypadku rozważania nikotynowej terapii zastępczej. Z kolei określenie etapu gotowości palacza do zmian pomaga w zaplanowaniu skutecznego leczenia, w szczególności dopasowania wsparcia psychoterapeutycznego. Optymalnym postępowaniem jest łączenie farmakoterapii i oddziaływań psychoterapeutycznych. Do dyspozycji jest kilka opcji terapeutycznych. Na pierwszy plan wysuwa się **nikotynowa terapia zastępcza** (ang. *nicotine replacement therapy* – NRT), która jest dostępna w wielu postaciach (plastry, spreje donosowe, gumy z nikotyną, pastylki do ssania, tabletki podjęzykowe, inhalatory doustne i płucne, e-papierosy). Nie jest to terapia neutralna. Ma ona działania niepożądane, a w niektórych grupach pacjentów – szczególnie z chorobami układu krążenia – może być przeciwwskazana. Są też dwa leki zarejestrowane do terapii uzależnienia od nikotyny – **wareniklina i bupropion** – oraz lek dostępny bez recepty (OTC), czyli **cytyzyna**, będąca formą substytucji. Wybierając formę i dawkę NRT, kierujemy się przede wszystkim określeniem siły uzależnienia. Świadczy o niej liczba wypalanych dziennie papierosów oraz to, jak szybko po obudzeniu palacz sięga po pierwszego papierosa. Są to dwa wskaźniki kliniczne, które pomagają dopasować dawkę i formę NRT. Spośród leków przeważnie decydujemy się na wareniklinę, ponieważ ma ona najprawdopodobniej największą skuteczność. Istnieją badania kliniczne, które pokazują, że stosowanie warenikliny przyczynia się do złagodzenia objawów głodu nikotynowego oraz objawów zespołu abstynencyjnego. Lek ten należy stosować według określonego schematu, z dwutygodniowym wyprzedzeniem początku procesu rzucania palenia. Przyjmowanie warenikliny może się wiązać z działaniami niepożądanymi, w tym z wystąpieniem myśli samobójczych, pogłębieniem depresji, bezsenności i innych zaburzeń snu. Bupropion jest często stosowany w leczeniu depresji, ale także uzależnień, szczególnie od stymulantów. Ze względu na pewne ryzyko obniżania progu drgawkowego jego rejestracja była częściowo zawieszona przez pewien czas w USA. Później powrócił w bezpiecznych dawkach. Choć bupropion działa nieco słabiej od warenikliny, także pomaga rzucić palenie. Ze względu na możliwość działań niepożądanych należy go ostrożnie stosować u osób z ryzykiem napadów drgawkowych, a także z chorobami układu krążenia (nadciśnienie tętnicze lub przyspieszona czynność serca). Cytyzyna jest naturalnym alkaloidem pozyskiwanym z rośliny o nazwie złotokap. Jest częściowym agonistą receptorów nikotynowych, tak jak wareniklina. Działa podobnie, choć nieco słabiej, jak NRT. Działania niepożądane, to między innymi możliwość wzrostu ciśnienia tętniczego, wystąpienia wymiotów, nudności, tachykardii. Niestety, niezależnie od tego, w jakiej konstelacji stosujemy dostępne leki i w połączeniu z jakim rodzajem psychoterapii, skuteczność tej formy leczenia jest bardzo ograniczona. Pótroczną abstynencję utrzymuje w najlepszym razie jedna czwarta pacjentów, trzy czwarte wraca do palenia tytoniu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę dłuższą obserwację, np. roczną, to **osób skutecznie rzucających palenie jest 3–8 proc., niezależnie od zastosowanej farmakoterapii i psychoterapii.** W tej sytuacji konieczne było znalezienie stałej alternatywy dla tych, którym nie udaje się zaprzestać palenia. **Wobec osób uzależnionych od nikotyny już jakiś czas temu pojawiło się podejście zaczerpnięte z leczenia innych uzależnień, umownie nazywane redukcją szkód.** Taka strategia już dawno temu była z powodzeniem stosowana w terapii osób uzależnionych od twardych narkotyków. Jeżeli żadne metody terapeutyczne nie pomagają, to dąży się przynajmniej do zminimalizowania następstw zdrowotnych zażywania narkotyków. W uzależnieniu od nikotyny to podejście zostało zapoczątkowane już w latach 50. XX w., a redukcja szkód polegała na zastosowaniu filtrów w papierosach. Później pojawiły się papierosy o tzw. mniejszej szkodliwości, z niską zawartością tytoniu. Niestety, efektem tych zmian było bardziej intensywne palenie, bo palacze częściej sięgali po papierosa.

„ Dużo bardziej nowoczesne podejście do redukcji szkód zostało zaprezentowane na początku obecnego wieku przez Akademię Nauk Stanów Zjednoczonych Ameryki. W kolejnych latach pojawiło się przekonanie, że nie ma możliwości redukcji ryzyka szkód zdrowotnych z wykorzystaniem tradycyjnych papierosów. W związku z tym w 2009 r. w USA po raz pierwszy zarejestrowano wyroby tytoniowe o zmodyfikowanym ryzyku (*modified risk tobacco products* – MRTP) w postaci bezdymnych produktów tytoniowych. Mają one tę przewagę nad tytoniem palonym, że zawierają znacząco mniej substancji toksycznych i rakotwórczych. ”

Ponadto, poza nikotyną zawierają mniej innych środków, które przyczyniają się do rozwoju uzależnienia i utralają je. W 2020 r. systemy podgrzewania tytoniu zostały zatwierdzone przez Food and Drug Administration jako **alternatywa dla osób palących, które nie są w stanie skorzystać z dostępnych form terapii**. Obecnie dostępne są trzy główne formy bezdymnych produktów alternatywnych. Jedną z nich to tzw. **e-papierosy**, które budzą bardzo dużo kontrowersji. Znajdujące się w nich liquidy zawierają liczne substancje chemiczne. Ponieważ nie ma odpowiedniej kontroli nad tymi produktami, na razie nie wiadomo, jak bardzo mogą one być toksyczne. Inne formy to **snus**, bardzo popularny w Skandynawii, u nas niedostępny, oraz **systemy podgrzewania tytoniu** (ang. *tobacco heating systems; heat-not-burn* – HnB). Podgrzewanie tym się różni od spalania tytoniu w tradycyjnych papierosach, że udaje się dzięki temu **obniżyć zawartość substancji toksycznych aż o 90 proc., a substancji rakotwórczych aż o 95 proc.** Potwierdzają to badania. **Istnieje już wiele dowodów naukowych, że jest to znacznie bezpieczniejsza forma używania tytoniu przez osoby uzależnione od nikotyny.**

W Polsce w 2019 r. **Polskie Towarzystwo Chorób Cywilizacyjnych (PTChC)** pierwsze zaproponowało wprowadzenie do algorytmów postępowania z osobami uzależnionymi od tytoniu i nikotyny **strategii redukcji szkód jako kolejny etap postępowania z pacjentem uzależnionym**. **Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP)** zaproponowało nieco zmieniony **algorytm postępowania z pacjentami uzależnionymi od nikotyny, którzy równocześnie mają zaburzenia psychiczne**.

„ W zależności od nasilenia objawów, poziomu wglądu pacjentów oraz możliwości współpracy w leczeniu zaproponowaliśmy dwie ścieżki. Jedną tradycyjną, wykorzystującą propozycje PTChC i inne światowe standardy, oraz drugą, która jest dla naszych pacjentów bardziej przystępna, czyli strategię redukcji szkód. ”

Te rekomendacje PTP zostaną wkrótce opublikowane w „Psychiatrii Polskiej”. Opowiedzieliśmy się za **trendem obowiązującym na całym świecie – skojarzenia farmakoterapii i psychoterapii oraz wprowadzenia na odpowiednim etapie strategii redukcji szkód**.

„ Zgodnie z rekomendacjami PTP osoby z zaburzeniami psychicznymi palące tytoń powinny otrzymać **leczenie uzależnienia zintegrowane z całościowym planem leczenia psychiatrycznego**. To może im pomóc ograniczyć lub całkowicie zaprzestać palenia tytoniu. Cały personel medyczny – nie tylko lekarze – powinien być edukowany w zakresie postępowania z osobami palącymi tytoń i metod leczenia uzależnienia od nikotyny. Doksztacanie lekarzy psychiatrów i lekarzy POZ pod tym kątem powinno być włączone w program szkolenia specjalistycznego. ”

Koszty interwencji profilaktycznych, edukacyjnych, terapeutycznych i leczenia farmakologicznego powinny być pokrywane ze środków publicznych systemu opieki zdrowotnej. W leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi uzależnionych od nikotyny należy uwzględniać podejście łączące farmakoterapię z interwencją wzmacniającą motywację i terapią poznawczo-behawioralną, dopasowanymi do możliwości i potrzeb osób chorych psychicznie. **Strategia redukcji szkód powinna być uwzględniana w podejściu do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi niezdolnych do zaprzestania palenia papierosów, pacjentów z ograniczonym wglądem chorobowym, w zaostrzeniu choroby oraz uporczywie niewspółpracujących**. Należy ją rozważać na każdym etapie leczenia uzależnienia od nikotyny, ponieważ w przypadku osób leczonych psychiatrycznie leki zarejestrowane do leczenia uzależnienia od nikotyny mogą być trudne lub niemożliwe do zastosowania. Produkty HnB, dostarczające nikotynę w wyniku podgrzewania spreparowanego tytoniu, mogą być rozważane jako opcja do wyboru. Szczegółowe zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego zmierzającego do zaprzestania lub ograniczenia palenia tytoniu powinny być dostosowane indywidualnie do rodzaju zaburzeń psychicznych oraz nasilenia objawów psychopatologicznych.

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec

Członek Zarządu Głównego Europejskiego
Towarzystwa Psychiatrycznego,
Wiceprezes Zarządu głównego Polskiego Towarzystwa
Psychiatrycznego, Prorektor ds. Nauki Pomorskiego
Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie



Psychiatra leczy choroby mózgu, a uzależnienie od nikotyny jest chorobą mózgu. Rolą psychiatrii jest zbudować relację terapeutyczną i dawać informacje adekwatne do stanu i rozumienia osoby oraz edukować i wspierać rodzinę. Natomiast nie zawsze jesteśmy w stanie dać adekwatne informacje dla osoby, która nie chce tego zrozumieć, bo rzeczywiście jest uzależniona. Tak naprawdę **w społeczeństwie jest niedoceniona moc uzależnienia od nikotyny**. Bardziej głęboko oczywiście uzależniają opioidy, ale to **papierosy uzależniają najszybciej**. Sama nikotyna rzeczywiście nie stanowi aż takiego problemu zdrowotnego związanego z paleniem papierosów, bo przecież **główną przyczyną powstawania i rozwoju chorób u palących jest ekspozycja na te środki toksyczne i rakotwórcze**. Natomiast psychiatryczni pacjenci, rzeczywiście nie odżywiają się racjonalnie, nie nawadniają się, nie wykonują badań, nie biorą leków nie tylko psychiatrycznych, ale także i tych somatycznych. Stąd też żyją średnio 10 lat krócej, umierając z przyczyn somatycznych. Z punktu widzenia epidemiologii, było takie badanie, które pokazało, że wprowadzenie uzależnienia nie stanowią największego odsetka zaburzeń w psychiatrii, to jednak konsumują największą ilość środków, jakie NFZ przeznacza na leczenie psychiatryczne. Zmniejszenie skali palenia papierosów powinno rozpocząć się od **zapobiegania rozpoczęcia palenia tytoniu przez młodzież**. Drugim działaniem jest **pomoc palaczom w rzuceniu nałogu**. Trzecim elementem jest **program redukcji szkód** wywołanych tytoniem. **Liczne dowody naukowe udowadniają skuteczność tych programów, w tym rzeczywiste dane z praktyki klinicznej (RWE) z Czech, Anglii, czy Szwecji**. Natomiast przeciwnicy tej metody podkreślają, że redukcja szkód nie prowadzi do abstynencji. Były takie działania w latach 50., gdzie próbowano wprowadzić papierosy z filtrem, jako papierosy niskiej szkodliwości, co i tak przekładało się na intensywniejsze palenie. Natomiast nie przeprowadzono rzetelnych badań w tym kierunku. Dopiero w 2001 r. **udowodniono korzystny wpływ metody redukcji szkód na redukcję liczby palących papierosy tradycyjne**. W Wielkiej Brytanii jest cały system nadzoru i kontroli nad płynami z nikotyną. W Polsce, Ministerstwo Zdrowia rekomenduje zmianę papierosów tradycyjnych na waporyzację, ale mimo że rejestruje kolejne płyny na podstawie tylko składu substancji chemicznej, który dostarcza producent, to tak naprawdę nie wiemy, co znajduje się w danym płynie. To musi się zmienić poprzez **wprowadzenie kontroli składu płynów w e-papierosach**. W Unii Europejskiej **w standardach leczenia uzależnień jest metoda redukcji szkód**. Pamiętam, jak w 2010 r. wprowadzano redukcję szkód u pijących alkohol, gdzie proponowano jednej grupie pacjentów abstynencję, a drugiej grupie powściągliwość. U tych pacjentów, u których zaproponowano na początku powściągliwość, po około czterech, sześciu tygodniach można było wprowadzić kolejny cel, czyli abstynencję. Była to **strategia „reduce to stop”**. Myślę, że to jest bardzo dobra technika, wymagająca działań edukacyjnych i szkoleniowych, ale także finansowych. Na oddziałach psychiatrycznych mamy palarnie, ale powinniśmy mieć **możliwość nowych metod leczenia, abyśmy je mogli zaproponować naszym palącym pacjentom**, aby zechcieli rozważyć zaprzestanie lub ograniczenie palenia papierosów.

Dr n. med. Dorota Kiprian

Naczelny Radioterapeuta, Kierownik Zakładu
Radioterapii I, Narodowy Instytut Onkologii –
Państwowy Instytut Badawczy



Większość pacjentów z nowotworami zależnymi od nikotyny pali papierosy **w trakcie leczenia, ponieważ są od nich uzależnieni**. W chwili obecnej możemy zaoferować chorym onkologicznym leczenie skojarzone, czyli chirurgię onkologiczną, radioterapię i farmakoterapię na bardzo wysokim poziomie, więc nasi pacjenci żyją coraz dłużej. Problem nikotynizmu i fakt, że pacjenci potrafią palić papierosy nawet na salach chorych, co przeszkadza innym pacjentom, jest dla nas dużym problemem. Aby lepiej edukować pacjentów onkologicznych postanowiłam stworzyć **broszurę pt. „Włącz Myślenie – Rzuć Palenie w trakcie leczenia onkologicznego”**. Broszura przedstawia problem nikotynizmu, jako choroby cywilizacyjnej naszych czasów. Informuje, że w Polsce pali około 8 mln osób. Każdego roku z powodu chorób spowodowanych paleniem umiera w naszym kraju

blisko 81 tys. osób. To tak jak gdyby z mapy Polski zniknęło co roku miasto średniej wielkości. 35% zgonów z powodu nowotworów jest spowodowane paleniem tytoniu. Do nowotworów wynikających bezpośrednio z palenia należą m.in: rak płuca, krtani, jamy ustnej i gardła, pęcherza moczowego, przełyku, żołądka, jelita grubego, wątroby, trzustki, nerki itp. Należy pamiętać, że palenie odpowiada za 90% przypadków raka płuca czy 50% nowotworów gardła czy pęcherza. **To nie nikotyna, która uzależnia, jest głównym czynnikiem rozwoju chorób spowodowanych paleniem papierosów. Palacze palą dla nikotyny – ale umierają od dymu i substancji smolistych.** Najbardziej trujący w papierosach jest dym, który powstaje podczas spalania tytoniu w bardzo wysokiej temperaturze (nawet 900 st. Celsjusza). To mieszanka blisko 100 znanych, trujących substancji, z czego ponad 70 ma potwierdzone działanie rakotwórcze. Znaczną część dymu stanowią substancje smoliste tworzące żółtobrazowy nalot na zębach i skórze. Gromadzą się one również w drogach oddechowych, nie tylko uszkadzając je miejscowo, ale także poprzez powolne wchłanianie do krwiobiegu działają toksycznie na cały organizm. Trujące związki chemiczne, gromadząc się przez lata w organizmie palacza, potęgują swoje działanie, stając się jeszcze bardziej szkodliwymi i zwiększając ryzyko zachorowania na nowotwór. **Efektywność leczenia w chorobie onkologicznej zależy od jej ciągłości. Udowodniono, że palenie papierosów w trakcie terapii zmniejsza jej skuteczność o 15%. Dodatkowo nasila odczyny popromienne oraz skutki uboczne chemioterapii, immunoterapii i leczenia celowanego, co niestety bardzo często prowadzi do przerwania leczenia.** U pacjentów palących w trakcie leczenia onkologicznego stwierdzono również większe ryzyko wystąpienia nowotworów wtórnych. **Główny problem utrudniający rzucenie palenia to objawy związane z głodem nikotynowym.** Przejawia się on ciągłym rozdrażnieniem, nerwowością, wybuchami gniewu, uczuciem zmęczenia, zaburzeniami snu oraz przybieraniem na wadze (najczęściej spowodowanym przez nadmierne spożywanie słodyczy). U niektórych palaczy odstawienie nikotyny może wywołać także bóle i zawroty głowy, bóle mięśniowe, zaparcia i zwiększony kaszel. Występujące przez pewien czas objawy fizyczne i psychiczne prowadzą do jeszcze większej potrzeby zapalenia papierosa. Nikotynizm to również silne uzależnienie od rytuału palenia, czyli sytuacji, które zawsze łączą się z zapaleniem papierosa. Dlatego bardzo ważnym elementem wychodzenia z nałogu jest wsparcie psychiczne. W tym celu możesz skorzystać z pomocy specjalistycznych poradni antynikotynowych. Leczenie uzależnienia powinno być kompleksowe i łączyć zarówno psychoterapię, jak i stosowanie leków. **Konieczne jest wykorzystanie różnych metod dostosowanych do aktualnego etapu, na którym znajduje się osoba uzależniona.** Niezmiernie ważne jest również wsparcie najbliższych – korzystnie jest włączyć ich w proces wychodzenia z nałogu. Masz do dyspozycji wiele metod wspomagających leczenie nikotynizmu. Większość z nich polega na dostarczaniu do organizmu nikotyny lub jej substytutów, co ma na celu łagodzenie objawów głodu nikotynowego. Najprostszym rozwiązaniem są preparaty nikotynozastępcze, czyli gumy, pastylki, spraye lub plastry zawierające nikotynę. Można je kupić w aptece. Dostępne są również metody farmakologiczne, które pomogą w rzuceniu palenia. Są to leki dostępne bez recepty, jak i leki wydawane na receptę. Najlepiej, żeby dobierał je lekarz. Jeżeli dotychczasowe metody zawiodły i nadal palisz – spróbuj czasowo zastąpić tradycyjne papierosy mniej szkodliwym, przebadanym medycznie zamiennikiem, w którym nie wdycha się dymu. Przykładami takich zamienników są: saszetki z nikotyną, tytoń do żucia, podgrzewacze tytoniu. Zaspokajają one głód nikotynowy i istotnie ograniczają zawartość związków rakotwórczych i innych substancji szkodliwych w porównaniu do kontynuowania palenia papierosów. Musisz jednak pamiętać, że te zamienniki nadal szkodzą. **Twoim celem jest całkowite uwolnienie się od nałogu.** Zwiększ swoje szanse na przeżycie – spróbuj zerwać z nałogiem³⁶.

Początkowo broszura była bardzo chętnie czytana i przeglądana. Zaangażowałam również w rozdawanie tej broszurki samym chorym. Niestety, ta inicjatywa nie przyniosła oczekiwanego efektu. Wobec tego kolejną inicjatywą było stworzenie informacji na temat skutków ubocznych nie tylko palenia papierosów, ale również picia alkoholu, bo to się również zdarza u nas w trakcie leczenia szpitalnego. To również nie zdało egzaminu. **Dlatego zgadzam się w stu procentach, że musimy zredukować szkody.** Nie jesteśmy w stanie palących pacjentów zmusić do abstynencji, pomimo że wiedzą doskonale, że są nowotwory, które można wyleczyć, a palenie papierosów w trakcie leczenia powoduje spadek efektywności leczenia od 15–25%. Nikotynizm to choroba – uzależnienie, więc straszenie i podpisywanie deklaracji przez chorych o zaprzestaniu palenia w trakcie leczenia nie przynosi efektu ponieważ pomimo podpisania choroby nie stosują się do tych zaleceń. Moim zdaniem podejście bardziej liberalne, czyli pomoc w stopniowym odzwyczajaniu się od nikotyny poprzez stosowanie mniej szkodliwych produktów, takich jak saszetki z nikotyną lub systemy podgrzewania tytoniu może wpłynąć pozytywnie na zdrowie chorych i ostatecznie zerwać z nałogiem. Być może powinniśmy stworzyć punkty sprzedaży wyrobów nikotynozastępczych i bezdymnych w szpitalu, ponieważ pacjenci bardzo często wychodzą ze szpitala do sklepu poza szpitalem, żeby sobie kupić papierosy. Uzależnienie od nikotyny jest na tyle dużym problemem u chorych onkologicznych, że zerwanie z nałogiem moim zdaniem powinno być wpisane w cele strategii onkologicznej.

36 Broszura pt. *Włącz Myślenie – Rzuć Palenie w trakcie leczenia onkologicznego*. Materiał powstał przy współpracy merytorycznej z: prof. dr hab. n. med. Andrzejem Kaweckim, prof. dr. hab. n. med. Maciejem Krzakowskim oraz dr n. med. Dorotą Kiprian. Narodowy Instytut Onkologii PIB. Polskie Towarzystwo Terapii Wspomagającej w Onkologii. Oddział Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego www.nosmoke.pl https://www.nio.gov.pl/wp-content/uploads/2017/03/RzucPalenie_OS_02.11.pdf

Dr n. med. Ewa Chmielowska

Ordynator Pododdziału Chemioterapii i Oddziału Chemioterapii Jednodniowej w Specjalistycznym Szpitalu Onkologicznym NU-MED sp. z o.o. w Tomaszowie Mazowieckim



Rak piersi jest najczęstszą chorobą onkologiczną u kobiet. W Polsce ciągle możliwość leczenia we wczesnych fazach, czyli leczenia indukcyjnego oraz adjuwantowego jest jeszcze daleka od doskonałości. I tutaj niewątpliwie odstawiamy na tle Unii Europejskiej. I to dla onkologów jest w tej chwili chyba największy problem. Są nowotwory, jak rak płuca, gdzie dostępność do nowoczesnych metod jest w tej chwili zdecydowanie większa. Jednym z leków, na którego refundację czekamy jest pembrolizumab, który został zarejestrowany przez EMA w dniu 19 października 2021 r. w skojarzeniu z chemioterapią, jako leczenie neoadjuwantowe, a następnie kontynuowany w monoterapii jako leczenie adjuwantowe po zabiegu chirurgicznym, w leczeniu osób dorosłych z miejscowo zaawansowanym lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnym rakiem piersi, u których ryzyko nawrotu jest wysokie. Produkt leczniczy pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią jest wskazany do stosowania w leczeniu miejscowo nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi nieoperacyjnego lub z przerzutami u osób dorosłych, u których CPS z ekspresją PD-L1 w tkance nowotworowej wynosi ≥ 10 i które wcześniej nie otrzymywały chemioterapii w związku z chorobą nowotworową z przerzutami³⁷. Jest kluczowe, aby chorzy z rakiem piersi mieli dostęp do leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) i kontynuacja pembrolizumabu jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu. Dodatkowo oczekujemy na refundację leczenia pembrolizumabem przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatiną (pierwsza linia leczenia). Do leczenia powinni być kwalifikowani pacjenci, u których stwierdzono brak wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego nieoperacyjnego lub przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii z zastosowaniem radykalnym zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy. Zastosowanie terapii nie jest możliwe po wcześniejszym zastosowaniu immunoterapii pembrolizumabem w leczeniu okołoperacyjnym.

Wydaje mi się również, że bardzo prawdziwe jest stwierdzenie, że ciągle w Polsce mamy zbyt niskie oczekiwania odnośnie **jakości życia** w późniejszym okresie życia. Pacjenci po pięćdziesiątce, a już zwłaszcza po sześćdziesiątce, często nie mają wysokich oczekiwań, co do jakości swojego życia. W tym aspekcie opanowanie złych nawyków populacyjnych jest kluczowe. Palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, brak ruchu oraz zła dieta przyczynia się do niższej jakości życia oraz wielochorobowości u pacjentów po 50. roku życia. Niewątpliwie **koncepcja redukcji szkód jest tutaj wiodąca, bo historycznie rzecz biorąc ludzie chyba zawsze szukali środków, od których się mogą uzależnić.** Trudno więc tutaj myśleć, o jakimś restrykcyjnym zablokowaniu tego, ale na pewno to, żeby pacjent nie wychodził z kroplówką na minus 10 stopni, żeby zapalić papierosa byłoby bezcenne. Onkolodzy zawsze będą stali na stanowisku, że najważniejsza jest dobra diagnostyka i wczesne leczenie. Natomiast **programy profilaktyczne mają fundamentalne znaczenie, jeżeli chodzi o przeżycie na zdrowie publiczne i długość życia pacjentów, w tym pacjentów onkologicznych.**

Dr n. roln. Jarosław Sachajko

Poset na Sejm RP

Prawo w Polsce pisze się w sejmie. Jestem członkiem kilku komisji sejmowych, w tym Komisji Rolnictwa, Zdrowia i Finansów i co jakiś czas rozmawiamy na temat uzależnień. W trakcie dyskusji o mapie akcyzowej złożyłem poprawkę, aby **bardziej opodatkować tradycyjne papierosy, a mniej wyroby bezdymne.** Niestety, w sejmie **nie ma reprezentacji ekspertów i klinicystów.** W tym jest największy problem. Dodatkowo, **nie wchodzimy w twórczą polemikę. Nie prowadzimy konstruktywnej debaty na temat palenia papierosów, pandemii COVID-19 itp.** Polityk odpowiada przed społeczeństwem, a do swojej pracy potrzebuje wiarygodnej i aktualnej wiedzy, którą powinni dostarczać mu profesjonaliści z każdej dziedziny



życia. Ekspersi klinicyści powinni występować na temat palenia papierosów na sejmowej Komisji Zdrowia, czy na Komisji Finansów. W Polsce, niestety mamy **ugruntowaną resortowość**. Ministerstwo Rolnictwa, Ministerstwo Zdrowia, czy Ministerstwo Finansów, to są różne światy i niestety trzeba pójść na te wszystkie trzy komisje i edukować. W tej chwili, **my jako społeczeństwo dokładamy do tych obywateli, którzy się dobrze bawią, paląc papierosy, czy pijąc alkohol**. Od sześciu lat nie mogę przekonać polityków i ministerstw do tego, żeby w końcu przestać reklamować piwo. A w Polsce pozwalamy na reklamowanie i picie piwa przy okazji zawodów sportowych. Oprócz ministrów, w ministerstwach pracuje mnóstwo **urzędników średniego szczebla**, którzy zarządzają procesami i projektami. Warto edukować te osoby. **Mocny głos w dyskusji mają partnerzy społeczni**, przede wszystkim związki zawodowe i organizacje pracodawców.

Dzisiaj doszliśmy do **konsensusu, że rozwiązanie, że zakażemy palenia papierosów, czy picia alkoholu, jest absurdalne**. Trzeba **redukować szkody**. W Polsce mamy ograniczoną ilość pieniędzy publicznych i te **środki musimy mądrze dystrybuować**. Warto **naśladować kraje, takie jak Szwecja, czy Czechy, które udowodniły wynikami skuteczność swoich działań w zakresie redukcji palenia papierosów**. Każdy kraj ma jednak swoją specyfikę, a Polacy, przez swoją trudną historię, często mają brak zaufania do nowych rozwiązań, więc powinniśmy **edukować i rozmawiać ze społeczeństwem**. Oczywiście można edukować całe społeczeństwo, ale wiemy, że najskuteczniejsza jest **edukacja dzieci i młodzieży**. Ale do tego muszą być **mądre programy edukacyjne i wyszkoleni edukatorzy**.

Maciej Merkisz

Zastępca Głównego Inspektora

W 2019 roku do **natógowego (codziennego) palenia przyznaje się ponad jedna piąta Polaków – 21%**. Jest to wynik mniejszy niż w poprzednim badaniu, przeprowadzonym w 2017 roku, wówczas wynosił on 24%. Tym samym występuje tendencja spadkowa ilości osób palących natógowo – od 2011 roku w polskim społeczeństwie jest o 10 punktów procentowych mniej palaczy. Badania pokazują, że **natógowymi palaczami częściej są mężczyźni niż kobiety (24% wobec 18%)**. **Trzy czwarte polskich palaczy tytoniu (75%) pali tradycyjne, produkowane fabrycznie papierosy**. Inną, relatywnie często wybraną formą tytoniu jest tytoń do samodzielnego skręcania (21%). Natomiast papierosy typu slim (6%) oraz papierosy mentolowe (5%) palą już tylko nieliczni, częściej kobiety niż mężczyźni. W przypadku papierosów elektronicznych (e-papierosy) wykazano, że 1% ogółu Polaków pali e-papierosy, a 4% Polaków zadeklarowało, że przynajmniej raz korzystało z nich. Najczęściej wskazywanym powodem palenia e-papierosów jest moda na ich palenie (28%). 17% ankietowanych jako powód wskazało chęć dbania o zdrowie, a 14% oszczędność pieniędzy. **13% badanych chciało w ten sposób rzucić palenie papierosów tradycyjnych**. Reasumując, palenie tytoniu jest zjawiskiem społecznie i ekonomicznie zróżnicowanym. W dalszym ciągu znacząca część Polaków w wieku 15 i więcej lat – niemal jedna piąta (21%) – regularnie (codziennie) pali tytoń. Tym samym palenie wyrobów tytoniowych stanowi poważny problem wśród młodzieży. Dlatego też nadal występuje **potrzeba działań prowadzących do ograniczenia palenia tytoniu – przede wszystkim działań edukacyjno-informacyjnych w postaci kampanii społecznych / medialnych oraz akcji prozdrowotnych**. Szczególnie ważna jest **edukacja dzieci i młodzieży**, aby wyeliminować lub opóźnić proces inicjacji tytoniowej³⁸. Kraje, które przyjęły **strategię „end-game”, czyli całkowitej eliminacji tytoniu ze społeczeństwa** (w większości krajów celem jest redukcja do max. 5%): Finlandia – do 2030 r., Szkocja – do 2034 r., Irlandia – do 2025 r., Dania – do 2030 r. oraz Szwecja – do 2025 r. **Strategię „harm reduction”, czyli redukcję szkód przyjęły** Wielka Brytania i Francja. Strategia redukcji szkód odrzuca przekonanie o całkowitej abstynencji, jako jedynej i najlepszej terapii dla osób uzależnionych. W przypadku palaczy miało to i nadal ma na celu **eliminację związków toksycznych, pozostawiając palaczowi możliwość przyjmowania nikotyny**³⁹.



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

39 Polska krajem wolnym od tytoniu 2030! GIS <https://www.gov.pl/web/gis/polska-krajem-wolnym-od-tytoniu-2030>

Prof. dr hab. n. o zdr. Katarzyna Koziak

Kierownik Zakładu Biochemii i Żywności,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Nie można stawiać znaku równości pomiędzy klasycznymi papierosami a alternatywnymi formami dostarczającymi nikotynę. Palacze uzależniają się od nikotyny, ale umierają przede wszystkim z powodu toksycznych substancji zawartych w dymie papierosowym. Dotychczas zidentyfikowano w nim kilkaset związków o potwierdzonym działaniu toksycznym, mutagennym i rakotwórczym.



„ Coraz więcej danych wskazuje również, że uzależnienie od nikotyny jest wzmacniane przez substancje zawarte w dymie papierosowym. Zdecydowanym postępowaniem w odchodzeniu od papierosów i chorób tytoniozależnych jest zatem redukcja szkód przez podanie nikotyny bez dymu. ”

Ocena toksykologiczna produktów bezdymnych była w ostatnich kilku latach przedmiotem wielu analiz prowadzonych przez niezależne ośrodki, między innymi w Holandii i w Niemczech. Wyniki tych badań wskazują, że produkty, w których nie dochodzi do spalania tytoniu emitują znacznie mniej substancji toksycznych, nawet o 95% w porównaniu do tradycyjnego papierosa. Być może warto zainicjować nadzorowany przez państwo program badawczy, który zajmie się kompleksowo tą problematyką w referencyjnym **polskim ośrodku badawczym**. Na razie możemy sięgać do dostępnych danych światowych, które pokazują, że **możemy zredukować ryzyko zdrowotne u palaczy poprzez zastąpienie tradycyjnych papierosów produktami bezdymnymi**. Używanie tytoniu i przyjmowanie nikotyny w każdej formie jest szkodliwe. Nie ulega jednak wątpliwości, że **najgorszą formą nałogu jest palenie tradycyjnych papierosów, a stosowanie bezdymnych form przyjmowania nikotyny zmniejsza ekspozycję palacza i jego otoczenie na szkodliwe substancje zawarte w dymie papierosowym**.

Prof. dr n. med. Edward Franek

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie

W ciągu kilku ostatnich lat nastąpił **spory wzrost liczby chorych z cukrzycą, co jest spowodowane starzeniem się społeczeństwa i stylem życia, prowadzącym do otyłości**. Potwierdziło się, że cukrzyca jest bardzo częstą chorobą, że to nadal ogromny problem epidemiologiczny, który będzie narastał, o czym świadczą statystyki z ostatnich lat. Dziś mamy w Polsce ponad 2,5 mln chorych; w ciągu kilku ostatnich lat, według naszych danych, **nastąpił spory wzrost liczby chorych**. Jest to spowodowane głównie starzeniem się społeczeństwa i stylem życia, prowadzącym do otyłości. To podstawowe czynniki przyczyniające się do rozwoju cukrzycy typu 2, odpowiadającej za wzrost rejestrowanej chorobowości⁴⁰. **Edukacja to ważny element skutecznej nie tylko profilaktyki, ale i opieki nad pacjentem**. Mamy edukatorów diabetologicznych, edukacja weszła w skład opieki koordynowanej w POZ. Jest ona skierowana zarówno do chorych, jak i do osób ze zwiększonym ryzykiem cukrzycy, ze stanem przedcukrzycowym, do opiekunów i członków rodzin. **Bardziej świadomy pacjent będzie lepiej dbał o siebie**. Tu trzeba rozgraniczyć **profilaktykę pierwotną od wtórnej**. Ta pierwsza obejmuje zdrowy tryb życia, a więc odpowiednie żywienie, aktywność fizyczną, a więc to wszystko, co zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy. Profilaktyka wtórna to działania, które należy podejmować, gdy już choroba się pojawi, a dzięki przestrzeganiu określonych zasad możemy nie dopuścić do jej dalszego rozwoju, przede wszystkim do pojawienia się powikłań. W obu tych przypadkach jest wiele do zrobienia. **Otyłość to niewątpliwie jedna z niekorzystnych zmian w pandemii**. Natomiast równolegle z pandemią pojawiły się **skuteczne leki na otyłość** i coraz więcej chorych jest nimi leczonych. Być może zatem będziemy w stanie odwrócić te następstwa pandemii. Jednym z czynników ryzyka tzw. modyfikowalnych, a więc takich, **na które mamy wpływ, a zwiększających ryzyko chorób cywilizacyjnych, są papierosy**. Nasza placówka, jako jedyna w Polsce, bierze udział w międzynarodowym badaniu DIASMOKE.



40 Prof. Edward Franek, *Cukrzyca to jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych*. „Świat Lekarza” 2020/08/30 <https://swiatlekarza.pl/prof-edward-franek-cukrzyca-to-jeden-z-najpoważniejszych-problemow-zdrowotnych/>

„Badanie DIASMOKE, to randomizowane, kontrolowane, wielośrodkowe badanie oceniające zmiany czynników ryzyka sercowo-naczyniowego u palaczy z cukrzycą typu 2 po przejściu z papierosów tytoniowych na bezdymne systemy dostarczania nikotyny.⁴¹ Program jest skierowany do chorych na cukrzycę typu 2, palących papierosy i niemogących uwolnić się od nałogu. Badania potrwać łącznie około 2 lat. Wiele poprzednich badań wykazało, że u takich chorych znacząco wzrasta ryzyko śmiertelności oraz rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych. Jednym z głównych celów, do których dążymy w populacji tych pacjentów, jest wyeliminowanie tego czynnika ryzyka. Pod lupę wzięliśmy produkty alternatywne (systemy bezdymne), które mogą stanowić pierwszy krok w rzuceniu nałogu i pomóc im w definitywnym zaprzestaniu palenia, a nawet jeśli się to nie uda, mogą mniej szkodzić niż zwykłe papierosy.”

Pacjenci dość entuzjastycznie podchodzą do programu. Zdają sobie sprawę z tego, że tu chodzi o ich bezpieczeństwo i wiedzą, że **uwolnienie się od nałogu palenia papierosów to szansa nie tylko na lepszą kontrolę cukrzycy i ryzyka jej powikłań, ale też na ogólną poprawę zdrowia**⁴².

Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech

Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego,
Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki oraz Zespołu
ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Instytucie
Matki i Dziecka w Warszawie, Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019



Po pierwsze chciałbym, żeby zabrzmiało to, że spotkaliśmy się tutaj, reprezentując różne specjalizacje medyczne. I w zasadzie wszyscy się zgadzamy, co do tego, gdzie leży problem. Wiemy też, co powinniśmy robić i wiemy, jaką rolę w tym powinno mieć **zdrowie publiczne**. Potrzebujemy w tym procesie **mocnych i wiarygodnych danych epidemiologicznych i demograficznych**. Dyskusja o zdrowiu Polaków oraz redukcji czynników ryzyka powinna toczyć się z ministerstwami Zdrowia, Finansów, Rolnictwa, Rozwoju, Rodziny, Sportu i Edukacji. Bez włączenia tych wszystkich ministerstw w nasze projekty, śmiem twierdzić, że nie odniesiemy wielkiego sukcesu na poziomie populacyjnym. A o takie **działania międzyministerialne** jest trudno. Niezdrowa dieta, nadmiar alkoholu, brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość – to najbardziej rozpowszechnione czynniki ryzyka w polskiej populacji. Obecnie w Polsce mamy **najbardziej przybierające na wadze pokolenie dzieci i młodzieży**. Ponad jedna piąta dzieci w Polsce zmagają się z problemem nadmiernej masy ciała, wynika z danych zebranych przez Najwyższą Izbę Kontroli na podstawie analizy dokumentacji medycznej. 14,5 proc. polskich dzieci ma nadwagę, 7,2 proc. to osoby chore na otyłość. **Otyłość u dzieci i młodzieży niesie za sobą konsekwencje nie tylko zdrowotne i społeczne, ale również ekonomiczne**. Choć brakuje dokładnych analiz i wyliczeń, to można oszacować skalę tego problemu. Około 11–12 proc. wydatków systemu ochrony zdrowia jest bezpośrednio lub pośrednio związanych z nadwagą i otyłością. Mówimy więc o 17–18 mld złotych, przeznaczanych na leczenie tego typu schorzeń lub powikłań. Patrząc na problem makroekonomicznie możemy powiedzieć, że około 3–3,5 proc. budżetów państw traconych jest przez to, że społeczeństwa zmagają się z nadwagą i otyłością.

Myślę, że powinniśmy głośniejszym głosem mówić o **roli i znaczeniu szczepień ochronnych w cyklu całego życia** obywatela (ang. *life course immunization*). To koncepcja, która zakłada, że szczepić należy się przez całe życie. Inaczej mówiąc, szczepienia powinny towarzyszyć ludziom przez cały czas ich życia. Chodzi o zapobieganie chorobom zakaźnym, a jest to możliwe właśnie poprzez szczepienia. Zarówno w całej Europie, jak i w Polsce zachęca się więc do tego, by dochodziło do harmonizacji krajowych praktyk i procedur w zakresie tego, by chronić jak największą populację ludzi przed zakażeniami jak największą liczbą chorób. Nie wszystkie szczepienia nie będą działały przez całe życie. Są takie szczepionki, które będą nas chroniły przez cały okres życia. Uważa się, że **szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B**, jeśli przyjmie się cały schemat, powinno tak zadziałać. Jednak ochronne działanie większości szczepień wygasa. Szczepimy dzieci, bo to jest populacja najbardziej narażona i taka, o którą szczególnie dbamy. Jeśli spojrzymy na kalendarz szczepień ochronnych, to zobaczymy, że większość szczepień powinna być powtarzana co pewien czas. Powinniśmy przypominać naszemu układowi immunologicznemu, że musi być w gotowości do odpowiedzi.

41 DIASMOKE (Assessing the impact of combustion free-nicotine delivery technologies in Diabetic Smokers) <https://diasmoke.coehar.org/>

42 Prof. dr n. med. Edward Franek, *Zmiany w polskiej diabetologii*. „Świat Lekarza” 2023/01/13 <https://swiatlekarza.pl/prof-dr-n-med-edward-franek-zmiany-w-polskiej-diabetologii/>

Ja ze swej strony przypomnę, że w tej chwili mamy możliwość **szczepienia dorosłych przeciwko COVID-19**. Zachęcam wszystkich do przyjęcia kolejnej dawki szczepienia. To wirus, który mutuje, bardzo się zmienia i kolejne szczepionki niejako będą gonity genotyp wirusa. Mamy sezonowe szczepienie przeciwko **grypie**, które dla populacji 75 plus jest bezpłatne, a dla populacji 65 plus refundowane w 50 proc. Nawet pełnopłatnie nie jest ono drogie, więc warto po nie sięgnąć. Jest też wiele innych szczepień, które potencjalnie mogłyby służyć osobom w każdym wieku, również osobom w podeszłym wieku, na przykład przeciw **półpaścowi**. Jeśli kampania na rzecz szczepienia **anty-HPV** nam wyjdzie, to będziemy mieli olbrzymi sukces. Szczepienia rzeczywiście są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia również w wymiarze ekonomicznym. Jeśli popatrzymy na liczbę osób, które zachorowały na gripę i miało powikłania związane z gripą, chociażby w tym sezonie, który był szczególnie uciążliwy, to widzimy, że gdybyśmy byli w stanie temu zapobiec, zaoszczędzilibyśmy mnóstwo pieniędzy. Dane amerykańskie wskazują, że można uniknąć nawet 80 proc. kosztów związanych z chorobami, którym można zapobiegać poprzez szczepienia ochronne. W Unii Europejskiej mówi się natomiast, że każde euro zainwestowane w szczepienia dorosłych powyżej 50. roku życia daje czterokrotnie większą kwotę przyszłych dochodów ekonomicznych w pozostałym okresie życia, czyli zwrot z inwestycji jest aż czterokrotny. To są oczywiście obliczenia modelowe, więc trzeba mieć do nich pewien dystans. Mimo to, wydaje się, że zarówno w wymiarze bezpośrednich kosztów medycznych, jak i kosztów pośrednich, akcja szczepień u dorosłych jest jak najbardziej opłacalna. Dodam jeszcze, że w Polsce wydajemy na szczepienia ochronne bardzo mało. Około 2-3 euro na osobę.

Bardzo ważne, aby w działaniach na rzecz zdrowia publicznego w Polsce wykorzystać **potencjał i autorytet Polskiej Akademii Nauk i jej Komitetu Zdrowia Publicznego**.

Natalia Miller

Dyrektor Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych

System leczenia uzależnień w Polsce nie nadąża za dynamicznymi zmianami wzorca używania różnych substancji, w tym tytoniu, alkoholu, cukru itd. Dlatego, **potrzebny jest zintegrowany system pomocy oparty na profilaktyce i na terapii, w tym na redukcji szkód**. Wymaga to jednak zmiany myślenia i zerwania długiej tradycji w zakresie abstynencji, która dzisiaj nie ma racji bytu. Bo podejście, o którym rozmawiamy, czyli **redukcja szkód (ang. harm reduction)**, to tak naprawdę wyjście do pacjenta, brak stygmatyzacji, barier i zaopiekowanie się nim w jego realnej rzeczywistości, w której funkcjonuje, a nie tam, gdzie powinien się znajdować. Myślę,

że strategia małych, drobnych kroków jest strategią wartą rozważenia i wartą promowania. Każda, nawet najmniejsza zmiana jest cenna i może prowadzić do dłuższych, głębszych efektów. Mam nadzieję, że to dzisiejsze spotkanie właśnie jest tym małym krokiem, który zmierza do głębszej zmiany.



PODSUMOWANIE

Małgorzata Bogusz

Prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych



Bardzo istotne jest, abyśmy dyskutowali o chorobach cywilizacyjnych i zdrowiu publicznym, w jak najszerszym gronie interesariuszy systemowych. Polska będzie przygotowywać priorytety zdrowotne w zakresie **prezydencji polskiej w Unii Europejskiej**, która rozpocznie się w styczniu 2025 r. Bez względu na to, jak będzie wyglądała sytuacja polityczna w naszym kraju, jest to niezmiernie istotna prezydencja i mam nadzieję, że również **obszar zdrowia publicznego i chorób cywilizacyjnych, które dzisiaj poruszyliśmy, powinien znaleźć się w priorytetach polskiej prezydencji**. Kiedy mówimy o odbudowie systemu ochrony zdrowia po pandemii COVID-19, o dobrostanie polskiego społeczeństwa, wydaje się, że ta nasza dyskusja w zakresie chorób cywilizacyjnych jest bardzo kluczowa.

Palenie papierosów jest znakomitym przykładem znaczenia redukcji czynników szkodliwych prowadzących do rozwoju wielu chorób. Komisja Europejska od dawna alarmuje, że choroby nowotworowe (których jedną z głównych przyczyn jest palenie) wkrótce mogą stać się wiodącą przyczyną zgonów w UE. By zaradzić tej sytuacji Unia Europejska i rządy krajowe na różne sposoby – w formie przepisów prawnych, zaleceń i kampanii informacyjnych oraz edukacyjnych – próbują przekonać obywateli do rozstania się z nałogiem palenia tytoniu lub ostrzegają przed jego podjęciem. Głównymi filarami tych działań jest unijne prawodawstwo w zakresie wyrobów tytoniowych i ich reklamy. I choć Komisja Europejska wychodzi tu z inicjatywą, jednak ma ograniczone pole do działania – bo zapobieganie paleniu i jego leczenie to odpowiedzialność poszczególnych państw członkowskich. Ekspertsi unijni przygotowali dla państw członkowskich wytyczne postępowania, m.in. **Zalecenie w sprawie zapobiegania paleniu (2003)**, które m.in. zachęcają państwa członkowskie do kontrolowania wszelkich form promocji i sprzedaży wyrobów tytoniowych nieletnim, a także do podnoszenia świadomości i edukacji zdrowotnej (od 1989 r. obowiązuje zakaz telewizyjnej reklamy wyrobów tytoniowych i sponsorowania wydarzeń pokazywanych w telewizji, zabroniono też sponsorowania imprez międzynarodowych)⁴³. W **2009 powstały Wytyczne w sprawie środowiska wolnego od dymu**. Dzięki nim wszystkie kraje UE wprowadziły konkretne środki mające chronić obywateli UE przed dymem papierosowym w miejscach publicznych – to właśnie tym regulacjom zawdzięczamy restauracje czy środki transportu z zakazem palenia. Jednak poszczególne prawodawstwa krajowe różnią się pod względem stopnia i zakresu ograniczeń⁴⁴. **20 maja 2016 r. zaczęła natomiast obowiązywać dyrektywa w sprawie wyrobów tytoniowych**, która reguluje kwestie dotyczące produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów, takich jak produkty tytoniowe bezdymne, papierosy elektroniczne i wyroby ziołowe do palenia⁴⁵. Tym dokumentem wprowadzony został obowiązek umieszczania ostrzeżeń zdrowotnych na opakowaniach wyrobów tytoniowych. Ponadto producenci muszą zgłaszać państwom UE, jakie substancje stosują w wyrobach tytoniowych, zezwala państwom UE na wprowadzenie zakazu internetowej sprzedaży wyrobów tytoniowych, wprowadza w odniesieniu do papierosów elektronicznych wymogi w zakresie bezpieczeństwa, jakości i zgłaszania informacji. Zgodnie z tą dyrektywą producenci mają także **obowiązek zgłaszania państwom UE nowatorskich wyrobów tytoniowych przed wprowadzeniem ich na unijny rynek**.

43 Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/37/WE z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych. <https://eur-lex.europa.eu/PL/legal-content/summary/manufacture-presentation-and-sale-of-tobacco-products.html>

44 Zalecenie RADY z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego (2009/C 296/02) [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H1205\(01\)&from=EL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H1205(01)&from=EL)

45 Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylająca dyrektywę 2001/37/W <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0040>

WNIOSKI

1. Choroby cywilizacyjne są przyczyną nadmiarowych zgonów Polsce oraz poważnym wyzwaniem zdrowotnym i gospodarczym.
2. Inwestowanie w system opieki zdrowotnej poprzez adekwatne finansowanie profilaktyki zdrowotnej i eliminacji czynników ryzyka, przyniesie znaczne korzyści zdrowotne i ekonomiczne oraz przyczyni się do wzrostu gospodarczego.
3. Zdrowie publiczne musi stać się realnym priorytetem w Polsce.
4. Strategia redukcji szkód jest najbardziej nowoczesnym i realistycznym modelem pomagania osobom uzależnionym od palenia tytoniu, alkoholu oraz narkotyków.
5. Nadwaga i otyłość oraz nowotwory są poważnymi wyzwaniami zdrowotnymi, które należy ograniczać poprzez skuteczną profilaktykę i dostęp do technologii medycznych o udowodnionej skuteczności.

REKOMENDACJE

1. Rekomendowane jest stworzenie centrum zarządzania zdrowiem publicznym w Polsce – z instytucją koordynującą oraz odpowiednim finansowaniem kompleksowych działań. Zalecana jest integracja międzyresortowa problematyki polityki zdrowotnej, a w zakresie walki z paleniem papierosów – na wzór polityki zdrowotnej Czech.
2. Wszelkie działania regulacyjne w zakresie zdrowia publicznego należy opierać na *Evidence-Based Medicine* oraz stanowiska i zalecenia polskich towarzystw naukowych. Konsensus ekspertów powinien stanowić podwaliny zmian legislacyjnych dotyczących polityki zdrowotnej.
3. Rekomendowane jest opracowanie i wdrożenie narodowej strategii w zakresie redukcji palenia papierosów – w tym edukacja i dostęp do działań z zakresu redukcji szkód. W szczególności należy rozwinąć system pomocy palaczom w rzucaniu palenia – rozwinąć system ośrodków wsparcia oraz zwiększyć dostępność leków oraz mniej szkodliwych od papierosów produktów alternatywnych dostarczających nikotynę. Konieczne jest wprowadzenie programu powszechnej edukacji wśród najmłodszych, przy zaangażowaniu wyszkolonych edukatorów, aby zapobiegać wchodzeniu młodzieży w natóg nikotynowy.
4. Polscy badacze i ośrodki naukowe powinny być zachęcane do prowadzenia badań z zakresu redukcji szkód czy szkodliwości nowych produktów alternatywnych poprzez programy grantowe finansowane ze środków publicznych. Należy wprowadzić system kontroli składu płynów w e-papierosach.
5. Rekomendowane jest opracowanie i wdrożenie narodowej strategii w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości, w tym refundacji publicznej wszystkich technologii medycznych o udowodnionej skuteczności.
6. Rekomendowane jest wdrożenie Narodowej Strategii Onkologicznej, w tym refundacji publicznej wszystkich technologii medycznych o udowodnionej skuteczności.

BIBLIOGRAFIA

1. Broszura pt. *Włącz Myślenie – Rzuć Palenie w trakcie leczenia onkologicznego*. Materiał powstał przy współpracy merytorycznej z: prof. dr hab. n. med. Andrzejem Kaweckim, prof. dr hab. n. med. Maciejem Krzakowskim oraz dr. n.med. Dorotą Kiprian. Narodowy Instytut Onkologii PIB. Polskie Towarzystwo Terapii Wspomagającej w Onkologii. Oddział Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego www.nosmoke.pl https://www.nio.gov.pl/wp-content/uploads/2017/03/RzucPalenie_OS_02.11.pdf
2. DIASMOKE (*Assessing the impact of combustion free-nicotine delivery technologies in Diabetic Smokers*) <https://diasmoke.coehar.org/>
3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/37/WE z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych. <https://eur-lex.europa.eu/PL/legal-content/summary/manufacture-presentation-and-sale-of-tobacco-products.html>
4. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylająca dyrektywę 2001/37/W <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0040>
5. *European tobacco use: trends report 2019*. WHO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346817>
6. *Europe's Beating Cancer Plan*. 2022 https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf
7. Fal A.M., Kiedik D., Kiedik B.M., Kosior D., Pienkowski T., Olszewski R., *Current perspective on smoking epidemics in Poland – statement the Polish Society of Public Health*. „Ann Agric Environ Med.” 2022;29(3), s. 348–357. doi:10.26444/aaem/151458.
8. *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*. WHO, 2003 <https://fctc.who.int/who-fctc/overview>
9. *Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative*. European Commission, 2021 https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en
10. IHME, Global Burden of Disease (2019). *Number of deaths by risk factor, World, 2019. Total annual number of deaths by risk factor, measured across all age groups and both sex*. <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-deaths-by-risk-factor>
11. Jahnz-Różyk K., Pawliczak R., Balsam P., Moniuszko M., Heintzman J., Różyk D., *Is there an optimal management of nicotine addiction in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma? Expert consensus*. „Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology”. 2023;10(1):15–25. doi:10.5114/pja.2023.125764. <https://www.termedia.pl/Czy-istnieje-optymalne-postepowanie-z-pacjentami-r-nuzalezniowymi-od-nikotyny-w-przebiegu-przewleklej-r-nobturacyjnej-choroby-pluc-i-astmy-Konsensus-ekspertow,123,50323,1,0.html>
12. *Leczenie uzależnienia od nikotyny u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. Termedia, 2023 <https://www.termedia.pl/mz/Leczenie-uzaleznienia-od-nikotyny-u-pacjentow-z-zaburzeniami-psychicznymi-rekomendacje-PTP,51256.html>
13. *Noncommunicable diseases*. WHO, 2022 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
14. Polska Prezydencja w UE. <https://alergologia1.wum.edu.pl/node/97>
15. Polskie Zdrowie 2.0. PAN <https://pan.pl/polskie-zdrowie/>
16. Polskie Zdrowie 2.0. Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027. *Redukcja używania tytoniu i innych produktów zawierających nikotynę, szczególnie wśród młodego pokolenia Polaków. Policy brief II.3* Małgorzata Balwicka-Szczyrba, Łukasz Balwicki, Wojciech Hanke, Marta Miller, Anna Tyrańska-Fobke. Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji projektu Komitetu Zdrowia Publicznego PAN pt. „Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki

- innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0” POLSKA AKADEMIA NAUK. Wydział V Nauk Medycznych. Komitet Zdrowia Publicznego. Warszawa, styczeń 2023 r.
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
17. *Postawy Polaków wobec palenia tytoniu* – Raport 2019 r. GIS
<https://www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palania-tytoniu-raport-2017>
 18. *Postępowanie w uzależnieniu od nikotyny* – interdyscyplinarne rekomendacje ekspertów. Piotr Kuna, Anna E. Płatek, Tomasz Tomasiak, Piotr Gałdecki, Tomasz Drewna, Filip M. Szymański. 2020. „Forum Medycyny Rodzinnej” 2020, tom 14, nr 2, s. 66–72 Via Medica ISSN 1897–359
https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/68274
 19. *Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w obszarze zdrowia. Polska zmiana w sztafecie*. Agnieszka Czupryniak, Bolesław Samoliński. „Menedżer Zdrowia”, grudzień–styczeń 10/2011
 20. Prof. dr n. med. Edward Franek, *Zmiany w polskiej diabetologii*. „Świat Lekarza” 2023/01/13 <https://swiatlekarza.pl/prof-dr-n-med-edward-franek-zmiany-w-polskiej-diabetologii/>
 21. Prof. Edward Franek: *Cukrzyca to jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych*. „Świat Lekarza” 2020/08/30
<https://swiatlekarza.pl/prof-edward-franek-cukrzyca-to-jeden-z-najpowazniejszych-problemow-zdrowotnych/>
 22. Raport 2020. Polska na drodze zrównoważonego rozwoju. GUS 2020,
<https://raportsdg.stat.gov.pl/2020/cel3.html>
 23. *Roadmap to a Smokefree 2030*.
<https://smokefreeaction.org.uk/wp-content/uploads/2020/01/Roadmap-to-a-Smokefree-2030-FINAL.pdf>
 24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych Warszawa, dnia 2 marca 2018 r. Poz. 469
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469>
 25. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*. Pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa 2022, Ministerstwo Zdrowia.
<https://keizp.pan.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2022-r/>
 26. *The WHO Framework Convention on Tobacco Control* (WHO FCTC). WHO 2005
<https://fctc.who.int/who-fctc/overview>
 27. Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. Monitor Polski 2022 r. poz. 1265
<https://dziennikustaw.gov.pl/MP/2022/1265>
 28. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916).
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20150001916>
 29. Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz.U. 2019 poz. 969).
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969>
 30. *Zalecenia dotyczące prewencji chorób u osób palących papierosy*. Andrzej Fal, Jarostaw Pinkas, Piotr Jankowski, Jarostaw Drobnik, Janusz Sytnik-Czetwertyński, Piotr Karniej, Jacek Krajewski, Małgorzata Kaleta-Witusiak. „Lekarz POZ” 6/2022
<https://www.termedia.pl/Zalecenia-dotyczace-prewencji-chorob-u-osob-palacych-papierosy,98,49382,0,1.html>
 31. Zalecenie RADY z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego (2009/C 296/02)
[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H1205\(01\)&from=EL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H1205(01)&from=EL)
 32. *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030*. Minister Zdrowia. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

Fundacja Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Adres siedziby:
ul. Woronicza 31/254
02-640 Warszawa

ISBN: 978-83-965274-6-2



Fundacja Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
www.irss.org.pl