

BADANIA I ROZWÓJ

Kiedy „proszę rzucić” przestaje



Palenie papierosów od dekad jest wskazywane jako jeden z kluczowych czynników ryzyka dla zdrowia publicznego. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) regularnie alarmuje o postępującej „epidemii palenia” i podaje, że z nikotynizmem zmagają się obecnie 1,3 mld osób na świecie. Wskutek chorób spowodowanych paleniem co roku umiera ponad 7 mln osób w skali globu. Palenie bierne, czyli ekspozycja osób postronnych na dym z drugiej ręki, zwiększa tę statystykę o ponad 1,2 mln zgonów. Mimo wysiłków międzynarodowej społeczności medycznej nałóg nie wygasa.

W ostatniej dekadzie nasila się dyskusja wokół kształtu skutecznej polityki antypapierosowej zarówno w jej krajowym, jak i globalnym wymiarze. Coraz głośniejsze mówi się o konieczności modernizacji dotychczasowych rozwiązań, weryfikacji aktywności poszczególnych krajów w kontekście inicjatyw antynikotynowych oraz włączenia programów redukcji szkód, uznawanych za rozwiązania pomostowe w drodze palącego pacjenta do osiągnięcia całkowitej abstinencji.

Pałący problem świata i Polski

Wśród strategii walki z papierosami na pierwszy plan wysuwają się dwa podejścia. Pierwszym jest tzw. strategia *endgame* („koniec gry”), polegająca na forsowaniu całkowitej abstinencji od produktów nikotynowych poprzez stosowanie polityk prohibicyjnych, zakazujących lub utrudniających korzystanie z takich wyrobów. Niekiedy podejście to określane jest mianem *quit or die* („rzuć lub

umieraj”). Zwolennikiem tej strategii jest WHO. Również w tym duchu utrzymana jest deklaracja „Cape Town Declaration on Human Rights and a Tobacco-free World”, którą podpisały 163 organizacje zdrowotne, między innymi Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, a także 53 ekspertów ds. zdrowia publicznego.

Drugie podejście to strategia nakierowana na ograniczanie zdrowotnych i społecznych szkód spowodowanych paleniem papierosów poprzez stosowanie terapii substytucyjnej u pacjentów niemogących zerwać z nałogiem lub powracających do palenia po pewnym okresie zachowania abstinencji nikotynowej. Zgodnie z tym podejściem pacjenta uzależnionego od nikotyny zachęca się do rezygnacji z papierosów i tymczasowego stosowania nikotynowej terapii zastępczej (*nicotine replacement therapy* – NRT) lub w szczególnych przypadkach tzw. bezdymnych wyrobów z nikotyną, które są pozbawione substancji smolistych,

aby w ten sposób zaspokoić u niego narkotyczną (nikotynową) i behawioralną potrzebę wynikającą z nałogu oraz zredukować ryzyko zdrowotne związane z paleniem. Ostatnim etapem tej strategii jest całkowita rezygnacja z nikotyny, która może być łatwiejsza z uwagi na niższy potencjał uzależniający takich wyrobów niż w przypadku papierosów. Z tego powodu taką strategię określa się jako *quit or try* („rzuć lub spróbuj”). W gronie państw stosujących ją w praktyce są między innymi Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Szwecja, Nowa Zelandia czy Japonia.

Obydwa podejścia bywają sobie przeciwstawiane. Zdaniem ekspertów mogą jednak działać na swoją korzyść. Strategia redukcji szkód mogłaby zostać wpisana w strategię *endgame* jako etap pomostowy między całkowitą abstinencją a ograniczaniem szkodliwości nałogu u pacjenta. Złoty standard leczenia, czyli zerwanie z nałogiem, zostaje tu zachowany.

Sama WHO przyznaje, że obecna polityka antynikotynowa wymaga reformy, a walka z epidemią palenia tytoniu traci swój impet w wymiarach globalnym, regionalnym i lokalnym. Zgodnie z ostatnim raportem WHO z listopada ub. roku, papierosy nadal pali 22 proc. populacji, czyli średnio co piąta osoba na świecie. W ostatnich latach obserwuje się wprawdzie spadek tego odsetka, ale jego tempo jest niezadowolające. Podkreśla to sama WHO, która prognozuje, że w 2025 r. globalny odsetek osób palących będzie zbliżony do obecnego.

Najpoważniejszy problem z paleniem papierosów ma dziś Europa, a poza nią Chiny i Rosja. Odsetek osób używających wyrobów tytoniowych na Starym Kontynencie sięga 25 proc. (pali 180 mln Europejczyków) i jest wyższy od globalnego. Najgorzej sytuacja wygląda wśród kobiet: Europa ma najwyższy na świecie odsetek palących w tej grupie – wynosi on 18 proc. (67 mln) wobec 8 proc. globalnie. W Polsce odsetek palących kobiet jest jeszcze wyższy i sięga 21 proc. (3 mln kobiet). WHO przestrzega, że Europa może być jedynym kontynentem, któremu nie uda się zmniejszyć o zakładane 30 proc. odsetka osób palących w tej grupie. W związku z tym prawdopodobnie zagrożona jest realizacja Celów Zrównoważonego Rozwoju (*Sustainable Development Goals* – SDGs), przyjętych przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 2015 r.

Na choroby spowodowane paleniem papierosów co roku w Polsce umiera przedwcześnie ok. 81 tys. osób. Szczególnie niebezpiecznym następstwem zdrowotnym palenia jest przewlekła obturacyjna

już wystarczać

choroba płuc (POChP). To choroba nieuleczalna, która dotyka ponad 2 mln polskich palaczy, a rocznie umiera na nią ok. 15 tys. z nich. Obecnie jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów na świecie i w naszym kraju.

W „Mapie potrzeb zdrowotnych” Ministerstwa Zdrowia resort wskazuje palenie papierosów jako główny czynnik ryzyka zdrowotnego polskiej populacji. Niestety, wpływ palenia na wskaźnik DALY, czyli kluczowy dla polityki zdrowotnej indeks określający długość lat przeżytych przez społeczeństwo w zdrowiu, uległ wyraźnemu wyhamowaniu. Walka z paleniem stanęła w miejscu. Wprawdzie całościowo w latach 1990–2019 można mówić o sukcesie, ponieważ negatywny wpływ palenia zmniejszono aż o 24,03 proc., jednak ostatnie dziesięciolecie (lata 2010–2019) przyniosło marginalną poprawę DALY: o 1,22 proc. Wskazuje to na wyczerpanie dotychczasowych programów walki z papierosami stosowanych w naszym kraju. Radykalne pogorszenie indeksu DALY widać wyraźnie wśród kobiet – w ostatniej dekadzie pogorszył się on o 8,97 proc., co sprawia, że palenie papierosów jest aktualnie jednym z pięciu głównych czynników ryzyk zdrowotnych wśród Polek.

Apele do WHO

Międzynarodowa społeczność wielokrotnie wzywała WHO do zmiany kursu jej polityki antynikotynowej, akcentując potrzebę równoległego uwzględniania zarówno programów edukacyjnych, jak i programów redukcji szkód wynikających z nikotynizmu. Od kilku dekad takie programy z powodzeniem stosuje się między innymi w psychiatrii, lecząc pacjentów uzależnionych od opiatów.

Lekarze i specjaliści z całego świata zachęcali WHO do głębszej analizy badań naukowych i danych empirycznych dotyczących zakresu toksyczności produktów alternatywnych dla papierosów oraz skutków ich substytucyjnego stosowania u pacjentów palących tytoń. Wskazywali również przykłady państw, które realizują programy redukcji szkód w swoich politykach krajowych, przez co zmniejszyły konsumpcję papierosów oraz zapadalność osób uzależnionych od nikotyny na choroby spowodowane paleniem. Ekspertki podkreślają także potrzebę pragmatycznego podejścia do walki z tym nałogiem, które byłoby pozbawione elementu oceny.

– Jedną z cech dystynktywnych strategii redukcji szkód jest prezentowanie amoralnego, nieosą-

dzającego podejścia do używania substancji psychoaktywnych. Jeśli nawet nie jest ono możliwe do osiągnięcia w praktyce, to jest potężną interwencją retoryczną w wysoce zmoralizowanej debacie na temat takich substancji. Używanie substancji psychoaktywnych powinno być traktowane jako problem techniczny i problem zdrowia publicznego, nie zaś jako kwestia moralna – przekonywała już w 2003 r. prof. Helen Keane.

W 2014 r. do WHO trafił list podpisany przez 53 autorytety medyczne w obszarze polityki antynikotynowej zachęcający do dyskusji na temat redukcji szkód związanych z nikotynizmem. WHO pozostawiła go bez odzewu. W 2021 r. podobny apel do tej organizacji skierowało już 100 naukowców. Oni również nie doczekali się odpowiedzi. Istotnym problemem dyskusji jest także to, że choć Europejskie Biuro WHO odnotowuje, że dysponujemy już dowodami naukowymi na niższą toksyczność alternatyw dla papierosów, to brak badań długofalowych nie pozwala ich uznawać za mniej ryzykowne dla zdrowia.

Zwolennicy programów redukcji szkód odpowiadają, że sam fakt znaczącego ograniczenia emisji toksyn i redukcji karcynogenów w bezdymnych wyrobach nikotynowych pozwala domniemywać, że ich negatywny wpływ na zdrowie osób palących byłby znacznie niższy niż kontynuowania palenia papierosów. Trzeba pamiętać, że podobne wątpliwości dotyczące braku długoterminowych dowodów WHO zgłaszała wcześniej przez lata wobec metadonu, stosowanego u pacjentów uzależnionych od opiatów, głównie od heroiny. Ostatecznie WHO uznała jednak takie programy i dzisiaj rekomenduje ich stosowanie.

”
Strategia redukcji szkód mogłaby zostać wpisana w strategię endgame jako etap pomostowy między całkowitą abstynencją a ograniczaniem szkodliwości nałogu u pacjenta

Ekspertki proponują przyjęcie takiej samej zasady w przypadku pacjentów uzależnionych od nikotyny, która ma 3-krotnie silniejszy potencjał uzależniająco niż heroina. Zauważają też, że sama nikotyna nie jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób u osób palących i nie jest promotorem nowotworów. Baza INCHEM, czyli największy na świecie katalog substancji chemicznych współautorstwa WHO, nie uznaje nikotyny za substancję karcynogenną. Wymienia natomiast szereg karcynogenów dymu papierosowego, które w aerozolach emitowanych przez produkty alternatywne do papierosów występują w stężeniach kilkudziesięciokrotnie niższych.

Lekarze i naukowcy o strategii redukcji szkód

Skuteczność globalnej polityki antynikotynowej WHO, której wyrazem jest „Ramowa konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu” (FCTC), została poddana krytyce w artykule opublikowanym w renomowanym, recenzowanym (*peer-reviewed*) periodyku naukowym „The BMJ”.

Na podstawie analizy danych dotyczących między innymi konsumpcji papierosów z 71 państw repre-



BADANIA I ROZWÓJ

zientujących 85 proc. światowej populacji i 95 proc. globalnego rynku konsumentów papierosów badacze doszli do krytycznego wniosku: *Nie stwierdzono istotnej zmiany w tempie zmniejszania się globalnej konsumpcji papierosów po przyjęciu FCTC w 2003 r. (...) W badaniu nie znaleziono żadnych dowodów wskazujących na to, że globalny postęp w zmniejszaniu konsumpcji papierosów został przyspieszony przez mechanizm traktatu FCTC. (...) To ustalenie, w połączeniu z różnicami regionalnymi, powinno ostrzec przed samozadowoleniem globalnej społeczności zajmującej się kontrolą rynku tytoniowego i motywować do wdrażania sprawdzonych polityk kontroli.*

Nie ma wątpliwości, że cel ostateczny – całkowicie wolne od dymu tytoniowego i tytoniu społeczeństwo – jest celem długoplanowym. Populacyjne efekty edukacji i prewencji pierwotnej w zdrowiu publicznym z definicji można w pełni ocenić po upływie co najmniej okresu życia jednego pokole-

”

Obecna polityka antynikotynowa wymaga reformy, a walka z epidemią palenia tytoniu traci swój impet w wymiarach globalnym, regionalnym i lokalnym

kające z tego nałogu, które ponosi system ochrony zdrowia.

Kluczowym punktem w globalnej dyskusji na temat kształtu skutecznej polityki antynikotynowej są coroczne sympozja naukowe *Global Forum on Nicotine* (GFN) organizowane od 2014 r. w Warszawie oraz *Tobacco Harm Reduction Summit* (THR Summit) organizowane od 2018 r. W gronie uczestników tych konferencji są między innymi byli urzędnicy WHO i ministerstw zdrowia z całego świata, lekarze, specjaliści, naukowcy, prawnicy, psychiatry, eksperci ds. uzależnień czy ds. zdrowia publicznego oraz przedstawiciele organizacji konsumenckich. Łącznie obydwie wydarzenia przyciągnęły dotąd kilkuset ekspertów z ponad 60 krajów, w tym z Polski.

W trakcie takich debat eksperci ze świata medycyny często podkreślają, że w przypadku nikotynizmu

problemu bardziej realistycznie i tym palaczom, którzy nie mogą lub nie chcą rzucić palenia, proponować korzystanie z produktów mniej szkodliwych niż papierosy, co umożliwiają dzisiaj nowoczesne technologie – przekonywał prof. Panos Vardas, były prezes Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, podczas THR Summit w 2020 r.

Greckiemu kardiologowi wtórował wówczas prof. Karl Fagerström, szwedzki psycholog z Uniwersytetu w Uppsali i twórca wykorzystywanego do dzisiaj kwestionariusza pozwalającego lekarzom na ocenę stopnia uzależnienia pacjenta od nikotyny. Prof. Fagerström jest jedną z kluczowych postaci świata medycyny w obszarze leczenia nikotynizmu. Przyczynił się między innymi do rozwoju i popularyzacji NRT jako wsparcia dla osób palących w wychodzeniu z nałogu: gum,

inhalatorów, plastrów czy tabletek z nikotyną. W 1999 r. WHO odznaczyła go medalem za wybitne zasługi i wkład w walkę z papierosową epidemią, jednak dopiero 10 lat później wpisała preparaty z nikotyną na listę leków podstawowych, oficjalnie uznając je w ten sposób za bezpieczne w walce z nałogiem.

– Ludzie nie chcą rezygnować z używek, takich jak kawa czy nikotyna, więc musimy proponować im mniej szkodliwe produkty, na przykład kawę bezkofeinową czy alternatywne do papierosów wyroby tytoniowe. Te produkty są niezwykle potrzebne, aby móc minimalizować szkody zdrowotne spowodowane nałogiem, a co za tym idzie – ograniczać generowane przez niego koszty dla zdrowia publicznego – przekonywał prof. Karl Fagerström.

W trakcie THR Summit prof. Andrzej Fal, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, zwracał uwagę na potrzebę niesienia pomocy pacjentom opornym na farmakoterapię przez cały okres ich leczenia.

– Trzydzieści procent pacjentów palących papierosy i zgłaszających się do gabinetów pulmonologicznych odmawia podjęcia jakiegokolwiek terapii mającej na celu rzucenie nałogu. Naszym obowiązkiem jest w takich wypadkach próba zredukowania szkód zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu i zaproponowanie im wyrobów mniej szkodliwych niż papierosy – mówił prof. Andrzej Fal.

nia. Problem leży jednak w równoległym działaniu teraz na rzecz już uzależnionych, czyli w egzekwowaniu prewencji trzeciorzędowej, zmniejszaniu ryzyka ciężkich objawów u osób chorujących, a chorobą w tym przypadku jest uzależnienie od tytoniu. Dlatego lekarze i naukowcy z całego świata, w tym z Polski, coraz częściej podkreślają znaczenie programów redukcji szkód w obszarze walki z nikotynizmem i jego skutkami. Odnotowują też ich komplementarność względem obecnych polityk kontroli tytoniu. W ich ocenie włączenie takich narzędzi do krajowych i globalnych polityk antynikotynowych pozwoliłoby zmniejszyć śmiertelność wśród osób palących, a także zapadalność na choroby spowodowane paleniem lub ekspozycją na dym papierosowy, np. choroby nowotworowe, zmniejszając medyczne i społeczne koszty wyni-

”

Europa może być jedynym kontynentem, któremu nie udało się zmniejszyć o zakładane 30 proc. odsetka osób palących wśród kobiet

główną osią walki powinna być nie tyle sama nikotyna, co forma jej konsumpcji. Wskazują oni, że wśród osób palących główną przyczyną ryzyka zgonu oraz zapadalności na choroby jest ekspozycja na związki toksyczne i karcynogenne dymu papierosowego. W procesie spalania tytoniu uwalnianych jest zaś najwięcej takich związków i w ekstremalnie wysokich stężeniach. Dochodzi bowiem wówczas do formowania ok. 7 tys. związków chemicznych, z czego 93 jest dziś sklasyfikowanych jako substancje szkodliwe lub potencjalnie szkodliwe dla zdrowia, a ok. 70 z nich ma działanie rakotwórcze zgodnie z najobszerniejszą listą takich substancji autorstwa amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (*Food and Drug Administration* – FDA).

– Ludzie są hedonistami i zawsze będą wpadać w różne nałogi, nawet wiedząc o ich katastrofalnych skutkach. Dlatego musimy podchodzić do tego



Z kolei dr Michael Toumbis, członek Amerykańskiego Kolegium Lekarzy Chorób Klatki Piersiowej (CHEST) oraz prezes Cypryjskiego Instytutu Chorób Układu Oddechowego, przekonywał, że strategia redukcji szkód powinna zostać wpisana w dotychczasowe strategie kontroli użycia tytoniu. W jego ocenie pomogłoby to w dalszym kształtowaniu polityki zdrowotnej, poszerzając katalog dostępnych dla lekarzy interwencji medycznych. Umożliwiłoby zachęcanie osób palących papierosy i opornych na farmakoterapię nikotynizmu do przechodzenia na przebadane medycznie alternatywne wyroby. Przepisy regulujące rynek wyrobów nikotynowych powinny według dr. Toumbisa odzwierciedlać stopień ich szkodliwości.

– *Podjęcie polegające na redukcji szkód może być uzupełnieniem dla bieżących wysiłków na rzecz zapobiegania i zaprzestania palenia tytoniu. Szansa leży w znalezieniu odpowiedniej równowagi między bezpieczeństwem produktu i jego atrakcyjnością dla klientów a regulacjami zmierzającymi przede wszystkim do zmniejszenia użycia konwencjonalnych wyrobów tytoniowych do palenia* – przekonywał dr Michael Toumbis.

Walka z paleniem po polsku

Zgodnie z najnowszym raportem WHO z listopada ubiegłego roku w Polsce jest ponad 7,6 mln osób palących powyżej 15. roku życia. Niemal drugie tyle (14 mln osób) jest narażonych na palenie bierne, czyli jest eksponowanych na karcynogeny i toksyny dymu papierosowego z drugiej ręki. Średnio co piąty zgon w skali roku przypisuje się u nas paleniu papierosów – czynnemu i biernemu. Według danych Komisji Europejskiej (Eurobarometr nr 506 z lutego 2021 r.) zaledwie 12 proc. osób palących papierosy w naszym kraju zadeklarowało chęć rzucenia nałogu. To jeden z trzech najniższych wskaźników w Unii Europejskiej. Gorszy wynik raportowały jedynie Węgry i Rumunia. W Polsce zaledwie 1 proc. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej kontraktuje świadczenie leczenia nikotynizmu. W ocenie Magdaleny Cedzyńskiej, kierującej Poradnią Pomocy Palącym przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym, płatnik (NFZ) nie jest niestety zainteresowany rozwijaniem takich programów.

– *Są trzy specjalistyczne poradnie antynikotynowe na całą Polskę: w Krakowie, Warszawie i Gdańsku. To niewiele. Jeśli chodzi o poziom POZ, to w województwie mazowieckim tylko 18 lekarzy zakontraktowało leczenie uzależnienia od nikotyny, w województwie śląskim – zero, w województwie małopolskim – 10 lekarzy. Od kilku lat liczba osób otrzymujących pomoc w ramach takiego programu to ok. 800 pacjentów rocznie. To jest niewspółmierne do potrzeb. Na poziomie POZ i lekarzy POZ ten program absolutnie nie działa, przede wszystkim dlatego, że finansowo jest bardzo źle potraktowany przez NFZ* – przekonywała Magdalena Cedzyńska podczas debaty w serwisie PAP Zdrowie. Wskazała również na wygórowane jej zdaniem wymagania dotyczące funkcjonowania takich poradni.

– *Wymagania są takie, żeby poradę udzielał lekarz specjalista, poradnia zatrudniała certyfikowaną pielęgniarkę oraz psychoterapeutę. NFZ wycenia wizytę pierwszorazową na 4 punkty, a 4 punkty oznaczają 40 zł. To karkołomne – znaleźć i opłacić lekarza, pielęgniarkę, utrzymać gabinet, kupić ust-*



W Polsce zaledwie 1 proc. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej kontraktuje świadczenie leczenia nikotynizmu

niki do smokolajzera za 40 zł. Nie ma się co dziwić, że takie poradnie nie istnieją. To jest absolutnie program, który nie ma szans na zwrot kosztów – dodała ekspertka.

O roli polityki fiskalnej państwa w walce z uzależnieniem mówił z kolei dr Filip Borkowski, p.o. kierownik Działu ds. Transgranicznej Opieki Zdrowotnej i Ograniczenia Użycia Tytoniu w Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności w Komisji Europejskiej. Uważa on, że wyższa akcyza na papierosy mogłaby wpłynąć na spadek ich konsumpcji.

– *W obecnej chwili znajdujemy się mimo wszystko w takich przedziałach cenowych papierosów, że możemy podnieść akcyzę i zmniejszyć przez to liczbę palaczy, zwiększając też wpływy podatkowe. Nawet tak wysoka cena za paczkę papierosów jak 10 euro we Francji jest niewystarczająca do pokrycia kosztów palenia. Ukryty koszt palenia jest bardzo duży, a wiąże się później np. z walką z rakiem. Żeby to wyeliminować, trzeba by podnieść cenę paczki papierosów do 30 euro czy 30 dolarów. Takie badania były przeprowadzone np. w Australii i takie ceny były wskazywane. Tak wysoka cena paczki papierosów pokrywałaby wszystkie koszty spowodowane jej wypaleniem* – przekonywał dr Filip Borkowski podczas konferencji „Środy o zdrowiu z Komisją Europejską” zrealizowanej we współpracy z Przedstawicielstwem KE w Polsce.

Oprócz wskazanej przez eksperta Australii ciekawym przykładem skutecznej polityki antynikotynowej są działania Nowej Zelandii. Rząd w Wellington stosuje strategię redukcji szkód spo-

wodowanych paleniem tytoniu, ale jako... element strategii *endgame*. Przyjęty przez Nową Zelandię plan walki z papierosami „The Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan” zakłada, że do 2025 r. kraj ten będzie wolny od dymu papierosowego, a odsetek osób palących spadnie z obecnych 13 proc. do 5 proc.

Nowozelandzkie ministerstwo zdrowia od lat otwarcie zachęca też osoby palące papierosy do zastępowania ich bezdymnymi wyrobami z nikotyną: systemami e-papierosowymi lub podgrzewającymi tytoń, które uznaje za mniej szkodliwe. Stosuje wobec nich odmienne (mniej restrykcyjne) regulacje prawne i fiskalne niż wobec papierosów. Rząd w Wellington walczy więc z papierosową epidemią, wykorzystując wszystkie dostępne narzędzia fiskalne i zdrowotne, chcąc przede wszystkim ograniczyć odsetek osób korzystających z najbardziej szkodliwego produktu: papierosów. Co więcej, do odsetka palących nie wlicza osób korzystających z bezdymnych wyrobów nikotynowych. Nowa Zelandia zamierza w najbliższych latach wprowadzić pokoleniowy zakaz sprzedaży papierosów oraz innych wyrobów tytoniowych do palenia (cygar, cygaretek, fajek itp.) osobom urodzonym po 2008 r. Jednocześnie nakłania pozostałych palaczy do wybierania bezdymnych wyrobów z nikotyną, uznając, że są one znacznie mniejszym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia w tym kraju w porównaniu z papierosami, i wierząc, że ponawianie zalecenia „proszę rzucić” w przypadku wielu palących pacjentów okazuje się po prostu niewystarczające. ■

Piśmiennictwo

1. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, 4th edition. Raport WHO, 2021.
2. The Sustainable Development Goals. Raport ONZ, 2021.
3. Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Raport Komisji Europejskiej, 2021.
4. Letter from one hundred specialists in nicotine science, policy, and practice. 2021.
5. Impact of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on global cigarette consumption: quasi-experimental evaluations using interrupted time series analysis and in-sample forecast event modelling. BMJ 2019.
6. Cape Town Declaration on Human Rights and a Tobacco-free World. 17th World Conference on Tobacco or Health, Cape Town, 2018 (nr 3).