



Rekomendacja nr 1/2023

z 29 grudnia 2023 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny)

Prezes Agencji rekomenduje prowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej:

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

Uzasadnienie

Tytoń jest najbardziej obciążającym czynnikiem ryzyka zdrowotnego w Polsce. W badaniu przekrojowym przeprowadzonym w marcu 2022 r. przez Ogólnopolski Panel Badawczy, regularne (codzienne) palenie tytoniu zadeklarowało 30,8% polskich mężczyzn i 27,1% kobiet, natomiast w ramach badania PolNicoYouth, 60% wszystkich badanych w 2019/2020 roku nastolatków miało za sobą inicjację nikotynową.

Prezes Agencji, mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące użytkowania wyrobów nikotynowych, zaleca prowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- antynikotynowych punktów konsultacyjnych, których działania powinny być dostępne dla wszystkich użytkowników wyrobów nikotynowych;
- konsultacji antynikotynowych w warunkach szpitalnych wśród hospitalizowanych pacjentów uzależnionych od nikotyny;
- działań profilaktycznych w szkołach z zakresu uzależnień od nikotyny skierowanych do uczniów, rodziców oraz wszystkich pracowników placówek oświatowych;
- szkoleń dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej i komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny;

- działań informacyjno-edukacyjnych na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny skierowanych do populacji ogólnej.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt, jak i te przeprowadzane przez realizatora. Szczegóły przedstawiono w części dokumentu poświęconej warunkom realizacji programu.

Zapisy niniejszej rekomendacji dotyczące użytkowników wyrobów zawierających nikotynę, stosuje się odpowiednio do wszystkich osób uzależnionych od nikotyny (w tym użytkowników wyrobów tytoniowych, e-papierosów, podgrzewaczy tytoniu czy nikotyny syntetycznej).

Zapisy odnoszące się do farmakoterapii wspomagającej rzucanie palenia (nikotynowa terapia zastępcza) dotyczą wyłącznie produktów leczniczych, które są dostępne w aptekach. W żadnym wypadku nie rekomenduje się alternatywnych metod przyjmowania nikotyny np. w formie e-papierosów, podgrzewaczy tytoniu czy nikotyny syntetycznej.

Dym tytoniowy jest uznany za kancerogen najwyższej klasy, tzn. nie ma żadnych wątpliwości co do jego rakotwórczego działania. Z danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC, ang. *International Agency for Research on Cancer*) wynika, że dym tytoniowy jest główną przyczyną raka płuca. Wykazano również jednoznaczny związek między paleniem tytoniu a występowaniem raka jamy ustnej i nosowej, zatok, gardła, krtani, przełyku, żołądka, trzustki, jelita grubego, wątroby, nerki, moczowodu, pęcherza moczowego, szyjki macicy, jajnika, białaczki, a także raka piersi u kobiet.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Uzależnienie od nikotyny jest chorobą ujętą w międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD) w X rewizji jako zespół uzależnienia od tytoniu (F 17.2) i w XI rewizji jako uzależnienie od nikotyny (6C4A.2).

Uzależnienie od nikotyny to choroba sfery psychicznej i fizycznej, polegająca na przymusowym i stałym zażywaniu nikotyny. Wiąże się ona z długotrwałym, codziennym używaniem wyrobów produkowanych z tytoniu (papierosy, fajki, cygara, bidis, szisza, tytoń do żucia, tytoń podgrzewany, snus itp.), zawierających nikotynę ekstrahowaną z tytoniu (papierosy elektroniczne, saszetki nikotynowe) bądź syntetyzowaną chemicznie. Znaczna część palaczy nie jest w stanie przestać palić z własnej woli i potrzebuje wsparcia. W kategoriach medycznych przewlekłe palenie jest definiowane jako: uzależnienie od tytoniu, uzależnienie od nikotyny, nałóg tytoniowy lub nikotynizm.

Inicjacja nikotynowa, a w konsekwencji uzależnienie od nikotyny często ma swój początek w okresie dojrzewania lub młodości – badania *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) przeprowadzone w 2009-2010 roku wskazywały, że 36% wszystkich palaczy w Polsce rozpoczęło swój nałóg poniżej 17 r.ż., a kolejne 55% między 18 a 24 r.ż.

Do objawów zespołu odstawiennego należą: ostra lub niekontrolowana potrzeba palenia, drażliwość, agresja, złość, niepokój, zmęczenie, zwiększony apetyt, trudności z koncentracją, depresja, bóle głowy, nocne przebudzenia, lekka senność, zawroty głowy.

Aby rozpoznać uzależnienie od nikotyny należy stwierdzić u pacjenta codzienne lub prawie codzienne używanie nikotyny przez co najmniej 3 miesiące. W procesie diagnostyki uzależnienia od nikotyny, poza stwierdzeniem jego występowania, określa się siłę uzależnienia od nikotyny oraz gotowość do zaprzestania jej przyjmowania. Skuteczne rzucenie palenia i pokonanie uzależnienia od nikotyny wymaga złożonego podejścia, które może obejmować poradnictwo, grupy wsparcia, terapię behawioralną i terapię farmakologiczną. Większość palaczy potrzebuje wielu prób, aby całkowicie rzucić palenie, wyciągając wnioski z każdej podjętej próby.

W październiku 2023 r. zostało przeprowadzone badanie ankietowe przez Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna dla Biura do spraw Substancji Chemicznych (BSCh) z zakresu użytkowania przez Polaków elektronicznych papierosów napełnianych płynem. Badanie obejmowało 550 osób, które miały jakiegokolwiek doświadczenie z e-papierosami. Zgodnie z wynikami, 71% badanych osób korzystało z e-papierosów więcej niż jeden raz, a 29% skorzystało z e-papierosa jednorazowo. W stosunku do wartości uzyskanych w badaniu przeprowadzonym w 2022 roku, zarówno odsetek osób deklarujących jednokrotne, jak i obecne korzystanie z e-papierosów – był na podobnym poziomie (odpowiednio 72% i 40%). Zwiększyła się natomiast częstotliwość użytkowania e-papierosów – w 2022 roku 39% respondentów deklarowało codzienne użytkowanie ww. wyrobu, podczas gdy w 2023 r. – 53%.

Na podstawie ogólnopolskiego badania przekrojowego, przeprowadzonego w marcu 2022 r. (N=1 090) wskazano, że regularne (codzienne) palenie tytoniu deklarowało 30,8% polskich mężczyzn i 27,1% kobiet, a okazjonalnie – 4,3% mężczyzn i 4,2% kobiet. Spośród palących respondentów, 62,1% osób paliło tradycyjne papierosy, a 25,2% papierosy ręcznie skręcane. Biorąc pod uwagę alternatywne metody przyjmowania nikotyny, do codziennego używania e-papierosów lub podgrzewanego tytoniu przyznało się odpowiednio 4,8% i 4,0% ankietowanych.

W 2019 r. w Polsce palenie tytoniu stanowiło główną przyczynę zgonów wśród mężczyzn (26,6%) oraz drugą wśród kobiet (13,8%), kształtując wskaźnik utraty lat życia w zdrowiu Polaków na poziomie 5 667,9 DALYs/100 tys.

Zgodnie z wynikami badania PolNicoYouth (przeprowadzonego na przełomie 2019 i 2020 r. na grupie 16 712 młodych osób uczęszczających do 200 szkół ponadpodstawowych ze wszystkich województw), 60% wszystkich badanych nastolatków miało za sobą inicjację nikotynową, podczas gdy 30% uczniów kontakt z nikotyną rozpoczęło od e-papierosa. Spośród wszystkich respondentów, na pytanie dotyczące korzystania z wyrobów tytoniowych w ciągu ostatnich 30 dni, młodzież częściej wskazywała na użytkowanie e-papierosów (29,5%) niż tradycyjnych papierosów (26,2%). E-papierosy z liquidem i systemy podgrzewające tytoń są najpopularniejsze wśród młodych dorosłych.

2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach wyszukiwania odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje kliniczne Konsensusu Polskich Ekspertów – KPE; Multidyscyplinarnego Zespołu Polskich Ekspertów – MZPE; Niezależnego europejskiego zespołu ekspertów oraz następujących organizacji: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny Państwowy Instytut Badawczy – NIZP PZH-PIB (Polska); National Institute for Health and Care Excellence – NICE (Wielka Brytania); Community Behavioral Health – CBH (Stany Zjednoczone); National Clinical Effectiveness Committee – NCEC (Irlandia); American Academy of Pediatrics – AAP (Stany Zjednoczone); Centers for Disease Control and Prevention – CDC (Stany Zjednoczone); New Zealand Ministry of Health – NZMH (Nowa Zelandia); The Royal Australian College of General Practitioners – RACGP (Australia); US Preventive Services Task Force – USPSTF (Stany Zjednoczone); American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD (Stany Zjednoczone); American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG (Stany Zjednoczone); American Nurses Association – ANA (Stany Zjednoczone); American Thoracic Society – ATS (Stany Zjednoczone); The Community Preventive Services Task Force – CPSTF (Stany Zjednoczone); American College of Cardiology – ACC (Stany Zjednoczone); American College of Preventive Medicine – ACPM (Stany Zjednoczone); Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC (Kanada); Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence/ Society for Research on Nicotine and Tobacco – ATTUD/SRNT (Stany Zjednoczone); European Society of Cardiology – ESC (Europa); National Comprehensive Cancer Network – NCCN (Stany Zjednoczone); Centers for Disease Control and Prevention/National Institute for Occupational Safety and Health – CDC/NIOSH (Stany Zjednoczone); World Health Organization – WHO (Świat).

Poniżej przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji odnalezionych w rekomendacjach towarzystw naukowych i wytycznych klinicznych.

Zapobieganie inicjacji palenia

Polityka szkolna

- Rekomendacje wskazują na potrzebę opracowania w porozumieniu z młodzieżą i pracownikami jednostek oświatowych ogólnoszkolnej polityki antynikotynowej, zakładającej bezwzględny zakaz palenia w szkołach (na terenie i wokół obiektu) oraz prowadzenie przez dorosłych i rówieśników działań edukacyjnych (NICE 2023, AAPD 2020, NIZP PZH-PIB 2020, ACPM 2018, AAP 2015).
- Edukacja antynikotynowa powinna być integralną częścią programu nauczania w szkołach (NICE 2023, NIZP PZH-PIB 2020).

Regulacje prawne

- W ramach profilaktyki antynikotynowej, kluczową rolę odgrywa eliminacja reklam i promocji tytoniu oraz zakazy palenia zarówno w przestrzeniach publicznych, jak i w miejscu pracy czy ośrodkach opieki zdrowotnej. Dodatkowo, wskazuje się na potrzebę zmniejszania atrakcyjności wyrobów nikotynowych (np. poprzez regularne i znaczne podwyżki cen oraz podatków), a także ograniczania punktów sprzedaży wyrobów nikotynowych (NICE 2023, AAPD 2020, ANA 2020, Niezależny europejski zespół ekspertów 2019, ACC 2018, ACPM 2018, WHO 2013).

Masowe kampanie informacyjno-edukacyjne

- Rekomendacje wskazują na potrzebę organizowania, planowania i realizacji ogólnokrajowych, regionalnych bądź lokalnych kampanii edukacyjnych za pośrednictwem środków masowego przekazu, mających na celu zapobieganie inicjacji palenia wśród dzieci i młodzieży oraz podniesienie świadomości społeczeństwa na temat uzależniającego i szkodliwego charakteru wyrobów tytoniowych (NICE 2023, AAPD 2020, Niezależny europejski zespół ekspertów 2019, WHO 2013).

Leczenie uzależnienia od nikotyny

- Istnieje konieczność identyfikacji palących pacjentów oraz każdorazowej dokumentacji ich statusu palenia (NICE 2023, CBH 2022, MZPE 2022, NCEC 2022, AAP 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, AAPD 2020, ANA 2020, ACC 2018, ACPM 2018, ESC 2016, NCCN 2016, AAP 2015).
- W celu podjęcia działań ukierunkowanych na zaprzestanie lub ograniczenie palenia wśród osób uzależnionych od nikotyny, podkreśla się istotę przeprowadzania minimalnej interwencji/krótkiej

porady opartej na zasadzie „5P” oraz oferowania wsparcia i poradnictwa behawioralnego (w ramach terapii poznawczo-behawioralnej, rozmów motywacyjnych i treningu umiejętności) w połączeniu z farmakoterapią wspomagającą rzucanie palenia (nikotynowa terapia zastępcza – NTZ, bupropion, wareniklina) (NICE 2023, CBH 2022, NCEC 2022, AAP 2021, CDC 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, AAPD 2020, ACOG 2020, ANA 2020, ATS 2020, ACC 2018, CTFPHC 2017, ATTUD/SRNT 2016, ESC 2016, NCCN 2016, AAP 2015).

- Poradnictwo behawioralne może być prowadzone stacjonarnie/face-to-face w ramach indywidualnych i/lub grupowych sesji terapeutycznych (NICE 2023, NCEC 2022, MZPE 2022, AAP 2021, CDC 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ACC 2018, ATTUD/SRNT 2016, NCCN 2016).
- Rekomenduje się kierowanie i oferowanie poradnictwa behawioralnego w ramach tzw. antynikotynowych linii pomocowych (NICE 2023, NCEC 2022, MZPE 2022, AAP 2021, CDC 2021, NZMH 2021, USPSTF 2021, ANA 2020, CPSTF 2019, ACC 2018, ATTUD/SRNT 2016, NCCN 2016, AAP 2015).
- W celu określenia nasilenia uzależnienia od nikotyny oraz gotowości do podjęcia próby porzucenia przez pacjenta nałogu, wytyczne wymieniają kwestionariusz Fagerströma oraz test Schneidera jako wystandaryzowane narzędzia umożliwiające opracowanie indywidualnego planu leczenia uzależnienia od nikotyny (KPE 2018, ESC 2016, NCCN 2016).

Szkolenia personelu medycznego

- Rekomendacje wskazują na potrzebę realizacji szkoleń dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia minimalnej interwencji oraz leczenia uzależnienia od nikotyny (NICE 2023, NZMH 2021, MZPE 2022, ACC 2018).

3. Dowody naukowe

Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline via PubMed, Embase oraz Cochrane Library, a także przeszukano strony internetowe towarzystw naukowych. Do analizy włączono łącznie 93 publikacje: 66 przeglądów systematycznych/metaanaliz oraz 27 rekomendacji towarzystw naukowych. Potwierdzone w odnalezionych doniesieniach naukowych interwencje z zakresu leczenia uzależnienia od tytoniu obejmują: interwencje behawioralne same lub w połączeniu z farmakoterapią oraz poradnictwo świadczone za pośrednictwem telefonu i/lub Internetu. Poniżej zostały przedstawione kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych – dalsze szczegóły znajdują się w raporcie analitycznym.

3.1. Wnioski z analizy dowodów naukowych

Interwencje behawioralne:

- Udowodniono, że prowadzenie dodatkowego poradnictwa w ramach standardowej opieki (obejmującej krótką poradę nt. rzucania palenia) lub wieloskładnikowej interwencji (obejmującej połączenie co najmniej dwóch interwencji spośród strategii takich jak: dostarczanie drukowanych materiałów pomocniczych, dodatkowe poradnictwo realizowane przez osoby wykonujące inne zawody medyczne lub informacja zwrotna w zakresie ryzyka zdrowotnego związanego z paleniem tytoniu), determinuje istotne statystycznie zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥ 6 miesiącu od interwencji – RR=1,31 [95%CI: (1,10; 1,55)] (Lindson 2021).
- Wykazano, że prowadzenie interwencji behawioralnej (kontakt bezpośredni twarzą w twarz lub w formie porady telefonicznej) o zwiększonej intensywności w liczbie 4-8 spotkań ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących, korzystających ze środków farmakologicznych wspierających rzucanie palenia, w porównaniu do braku interwencji lub interwencji o mniejszej intensywności – RR=1,20 [95%CI: (1,02; 1,43)] (Hartmann-Boyce 2019).
- Wdrożenie interwencji behawioralnej w formie porady telefonicznej ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących – RR=1,25 [95%CI: (1,15; 1,37)] (Hartmann-Boyce 2019).
- Wykazano, że prowadzenie interwencji behawioralnej w formie kontaktu bezpośredniego (stacjonarnie) ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących – RR=1,11 [95%CI: (1,03; 1,19)] (Hartmann-Boyce 2019).
- Wykazano, że poradnictwo antynikotynowe prowadzone przez pielęgniarki, obejmujące różnego rodzaju interwencje behawioralne (w tym: telefoniczny follow-up, rozmowy motywacyjne, porady indywidualne lub sesje grupowe, drukowane materiały edukacyjne) wpływa istotnie statystycznie na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji >6 miesięcy od rozpoczęcia interwencji przez osoby dorosłe w porównaniu z brakiem interwencji lub krótką poradą nt. rzucania palenia – RR=1,29 [95%CI: (1,21; 1,38)] (Rice 2017).

Interwencje behawioralne w połączeniu z farmakoterapią:

- Wykazano, że uwzględnienie darmowych leków wspierających rzucanie palenia w standardowym (krótka porada nt. rzucania palenia) lub wielokomponentowym wsparciu w zakresie rzucania palenia (połączenie co najmniej dwóch interwencji spośród strategii takich jak: dodatkowe poradnictwo realizowane przez osoby wykonujące inne zawody medyczne lub informacja zwrotna w zakresie ryzyka zdrowotnego związanego z paleniem tytoniu, dostarczanie drukowanych materiałów pomocniczych) istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥ 6 miesiącu od interwencji – RR=1,36 [95%CI: (1,05; 1,76)] (Lindson 2021).
- Wykazano, że dodanie do farmakoterapii interwencji behawioralnej ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u obecnie palących – RR=1,15 [95%CI: (1,08; 1,22)] (Hartmann-Boyce 2019).

- Stopniowa redukcja wypalanych papierosów w połączeniu z farmakoterapią, w porównaniu do tej interwencji z placebo lub brakiem farmakoterapii, ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zaprzestania palenia tytoniu wśród osób palących – RR=1,68 [95%CI: (1,09; 2,58)] (Lindson 2019a).

Farmakoterapia:

- Udowodniono, że wprowadzenie nikotynowej terapii zastępczej w jakiegokolwiek postaci (gum do żucia, plastrów transdermalnych, aerozoli donosowych czy preparatów wziewnych i doustnych) determinuje istotnie statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące w porównaniu z placebo lub niestosowania nikotynowej terapii zastępczej – RR=1,55 [95%CI: (1,49; 1,61)] (Hartmann-Boyce 2018).
- Umożliwienie pacjentowi wyboru postaci leku (np. gum do żucia, plastrów, tabletek do ssania itp.) w ramach nikotynowej terapii zastępczej istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące – RR=1,37 [95%CI: (1,25; 1,52)] (Hartmann-Boyce 2018).

Interwencje internetowe, multimedialne i telefoniczne:

- Wykazano istotne statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia >6 miesięcy od rozpoczęcia interwencji obejmującej dodatkowe, proaktywne rozmowy telefoniczne w porównaniu z jednorazową, krótką poradą telefoniczną lub przekazaniem materiałów samopomocowych zarówno w grupie osób korzystających z linii wspomagających rzucanie palenia – RR=1,38 [95%CI: (1,19; 1,61)], jak i w przypadku palących osób, które nie korzystały wcześniej z linii pomocowych – RR=1,25 [95%CI: (1,15; 1,35)] (Matkin 2019).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Za technologie opcjonalne można uznać niefinansowaną z budżetu państwa nikotynową terapię zastępczą w postaci:

- gum do żucia,
- plastrów transdermalnych,
- aerozoli donosowych
- preparatów wziewnych i doustnych.

Dowody naukowe wskazują, że w ramach nikotynowej terapii zastępczej istotnie statystycznie zwiększają one prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące. Jednocześnie należy podkreślić, że technologie te nie mogą być rekomendowane do stosowania w okresie przed ciążą, w ciąży i po porodzie.

Zgodnie z załącznikiem nr 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.), aktualne i dostępne świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych z zakresu leczenia uzależnień od tytoniu stanowią:

- porada lub wizyta diagnostyczna,
- porada lub wizyta terapeutyczna,
- porada lub wizyta lekarska,
- wizyta instruktora terapii uzależnień,
- sesja psychoterapii indywidualnej,
- sesja psychoterapii rodzinnej,
- sesja psychoterapii grupowej,
- sesja psychoedukacyjna.

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

Walkę z uzależnieniami wspierają w Polsce 309 placówek w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, dostępnych w postaci „poradni leczenia uzależnień”. Czas oczekiwania w ok. 80% placówkach nie przekracza miesiąca (stan na 11.12.2023 r.). Warto natomiast zaznaczyć, że większość placówek nie specjalizuje się w leczeniu uzależnień od tytoniu (w całym kraju działają jedynie 3 specjalistyczne poradnie pomocy palącym – w Warszawie, Gdańsku i Krakowie).

Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB) im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie realizuje ogólnopolskie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu diagnostyki oraz leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych. Ponadto, przy Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej NIO-PIB działa Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP). TPPP jest ogólnopolską specjalistyczną placówką świadczącą poradnictwo przez telefon dla osób, których dotyczy problem uzależnienia od tytoniu. Telefoniczna poradnia dla osób szukających pomocy w zakresie rzucania palenia funkcjonuje w godzinach 9-21:00 (poniedziałek-piątek) oraz 9-15:00 (sobota). Dodatkowo, w ramach tej inicjatywy, istnieje także strona internetowa poświęcona edukacji w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu.

5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań, lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej ustalany powinien być przez decydentów planujących realizację programu, z udziałem Rady ds. programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

5.1. Uzasadnienie wprowadzenia PPZ

5.1.1. Dane epidemiologiczne

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych. Zaleca się odniesienie do wyników badania *Global Burden of Disease* (GBD) w zakresie wskaźnika oceny stanu zdrowia ludności mierzącego obciążenie chorobowe ludności świata (DALY). Część wyników badania GBD jest dostępna w ramach map potrzeb zdrowotnych. Metodologia badania GBD oraz informacje nt. wskaźnika DALY – <https://www.aotm.gov.pl/gbd/>.

5.1.2. Opis obecnego postępowania

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

5.2. Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe

doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest nawiązanie dialogu między Radą ds. programu a przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

5.2.1. Cel główny

Ograniczenie bądź całkowite zaprzestanie używania produktów zawierających nikotynę w trakcie trwania programu, wśród%* osób kontaktujących się z prowadzonym w programie antynikotynowym punktem konsultacyjnym.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.2. Cele szczegółowe

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

5.2.3. Mierniki efektywności realizacji PPZ

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

5.2.2.1	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych względem wszystkich osób, które w pre-teście zadeklarowały użytkowanie wyrobów nikotynowych.
5.2.2.2	Odsetek uzależnionych od nikotyny pacjentów, u których doszło do całkowitego zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych w czasie pobytu w szpitalu, w stosunku do wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych w warunkach szpitalnych.
5.2.2.3	Odsetek uzależnionych od nikotyny pacjentów, u których doszło do zaprzestania lub redukcji użytkowania wyrobów nikotynowych w ciągu 2 miesięcy od opuszczenia szpitala, w stosunku do wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych w warunkach szpitalnych.
5.2.2.4	Odsetek osób w wieku szkolnym (do 19 lat), u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, względem wszystkich uczestników programu w wieku szkolnym (do 19 lat), którzy wypełnili pre-test. * Wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
5.2.2.5	Odsetek osób dorosłych (rodziców/opiekunów, kadry szkolnej), u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, względem wszystkich uczestników programu w wieku szkolnym (do 19 lat), którzy wypełnili pre-test. * Wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
5.2.2.6	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy w zakresie prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej i komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test. * Wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
5.2.2.7	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, który rozpoczął uzupełnianie lub zwiększył liczbę kart pacjenta dot. palenia wypełnianych podczas wizyt.
5.2.2.8	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test. * Wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.

5.3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

5.3.1. Populacja docelowa

W poniższej tabeli przedstawiono opis populacji docelowej poszczególnych interwencji realizowanych w programie.

Interwencja	Opis populacji docelowej
Prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych	Użytkownicy wyrobów nikotynowych.
Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych	Pacjenci w trakcie pobytu w szpitalu, użytkujący wyroby nikotynowe.
Działania profilaktyczne w szkołach	Spoleczności szkolne (uczniowie, nauczyciele, pracownicy administracyjni, personel pomocniczy), rodzice/opiekunowie.
Szkolenie personelu medycznego	Personel medyczny zatrudniony w placówkach opieki zdrowotnej z terenu realizacji programu (lekarze, pielęgniarki, położne, pielęgniarki szkolne, higienistki szkolne).
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna.

Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. grupy wiekowe). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.

5.3.2. Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

W poniższej tabeli przedstawiono kryteria poszczególnych interwencji w PPZ.

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych	Użytkownicy wyrobów nikotynowych.	Pozostawanie pod opieką poradni leczenia uzależnienia od tytoniu.

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych	Pacjenci użytkujący wyroby nikotynowe w trakcie pobytu w szpitalu (w trybie jednodniowym bądź w ramach opieki długoterminowej).	<ul style="list-style-type: none"> Osoby, u których stan zdrowia nie pozwala na przeprowadzenie interwencji. Pozostawanie pod opieką poradni leczenia uzależnienia od tytoniu.
Działania profilaktyczne w szkołach	<ul style="list-style-type: none"> Uczniowie, rodzice/opiekunowie, nauczyciele, szkolni pracownicy administracyjni i personel pomocniczy. W przypadku uczniów poniżej 18 r.ż. – wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na wzięcie udziału dziecka w zaplanowanych szkoleniach. 	W przypadku uczniów poniżej 18 r.ż. – brak wyrażenia przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na wzięcie udziału dziecka w zaplanowanych szkoleniach.
Szkolenie personelu medycznego	Personel medyczny zatrudniony w placówkach opieki zdrowotnej na terenie realizacji programu.	Ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat.
Działania informacyjno-edukacyjne	Wszystkie osoby z terenu realizacji programu.	Brak.

5.3.3. Planowane interwencje

W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

Etap: Prowadzenie antynikotynowego punktu konsultacyjnego (NICE 2023, CBH 2022, NCEC 2022, CDC 2021, MZPE 2022, AAP 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ANA 2020, CPSTF 2019, ACPM 2018, NCCN 2016, AAP 2015, Choi 2021, Lindson 2021, Selph 2020, Villanti 2020, Hartmann-Boyce 2019, Lindson 2019a, Lindson 2019b, Matkin 2019, Hartmann-Boyce 2018, Fanshawe 2017, Lancaster 2017, Peirson 2016, Stead 2016, Ghorai 2014, Marcano-Belicario 2012, Suls 2012, eksperci kliniczni)

- W celu dotarcia do jak najszerzej grupy osób palących, zalecane jest rozpowszechnianie na terenie JST informacji o funkcjonującym antynikotynowym punkcie konsultacyjnym. Proponuje się nawiązanie współpracy z szerokim i zróżnicowanym gronem podmiotów funkcjonujących na obszarze realizacji PPZ (np. zakłady pracy, organizacje pozarządowe, lokalne ośrodki zdrowia, kościoły, zakłady usługowe, placówki handlowe, ośrodki sportowo-rekreacyjne, kluby fitness). Dodatkowo, informacje o dostępności antynikotynowych punktów konsultacyjnych powinny znajdować się w widocznych miejscach w przestrzeni publicznej, np. w formie plakatów bądź ulotek. Należy zawrzeć w materiałach informacyjnych szczegóły dotyczące rodzaju dostępnej pomocy, w tym godzin i dni otwarcia oraz numer kontaktowy do antynikotynowych punktów konsultacyjnych. Wskazane jest także udostępnienie informacji o działających punktach na stronie internetowej samorządu.
- Konsultacje mogą być prowadzone w formie: stacjonarnej, on-line lub telefonicznej. W zależności od możliwości realizatorskich JST, możliwe jest także połączenie ww. form organizacyjnych.
- Antynikotynowe punkty konsultacyjne powinny podejmować proaktywny kontakt z osobami uzależnionymi od nikotyny. W tym celu należy prowadzić listę osób pozostawiających kontakt w post-testach wypełnianych po wszystkich działaniach edukacyjnych prowadzonych w ramach

programu. Ponadto w ramach współpracy z podmiotami leczniczymi funkcjonującymi na terenie realizacji programu, zaleca się prowadzenie listy osób, które w trakcie wizyt lekarskich wypełniły kartę pacjenta dot. palenia wraz ze wskazaniem danych kontaktowych i zadeklarowały chęć porzucenia nałogu. Tworzone przez podmioty lecznicze listy powinny być nie rzadziej niż raz w tygodniu przekazywane do antynikotynowego punktu konsultacyjnego.

- Wskazane jest także udostępnienie informacji o działającym punkcie na stronie internetowej samorządu, wraz z możliwością wypełnienia kwestionariusza dot. danych kontaktowych dla osób, które chcą rzucić palenie. Ww. dane kontaktowe powinny być przekazywane do punktu nie rzadziej niż raz w tygodniu.
- Zaleca się ścisłą współpracę antynikotynowych punktów konsultacyjnych z podmiotami leczniczymi na terenie samorządu oraz organizacjami pozarządowymi, specjalizującymi się w prowadzeniu edukacji w zakresie uzależnień.
- Antynikotynowe punkty konsultacyjne powinny być czynne w godzinach dogodnych dla mieszkańców z terenu realizacji programu. Sugeruje się prowadzenie punktów w wymiarze minimum 15 godzin tygodniowo.
- Rozpoczęcie pierwszej konsultacji pacjenta powinno obejmować:
 - przeprowadzenie wystandaryzowanych testów oceniających siłę uzależnienia oraz motywację do zaprzestania palenia;
 - pozyskanie informacji o:
 - wieku rozpoczęcia palenia,
 - miesiącach/latach używania wyrobów nikotynowych,
 - liczbie wypalanych papierosów lub liczbie używanych nowatorskich wyrobów nikotynowych (np. ilości zużywanego tytoniu dziennie lub ilości zużywanego płynu do ponownego napełniania papierosów elektronicznych tygodniowo),
 - liczbie podjętych prób i dotychczasowych sposobach zaprzestania palenia,
 - codziennych nawykach pacjenta, którym towarzyszy korzystanie z wyrobów nikotynowych;
 - ocenę uzależnienia w oparciu o osobnicze czynniki środowiskowe takie jak:
 - obecność palących i uzależnionych od nikotyny rodziców/opiekunów oraz innych członków rodziny,
 - obecność kontaktów z rówieśnikami, u których stwierdza się obecność uzależnienia od nikotyny,
 - wszelkie trudności wynikające z miejsca bytowania i stosunków społecznych;
 - informacje nt. występowania chorób współistniejących.
- W przypadku wyrażenia gotowości na podjęcie próby rzucenia nałogu, na podstawie uzyskanych odpowiedzi należy dostosować do potrzeb i preferencji pacjenta indywidualny plan leczenia uzależnienia od nikotyny, obejmujący:
 - przekazanie informacji nt. metod i sposobów rzucania palenia/zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych,
 - wdrożenie interwencji nacelowanej na ograniczenie lub całkowite porzucenie nałogu,
 - rozmowę motywacyjną i wsparcie psychologiczno-behawioralne, nastawione na przepracowanie podstawowych problemów i trudności pacjenta, prowadzone według określonej metody (np. teorii poznawczo-behawioralnej, terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach),
 - ustalenie wspólnie z pacjentem możliwych do zrealizowania zadań do czasu następnej konsultacji,
 - przekazanie informacji nt. możliwego wystąpienia zespołu odstawiennego ze wskazaniem często obserwowanych objawów,
 - ustalenie kolejnego terminu porady w celu kontynuacji leczenia.

- Zaleca się wdrożyć system wsparcia pacjentów między zaplanowanymi wizytami/telefonami w formie np. wiadomości SMS/e-mail lub aplikacji internetowych/mobilnych.
- Podczas konsultacji należy zwrócić uwagę na korzyści zdrowotne, ekonomiczne i społeczne płynące z zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych przez uczestnika. Istotnym jest, aby w trakcie porady nie prowokować, nie krytykować ani nie osądzać poczynań pacjenta punktu.
- W przypadku stwierdzenia braku motywacji do porzucenia nałogu należy zidentyfikować powody oraz uświadomić pacjenta o zagrożeniach wynikających z kontynuacji stosowania wyrobów nikotynowych. Ponadto należy wskazać pacjentowi, że w chwili podjęcia ponownej decyzji nt. rzucenia palenia/zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych, może w każdym momencie zgłosić się do działającego w ramach programu punktu.
- Zaleca się opracowanie systemu w formie dokumentacji elektronicznej, uwzględniającego dane i informacje nt. osób korzystających z porad w ramach punktu konsultacyjnego. Zakres informacji uzyskanych od pacjentów powinien obejmować co najmniej:
 - wyniki uzyskane z przeprowadzonych testów oceniających siłę uzależnienia oraz motywację do zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych;
 - liczbę wypalanych papierosów bądź stosowanych innych wyrobów nikotynowych dziennie,
 - okres trwania nałogu,
 - liczbę oraz formę podjętych przez pacjenta prób rzucania palenia,
 - notatki uwzględniające opis przeprowadzonych konsultacji.
- Należy każdorazowo odnotowywać i aktualizować w dokumentacji elektronicznej informacje nt. statusu palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych każdej osoby zgłaszającej się do punktu.
- Należy zapewnić pacjentowi prywatność rozmowy ze wskazaniem, że uzyskane informacje od uczestników są wykorzystywane wyłącznie w celu oceny efektywności działań prowadzonych przez antynikotynowy punkt konsultacyjny.
- W przypadku stwierdzenia u pacjenta silnego/fizycznego uzależnienia od tytoniu, należy zaproponować wizytę lub teleporadę lekarską w celu omówienia możliwej do zastosowania farmakoterapii wspomagającej rzucenie nałogu.
- Nie należy jako metody wspomagającej rzucenie palenia proponować i propagować alternatywnych sposobów przyjmowania nikotyny, które nie są produktami leczniczymi dostępnymi w aptekach (tj. podgrzewaczy tytoniu, e-papierosów, nikotyny syntetycznej).
- Czas trwania konsultacji powinien być dostosowany do każdego pacjenta i wynosić nie dłużej niż 60 min w ciągu dnia na jednego pacjenta.
- W przypadku prowadzenia punktu w formie telefonicznej, należy zapewnić jak najkrótszy czas oczekiwania na połączenie z pracownikiem punktu.
- W ramach kontynuacji leczenia uzależnienia od nikotyny, w kolejnych wizytach należy:
 - dokonać oceny przebiegu i postępów leczenia,
 - ocenić stopień realizacji zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia,
 - zaplanować następne cele w ramach indywidualnego planu leczenia.
- W przypadku osób, które zaprzestały palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych, należy wzmocnić motywację do kontynuacji abstynencji nikotynowej oraz zaoferować dodatkowe konsultacje w celu wsparcia w utrzymaniu abstynencji nikotynowej w ramach punktu lub ogólnopolskiej Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.
- W przypadku osób, u których doszło do nawrotu choroby, należy zapewnić możliwość dalszej współpracy z antynikotynowym punktem konsultacyjnym, ze wskazaniem, że:
 - leczenie uzależnienia od nikotyny jest procesem terapeutycznym, w którym zdarzają się powroty do nałogu,

- przerwanie abstynencji nie wyklucza w przyszłości powodzenia w zaprzestaniu palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych przez pacjenta, w szczególności, gdy osoba uzależniona wyraża chęć i jest świadoma swojego nałogu,
- nawrót do użytkowania wyrobów nikotynowych nie jest jednoznaczny z podjęciem działań od nowa i możliwe jest dopasowanie dotychczas realizowanego indywidualnego planu leczenia.
- Dwa miesiące po zrealizowaniu indywidualnego planu leczenia uzależnienia od nikotyny, należy skontaktować się z pacjentem w celu pozyskania informacji, czy doszło do trwałego ograniczenia lub całkowitego zaprzestania palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych.

Etap: Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych (NICE 2023, CBH 2022, NCEC 2022, MZPE 2022, AAP 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ANA 2020, ACC 2018, KPE 2018, CTFPHC 2017, ATTUD/SRNT 2016, ESC 2016, NCCN 2016, Lindson 2021, Carson-Chahhoud 2019, Hartmann-Boyce 2019, Lindson 2019a, Hartmann-Boyce 2018, Myung 2019, Lancaster 2017, Rice 2017, Stead 2016, Stead 2013, Suls 2012, eksperci kliniczni)

- W uzasadnionych przypadkach podmiot opracowujący projekt Programu Polityki Zdrowotnej, po zasięgnięciu opinii Rady ds. Programu, może odstąpić od realizacji etapu „Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych”. Rezygnacja z opisanej interwencji powinna być oparta wyłącznie na istotnych przesłankach, np. braku placówek szpitalnych na terenie realizacji programu. Rezygnacja z etapu „Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych” powinna zostać wyczerpująco uzasadniona w opisie programu. W przypadku podjęcia decyzji o rezygnacji z realizacji omawianego etapu należy pominąć w opisie programu PPZ określonych w treści niniejszej rekomendacji celów szczegółowych nr 5.2.2.2 i 5.2.2.3 oraz odpowiadających im mierników efektywności oraz wskaźników monitorowania i ewaluacji. Nie jest możliwa rezygnacja z pozostałych etapów określonych w treści niniejszej rekomendacji.
- Należy przeszkolić personel medyczny w zakresie opisanego etapu: „Szkolenie personelu medycznego”.
- Personel medyczny szpitala powinien być odpowiedzialny za:
 - identyfikację osób użytkujących wyroby nikotynowe,
 - udzielanie porad dotyczących prawdopodobnych powikłań związanych z użytkowaniem wyrobów nikotynowych,
 - udzielanie porad w zakresie rzucania palenia/zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych,
 - prowadzenie dokumentacji medycznej obejmującej indywidualny plan wsparcia w leczeniu uzależnienia od nikotyny,
 - monitorowanie postępów w leczeniu uzależnienia od nikotyny,
 - wskazanie pacjentom dalszego postępowania po wyjściu ze szpitala poprzez organizację i skierowanie do antynikotynowego punktu konsultacyjnego w celu kontynuacji leczenia uzależnienia lub utrzymania abstynencji,
 - współpracę z antynikotynowym punktem konsultacyjnym prowadzonym w ramach programu.
- Dopuszcza się możliwość prowadzenia interwencji w ramach niniejszego etapu przez osoby, które nie należą do personelu szpitalnego, ale zostały uprzednio przeszkolone w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu i warunków panujących w podmiocie.
- Należy przekazać pacjentom informacje na temat polityki zakazu palenia i użytkowania wyrobów nikotynowych w szpitalu. Przekazywane informacje powinny obejmować:
 - krótko- i długoterminowe korzyści zdrowotne wynikające z zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych w dowolnym momencie, np.: zaprzestanie palenia w dowolnym momencie przed operacją nie ma żadnych negatywnych skutków (jednakże istnieje możliwość wystąpienia krótkotrwałych objawów odstawienia, takich jak bóle głowy lub drażliwość), a osoby, które zaprzestają palenia/używania wyrobów nikotynowych w ciągu 8 tygodni przed operacją mogą odnieść znaczne korzyści;

- fakt, że wszystkie budynki i tereny szpitala są wolne od dymu tytoniowego, a co za tym idzie – nie wolno palić pacjentom podczas hospitalizacji;
- rodzaje dostępnego wsparcia, aby pomóc im w całkowitym lub tymczasowym zaprzestaniu używania wyrobów nikotynowych przed, w trakcie i po przyjęciu lub wizycie w szpitalu;
- informacje o możliwej farmakoterapii wspomagającej czasowe zaprzestanie użytkowania wyrobów nikotynowych podczas pobytu w szpitalu lub całkowitą abstynencję nikotynową.
- W obrębie placówki leczniczej powinny znajdować się łatwo dostępne materiały informacyjno-edukacyjne w zakresie zaprzestania palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych. Zaleca się stworzenie ww. materiałów w formie plakatów i ulotek, zawierających informacje o działającym w ramach programu antynikotynowego punktu konsultacyjnego.
- Każdemu użytkownikowi wyrobów nikotynowych w trakcie pobytu w szpitalu należy udzielić krótkiej, trwającej około 3 minuty, porady motywacyjnej opartej na zasadzie 5P – pytaj, poradź, planuj, pamiętaj, pomagaj.
- W przypadku osób, które deklarują chęć porzucenia nałogu, ale nie mają możliwości bądź czasu na uzyskanie wsparcia behawioralnego, należy skierować je do antynikotynowego punktu konsultacyjnego prowadzonego w ramach programu.
- W przypadku pacjentów deklarujących gotowość do rzucenia nałogu należy zaproponować organizację wsparcia behawioralnego podczas pobytu w szpitalu. Zawarty w karcie pacjenta indywidualny plan rzucenia nałogu powinien:
 - uwzględniać informacje o historii palenia z zakresu:
 - intensywności palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych i nasilenia uzależnienia,
 - wieku rozpoczęcia palenia oraz liczby lat używania wyrobów nikotynowych,
 - liczby wypalanych papierosów lub liczby używanych nowatorskich wyrobów nikotynowych dziennie,
 - liczby podjętych prób i dotychczasowych metod porzucenia nałogu,
 - codziennych nawyków pacjenta, w których towarzyszą mu wyroby nikotynowe;
 - zapewniać natychmiastową pomoc, a w uzasadnionych przypadkach w ciągu 24 godzin od przyjęcia do szpitala;
 - w zależności od możliwości realizatora, zapewniać wsparcie na miejscu tak często i tak długo, jak jest to potrzebne, poprzez oferowanie sesji grupowych lub porad indywidualnych;
 - zawierać udokumentowane i aktualizowane w regularnych odstępach czasu informacje nt. statusu palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych przez pacjenta i wdrożonych interwencji, w tym także informacje o zaproponowanej farmakoterapii wspomagającej rzucenie palenia.
- Zakres konsultacji i pomocy w rzuceniu nałogu powinien obejmować:
 - przekazanie informacji nt. metod i sposobów rzucania palenia/zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych,
 - wdrożenie interwencji nacelowanej na ograniczenie lub całkowite porzucenie nałogu,
 - wsparcie psychologiczno-behawioralne, nastawione na przepracowanie podstawowych problemów i trudności pacjenta,
 - ustalenie wspólnie z pacjentem możliwych do zrealizowania celów w trakcie pobytu w szpitalu,
 - wskazanie pacjentowi, który chce wyłącznie ograniczyć nałóg, aby:
 - zwiększał odstęp czasowy między papierosami/wyrobami nikotynowymi,
 - opóźniał wypalenie pierwszego papierosa/użycie wyrobu nikotynowego,
 - wybrał okresy w ciągu dnia, w których nie będzie palić;

- dyskusję nt. korzyści wynikających z zaprzestania palenia/korzystania z wyrobów nikotynowych przed planowanym zabiegiem lub leczeniem,
- zaplanowanie leczenia farmakologicznego z uwzględnieniem informacji nt. stosowania i dawkowania przepisanych leków wspomagających rzucenie nałogu.
- Należy poinformować osoby z bliskiego otoczenia pacjenta o podjętej decyzji nt. ograniczenia lub zaprzestania przez nich użytkowania wyrobów nikotynowych. Ponadto należy zaproponować rodzinie/bliskim kontynuację wsparcia behawioralnego w punkcie prowadzonym w ramach programu. W tym celu konieczne jest przekazanie informacji, gdzie i w jaki sposób należy zgłosić pacjenta, bądź uzyskać zgodę na przekazanie do punktu danych kontaktowych do pacjenta.
- W przypadku stwierdzenia braku motywacji bądź chęci do walki z nałogiem należy zidentyfikować powody oraz uświadomić pacjenta o zagrożeniach wynikających z kontynuacji stosowania wyrobów tytoniowych. Ponadto należy zaproponować pacjentowi co najmniej ograniczenie i zmniejszenie szkodliwości palenia w ramach „redukcji szkód”. W tym celu zaleca się omówienie z pacjentem możliwości skorzystania wyłącznie z produktów leczniczych zawierających nikotynę, z uwzględnieniem informacji, że:
 - produkty te mogą być stosowane jako całkowity lub częściowy substytut tytoniu (nikotyny), zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej,
 - stosowanie tych produktów pomaga również uniknąć palenia kompensacyjnego i zwiększa szansę na zaprzestanie użytkowania wyrobów nikotynowych w dłuższej perspektywie,
 - lepsze jest zastosowanie farmakoterapii przy jednoczesnym zmniejszeniu ilości użytkowanych wyrobów nikotynowych niż kontynuacja palenia na obecnym poziomie,
 - licencjonowane produkty zawierające nikotynę mogą być stosowane tak długo, jak długo pomagają powstrzymać ich przed powrotem do poprzedniego poziomu palenia/korzystania z wyrobów nikotynowych,
 - alternatywne sposoby przyjmowania nikotyny, które nie są produktami leczniczymi dostępnymi w aptekach (tj. podgrzewacze tytoniu, e-papierosy, nikotyna syntetyczna), nie mogą być wykorzystywane w ramach „redukcji szkód”.
- Jeżeli pacjentowi wdrożono farmakoterapię wspomagającą rzucenie nałogu, należy:
 - zwracać szczególną uwagę na możliwe wystąpienie interakcji z innymi lekami przyjmowanymi bądź podawanymi pacjentowi,
 - upewnić się, że jest ona przyjmowana zgodnie z zaleceniem lekarza, a w razie potrzeby dostosować dawkowanie,
 - monitorować stosowanie przepisanych leków pod kątem skuteczności i wystąpienia działań niepożądanych,
 - brać pod uwagę potrzebę przerwania farmakoterapii, gdy istnieje taka konieczność (np. przed zabiegami mikronaczyniowymi bądź w przypadku konieczności zastosowania wazopresyny),
 - pacjentom wypisanym ze szpitala należy:
 - przekazać w formie papierowej zalecenia dotyczące dalszego przyjmowania leków wspomagających rzucenie nałogu,
 - zapewnić możliwość kontynuacji leczenia farmakologicznego,
 - wskazać możliwość przepisania leków przez lekarza pierwszego kontaktu bądź samodzielnego zakupu w aptece produktów leczniczych bez recepty,
 - przekazać informację o możliwej konieczności zmniejszenia dawki przepisanych leków w przypadku zaprzestania palenia.
- W trakcie wypisu ze szpitala uczestników interwencji, którzy skorzystali z konsultacji w warunkach szpitalnych, należy przekazać ankietę dotyczącą skuteczności prowadzonej interwencji w zakresie zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych w czasie pobytu w szpitalu oraz motywacji

pacjenta do porzucenia nałogu po opuszczeniu szpitala (bądź utrzymania abstynencji po wypisie). Ponadto należy poinformować pacjenta o możliwości kontynuacji procesu leczenia uzależnienia od nikotyny przy współpracy z antynikotynowym punktem konsultacyjnym.

- Dwa miesiące po opuszczeniu szpitala przez uczestnika interwencji, należy skontaktować się z pacjentem w celu pozyskania informacji, czy doszło do trwałego ograniczenia lub całkowitego zaprzestania palenia/używania wyrobów nikotynowych. W przypadku powrotu pacjenta do nałogu należy przekazać kontakt do punktu prowadzonego w ramach programu bądź uzyskać zgodę na przekazanie telefonu do pacjenta celem proaktywnego skontaktowania się przez pracowników antynikotynowego punktu konsultacyjnego.

Etap: Szkolenie personelu medycznego (NICE 2023, MZPE 2022, NZMH 2021, NIO-PIB 2020, ACC 2018, Carson-Chahhoud 2019, Rice 2017, Stead 2013, eksperci kliniczni)

- Należy zachęcać i informować personel medyczny zatrudniony w podmiotach leczniczych funkcjonujących na terenie JST o dostępnych szkoleniach w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnień od nikotyny. W tym celu należy w pierwszej kolejności wypromować i przedstawić ofertę szkoleń realizowanych przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie – Państwowy Instytut Badawczy – Szkolenie personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny: <https://szkoleniazut.coi.pl/>, dostęp z 11.12.2023 r.
- W przypadku możliwości realizatorskich JST dopuszcza się możliwość utworzenia szkoleń dla personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnień od nikotyny zgodnie z zasadami przedstawionymi poniżej w niniejszym etapie.
- W ramach programu należy realizować szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje Rada ds. programu (opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”).
- Należy uświadomić personel medyczny o działaniu antynikotynowych punktów konsultacyjnych w celu przekazywania przez nich informacji o dostępnej formie pomocy każdemu palącemu pacjentowi.
- Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, telekonferencji.
- Zaleca się realizację szkoleń dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej oraz leczenia uzależnienia od nikotyny. W ramach szkoleń dla personelu medycznego zaleca się:
 - zapoznać personel z aktualnie rekomendowanymi przez polskie i światowe towarzystwa naukowe metodami profilaktyki, diagnostyki i leczenia uzależnień od nikotyny;
 - wielokrotnie podkreślać potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od nikotyny oraz zachęcić personel medyczny do informowania o tym pacjentów;
 - przeszkolić personel w zakresie kierowania osób palących do jednostek specjalizujących się w leczeniu uzależnień od tytoniu (nikotyny), w tym prowadzonego w ramach programu punktu;
 - zachęcać pracowników ochrony zdrowia do identyfikacji i dokumentacji osób palących poprzez każdorazowe pytanie pacjentów o ich status palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych, a w przypadku wyrażenia przez uzależnionego pacjenta zgody – przekazanie danych kontaktowych (nr telefonu) pacjenta celem rozpoczęcia proaktywnej rozmowy ze strony antynikotynowego punktu konsultacyjnego prowadzonego w ramach programu;
 - przeszkolić kadrę medyczną z zakresu przepisywania farmakoterapii wspomagającej rzucanie nałogu u osób silnie uzależnionych od nikotyny, ze szczególnym zwróceniem uwagi na możliwe interakcje występujące z innymi lekami przyjmowanymi przez pacjenta;
 - zapoznać personel z zasadami komunikacji z osobami uzależnionymi. Należy również podkreślić istotę nawiązania kontaktu między personelem medycznym a osobą uzależnioną, jako istotnego elementu prowadzonych działań leczniczych;

- zwrócić uwagę na postrzeganie nałogu przez pacjentów uzależnionych od nikotyny np.: niektórzy uzależnieni mogą postrzegać palenie jako integralną część swojego życia. Personel powinien również rozpoznawać problemy wynikające z konieczności rzucenia nałogu, do której pacjent nie jest przekonany;
 - informować jak środowisko zewnętrzne może negatywnie oddziaływać na podejmowane próby rzucenia nałogu przez pacjenta np.: palący domownicy mogą ograniczać techniki i mechanizmy radzenia sobie z nałogiem, które są stosowane w standardowej terapii uzależnienia. Personel powinien umieć zapewnić wsparcie potrzebne w danej sytuacji.
- W celu przeprowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej zaleca się stosowanie zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P” tj.:
1. **PYTAJ** każdego pacjenta czy pali tytoń np.:
 - „Czy Pan/Pani lub ktoś w Pana/Pani obecności pali tytoń lub używa nikotyny w innej formie?”
 - „Pytamy naszych pacjentów o palenie/używanie wyrobów nikotynowych, ponieważ narażenie na dym tytoniowy przyczynia się do wielu chorób i objawów chorobowych.”
 2. **PORADŹ** jak zaprzestać palenia np.:
 - Użyj modelu pięciu „O”:
 - odnieś się do sytuacji pacjenta (jego aktualnego stanu zdrowia, sytuacji materialnej, itp.),
 - oszacuj ryzyko związane z użytkowaniem wyrobów nikotynowych,
 - oceń korzyści po zaprzestaniu palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych,
 - określ przeszkody na drodze w rzuceniu nałogu,
 - omów przy kolejnym spotkaniu z pacjentem wszystkie porady dotyczące zaprzestania palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych.
 - „Rzucenie palenia jest bardzo ważne dla Pani/Pana. Skontaktuję Pana/Panią ze specjalistą, który może w tym pomóc.”
 - „Jest co najmniej kilka leków, które mogą Pani/Panu pomóc w porzuceniu nałogu. Z przyjemnością poproszę lekarza, aby porozmawiał z Panią/Panem o metodach rzucenia palenia.”
 3. **POZNAJ** postawę pacjenta wobec użytkowania i zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych, tj.:
 - Zapytaj jak często, ile i jak długo korzysta z wyrobów nikotynowych.
 - Oceń charakter i siłę uzależnienia od nikotyny.
 - Zapytaj się w jakiej fazie zaprzestania palenia/korzystania z wyrobów nikotynowych pacjent się znajduje. Zapytaj, czy chce porzucić nałóg.
 - Jeśli tak, udziel mu pomocy.
 - Jeśli nie, poradź mu ponownie, aby przestał korzystać z wyrobów nikotynowych i wręcz materiały informacyjno-edukacyjne.
 4. **POMÓŻ** użytkującemu wyroby nikotynowe pacjentowi w opracowaniu planu zaprzestania palenia, tj.:
 - Wręcz mu poradnik dla pacjentów i ulotki.
 - Ustal datę rzucenia nałogu, najlepiej w ciągu najbliższych 2 tygodni.
 - Zapewnij pacjentowi wsparcie (ze strony rodziny, przyjaciół, kolegów z pracy) i podaj kontakt do antynikotynowego punktu konsultacyjnego prowadzonego w ramach programu lub innych specjalistów.

- Zanalizuj poprzednie próby rzucenia nałogu– co się podczas nich działo, co pomagało, a co doprowadziło do powrotu do palenia?
 - Przedyskutuj z pacjentem potencjalne problemy, szczególnie te, które mogą pojawić się w okresie pierwszych kilku tygodni po zaprzestaniu palenia/korzystania z wyrobów nikotynowych (np. objawy głodu nikotynowego).
 - Ustal z pacjentem powody, dla których chce przestać palić/użytkować wyroby nikotynowe oraz korzyści z rzucenia nałogu.
 - Poradź mu jak może skutecznie zaprzestać palenia/użytkowania z wyrobów nikotynowych.
 - Połóż nacisk na to, że:
 - ważna jest abstynencja – niewskazane jest nawet jedno ponowne zaciągnięcie się papierosem/wyrobem nikotynowym, jednak zapalenie można traktować jak wpadkę;
 - picie alkoholu znacznie zwiększa szansę nawrotu do nałogu;
 - palenie przez inne osoby w domu utrudnia palącemu pacjentowi rzucenie nałogu.
5. **PLANUJ** następne wizyty z pacjentem, tj.:
- Jeśli pacjent wróci do palenia/użytkowania wyrobów nikotynowych, namów go do jak najszybszego podjęcia kolejnej próby rzucenia nałogu – przekonaj go, że chwilowa porażka jest częścią procesu leczenia uzależnienia od nikotyny.
 - Przeanalizuj okoliczności i powody nawrotu pacjenta do nałogu. Wyciągnij wnioski z chwilowej porażki; zastanów się wraz z pacjentem czego to go nauczyło.
 - Ustal z pacjentem terminy kolejnych wizyt i kontaktów z pielęgniarką lub lekarzem (NIO-PIB 2020).
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
 - Zaleca się zapewnienie dodatkowych, specjalistycznych szkoleń w zakresie udzielania wsparcia w rzucaniu nałogu dla osób pracujących ze specyficznymi grupami, na przykład osobami z zaburzeniami psychicznymi i palącymi kobietami w ciąży.

Etap: Działania profilaktyczne w szkołach (NICE 2023, AAPD 2020, NIZP PZH-PIB 2020, ACPM 2018, AAP 2015, Choi 2021, Selph 2020, Nanninga 2018, Peirson 2016, Shackleton 2016, Thomas 2013b, Isensee 2012, eksperci kliniczni)

- Zaleca się szerokie rozpowszechnianie opracowanej szkolnej polityki antynikotynowej i zapewnienie do niej łatwego dostępu, aby każdy korzystający z lokalu był świadomy jej treści np.: udostępnienie na stronie internetowej szkoły oraz wersji drukowanej.
- Opracowana szkolna polityka antynikotynowa powinna uwzględniać potrzeby kulturowe, specjalne potrzeby edukacyjne lub fizyczne dzieci i młodzieży np.: zapewnienie materiałów w alternatywnych formatach, takich jak zdjęcia, duży druk, brajl, audio i wideo.
- Szkolenia dla dzieci i młodzieży dotyczące problematyki uzależnień od nikotyny powinny odbywać się w otoczeniu, w którym obowiązuje brak akceptacji dla użytkowania wyrobów nikotynowych oraz poruszać następujące tematy:
 - utrwalenie w świadomości dzieci i młodzieży ogólnie przyjętego wizerunku osoby niepalącej i niespożywającej alkoholu przed ukończeniem 18 r.ż.;
 - rozwijanie asertywności wobec siebie i rówieśników oraz umiejętności podejmowania decyzji poprzez techniki aktywnego uczenia się;
 - wzmacnianie poczucia własnej wartości i opierania się naciskom na palenie ze strony mediów, członków rodziny, rówieśników i przemysłu tytoniowego;
 - mechanizm uzależnienia i działania nikotyny;
 - powody palenia i czynniki wywołujące chęć zapalenia/użytkowania wyrobów nikotynowych;

- sposoby radzenia sobie ze stresem;
 - obalanie mitów na temat palenia;
 - skutki zdrowotne długotrwałego zażywania nikotyny i korzyści z zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych (w kontekście młodego człowieka);
 - szkodliwość alternatywnych metod użytkowania nikotyny m.in. e-papierosów, podgrzewaczy tytoniu, nikotyny syntetycznej, tabaki lub cygar;
 - wpływ uzależnienia na relacje z rówieśnikami, rodziną oraz innymi grupami społecznymi;
 - dostępne metody leczenia uzależnienia wraz z podaniem kontaktu do prowadzonej w ramach programu antynikotynowego punktu konsultacyjnego;
 - sposoby radzenia sobie z ewentualnym przyrostem masy ciała po zaprzestaniu palenia.
- Przy omawianiu kwestii związanych z nowatorskimi wyrobami nikotynowymi (w tym e-papierosami, urządzeniami do podgrzewania tytoniu i nikotyną syntetyczną), należy dzieciom i młodzieży jednoznacznie wskazać, że te alternatywne metody palenia w żadnym stopniu nie zmniejszają szkód wynikających z używania produktów zawierających nikotynę i należy się ustrzeżać przed nieumyślnym uczynieniem tych metod pożądanym odpowiednikiem palenia.
 - Forma oraz treść prowadzonych szkoleń powinna być dostosowana do wieku uczestników. Interwencje powinny być: nieoceniające, przyciągające uwagę, rzeczowe, interaktywne oraz wrażliwe na pochodzenie rodzinne, kulturę i płeć.
 - Zaleca się zapewnienie dodatkowych działań wspomagających edukację klasową na temat nikotyny do czasu zakończenia nauki. Działania te mogą obejmować szkolne targi zdrowia; gościnnych prelegentów; dyskusje w klasie na temat palenia tytoniu podczas nauczania przedmiotów takich jak biologia, chemia i wiedza o społeczeństwie; angażowanie dzieci i młodzieży szkolnej w projektowanie interwencji zapobiegających upowszechnianiu używania wyrobów nikotynowych.
 - Działaniami prowadzonymi w ramach programu należy objąć rodziców/opiekunów dzieci. W tym celu zaleca się uwzględnienie spotkań dzieci i młodzieży wraz z rodzicami/opiekunami w celu rozpowszechnienia edukacji antytytoniowej w środowisku rodzinnym.
 - Proponuje się, aby podczas zebrań z rodzicami zachęcać rodziców i opiekunów do angażowania się w działania profilaktyczne prowadzone w szkołach.
 - Należy poinformować uczniów, aby przekazywali informację i angażowali swoich rodziców/opiekunów w prace klasowe/domowe związane z projektowaniem antynikotynowych interwencji profilaktycznych, zarówno wśród dzieci/młodzieży, jak i członków rodziny.
 - W ramach szkolenia należy poinformować uczestników o dostępnych metodach leczniczych i podać kontakt do organizacji wspomagających osoby uzależnione w procesie porzucenia nałogu. W tym celu zachęca się, aby dzieci i młodzież otrzymywała materiały edukacyjne i przekazywała je także członkom rodziny, w których zawarte będą informacje o dostępnych formach pomocy palącym/użytkownikom wyrobów nikotynowych (w tym informacje o działającym w ramach programu antynikotynowego punktu konsultacyjnego).
 - W ramach działań profilaktycznych prowadzonych w szkołach, zachęca się do tworzenia inicjatyw w środowisku szkolnym w oparciu o skuteczne interwencje poparte dowodami naukowymi. W tym celu proponuje się wykorzystanie rozwiązań tzw. Projektu Ex:
 - 8 sesji edukacyjnych po 40-45 minut każda;
 - podczas pierwszych 4 sesji edukacyjnych, przygotowanie uczniów do wzmocnienia postanowienia rzucenia nałogu;
 - w trakcie pozostałych 4 sesji zachęcanie uczniów do podjęcia próby rzucenia nałogu;
 - uwzględnienie 4 inscenizacji w formie talk-show dotyczących różnych zagadnień związanych z rzucaniem nałogu;
 - zadawanie prac domowych, w ramach których palący/użytkujący wyroby nikotynowe uczniowie będą określali, jak oddziałuje na nich nałóg;

- propozycja stworzenia gry dotyczącej biernego palenia i konsekwencji korzystania z wyrobów nikotynowych;
- uwzględnienie ćwiczeń mających na celu dostrzeżenie przez użytkowników wyroby nikotynowe uczniów wpływ braku tych wyrobów na ich zdrowie, samopoczucie i kondycję fizyczną;
- utworzenie gry, w której uczniowie rywalizują w rzucaniu nałogu;
- uwzględnienie strategii utrzymania abstynencji.
- W przypadku wprowadzenia w programie szkolnym interwencji prowadzonych przez rówieśników, interwencje mające na celu zapobieganie rozpoczęciu palenia powinny być:
 - prowadzone przez młodych ludzi wyznaczonych przez samych uczniów (liderzy rówieśniczy mogą być w tym samym lub starszym wieku);
 - zorganizowane w sposób zapewniający wsparcie od osób dorosłych posiadających odpowiednią wiedzę fachową;
 - powiązane z odpowiednimi częściami programu nauczania;
 - realizowane zarówno w klasie, jak i nieformalnie, poza klasą.
- W ramach działań profilaktycznych w szkołach zaleca się korzystanie z programów stworzonych przez instytucje państwowe, bądź inne organizacje zajmujące się profilaktyką antynikotynową w szkołach. W tym celu proponuje się wzorowanie i wdrożenie działań w oparciu o następujące materiały (dostęp z 11.12.2023):
 - Ośrodek Rozwoju Edukacji – Pakiet edukacyjny dla nauczycieli z zakresu profilaktyki palenia tytoniu <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/pakiet-edukacyjny-dla-nauczycieli-z-zakresu-profilaktyki-palania-tytoniu.pdf>.
 - Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej – Jak uchronić dziecko przed biernym i czynnym paleniem tytoniu? Poradnik dla rodziców i wychowawców <https://zpe.gov.pl/a/jak-uchronic-dziecko-przed-biernym-i-czynnym-palaniem/Dx47eRvPE>
 - Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych – Szkoły wolne od dymu tytoniowego <https://www.gov.pl/attachment/a601b93e-6c77-4787-8a19-1f44cc67db9b>.
 - Nie spal się na starcie! – materiały dydaktyczne dla nauczycieli <http://www.niespalsienastarcie.pl/assets/Uploads/WWW-Konspekt-zajec-dydaktycznych-Nie-Spal-sie-na-Starcie.pdf>.
 - Główny Inspektorat Sanitarny – Program Antytytoniowej Edukacji Zdrowotnej <https://www.gov.pl/attachment/d8d76e28-a5aa-4c19-bad7-b9ea3bf4e8d8>.
 - Ministerstwo Zdrowia – materiały edukacyjne dla młodzieży oraz rekomendacje polityki zdrowotnej dotyczące wyrobów zawierających nikotynę https://zdrowie.gov.pl/uploads/pub/news/news_3911/Materia%C5%82y%20edukacyjne%20dla%20m%C5%82odzie%C5%BCy.pdf.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w bezpośrednich formach edukacji jest wypełnienie anonimowego pre-testu, w którym należy zapytać o aktualne używanie wyrobów nikotynowych bądź bierne narażenie na dym tytoniowy. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. W post-teście zaleca się uwzględnienie pytania dotyczącego aktualnej gotowości do ograniczenia lub zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych oraz możliwości zapisania swojego numeru telefonu przez uczestnika, w celu rozpoczęcia proaktywnej rozmowy ze strony antynikotynowego punktu konsultacyjnego.
- Działania edukacyjne w szkołach nie powinny być prowadzone we współpracy z firmami lub podmiotami powiązanymi z branżą produkującą wyroby zawierające nikotynę – zgodnie z art. 5 ust. 3 Ramowej Konwencji WHO o ograniczaniu użycia tytoniu (WHO FCTC).

Etap: Działania informacyjno-edukacyjne (NICE 2023, AAPD 2020, ANA 2020, NIZP PZH-PIB 2020, Niezależny europejski zespół ekspertów 2019, ACPM 2018, CTFPHC 2017, AAP 2015, CDC/NIOSH 2015, WHO 2013, Lindson 2021, Livingstone-Banks 2019, Mannocci 2019, Carson-Chahhoud 2017, Park 2015, eksperci kliniczni)

- Należy współpracować z realizatorami istniejących inicjatyw społecznych, aby zwiększyć zasięg na temat działalności antynikotynowych punktów konsultacyjnych oraz sposobu dostępu do nich.
- Zaleca się planowanie i organizowanie kampanii w środkach masowego przekazu mających na celu zapobieganie paleniu wśród populacji, trwających przez cały okres prowadzenia programu. W ramach realizacji ww. kampanii zaleca się:
 - wykorzystanie szeregu kanałów medialnych, aby uzyskać bezpłatne relacje prasowe i wygenerować jak największy rozgłos, np.: poprzez wykorzystanie kanałów regionalnych i lokalnych oraz pełnej gamy mediów, z których korzystają dzieci i młodzież;
 - zintegrowanie regionalnych i lokalnych kampanii na rzecz zapobiegania paleniu wśród dzieci i młodzieży z każdą krajową strategią komunikacji w celu zwalczania używania tytoniu;
 - powtarzanie komunikatów na różne sposoby i regularne ich aktualizowanie, aby utrzymać uwagę odbiorców;
 - informowanie o działaniach antynikotynowych punktów konsultacyjnych prowadzonych w ramach programu.
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim (w szczególności informacje o utworzonych antynikotynowych punktach konsultacyjnych).
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych mogą być: wykłady, szkolenia online, konferencje. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w bezpośrednich formach edukacji jest wypełnienie pre-testu, w którym należy zapytać o aktualne używanie wyrobów nikotynowych, bądź bierne narażenie na dym tytoniowy. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. W post-teście zaleca się uwzględnienie rubryki do uzupełnienia danych kontaktowych przez zmotywowanego do rzucenia nałogu uczestnika, w celu proaktywnego kontaktu ze strony antynikotynowego punktu konsultacyjnego.
- Kampania edukacyjno-informacyjna nakierowana na podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. uzależnienia od nikotyny powinna zawierać informacje dotyczące m.in.:
 - potencjalnych czynników ryzyka występowania uzależnienia od nikotyny w populacji;
 - szkód wynikających z długotrwałego użytkowania tytoniu i nikotyny oraz wielochorobowości z nimi związanej;
 - skutków zdrowotnych związanych z brakiem leczenia uzależnienia, w tym ogólnego wpływu uzależnienia na stosunki interpersonalne, kontakty społeczne oraz bezpośredniego wpływu nadmiernego użytkowania danej substancji na osoby z najbliższego otoczenia;
 - alternatywnych sposobów przyjmowania nikotyny (m.in. e-papierosów, podgrzewaczy tytoniu, syntetycznej nikotyny) w zakresie ich szkodliwości i ryzyka zdrowotnego;
 - dostępnych metod leczenia (w tym farmakoterapii) wraz z podaniem kontaktu do antynikotynowego punktu konsultacyjnego.
- Zaleca się przeprowadzenie oceny przez Radę ds. programu we współpracy z realizatorem, czy potrzebna jest kampania w celu wsparcia polityki związanej z nielegalną sprzedażą wyrobów nikotynowych. Jeśli kampania jest potrzebna, zaleca się wykorzystanie w jej przebiegu szeregu strategii, aby zmniejszyć atrakcyjność tytoniu i przyczynić się do zmiany nastawienia społeczeństwa do używania nikotyny – zdenormalizowania palenia w każdej grupie społecznej. Może to obejmować np.: generowanie wiadomości poprzez pisanie artykułów w prasie, wydawanie komunikatów prasowych, wykorzystanie plakatów, broszur i innych materiałów drukowanych oraz wykorzystanie mediów cyfrowych przez realizatorów programu we współpracy z Radą ds. programu.
- Zaleca się przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienie od tytoniu (nikotyny).
- W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy

tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np. o materiały edukacyjne sporządzone przez (dostęp z 11.12.2023 r.):

- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, kampania „Stop Fejk Friends” – <http://stopfejkfriends.pl/>.
- Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia:
 - <https://nfz-lodz.pl/dlapacjentow/nfz-blizej-pacjenta/9117-sroda-z-profilaktyka-profilaktyka-uzaleznien-2>,
 - https://www.nfz-szczecin.pl/dla_news_3074_sroda_z_profilaktyka_tyton_i_e_papierosy.htm?PHPSESSID=4e4a0ff30d3abc7303d99687d4ef7e99,
 - <https://www.nfz-krakow.pl/dla-pacjenta/aktualnosci/sroda-z-profilaktyka-profilaktyka-uzaleznien-tyton,550.html>,
 - <https://www.nfz-gdansk.pl/aktualnosci/o-oddziale/aktualnosci/sroda-z-profilaktyka-profilaktyka-uzaleznien-tyton,9059>.
- Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia – <https://akademia.nfz.gov.pl/profilaktyka/tyton-i-e-papierosy-im-szybciej-rzucisz-tym-wiecej-zyskasz>.
- Państwowa Inspekcja Sanitarna – np. <https://www.gov.pl/web/wsse-katowice/profilaktyka-palenietytoniu>.
- Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy <https://jakrzucicpalenie.pl/>.
- Europejski Kodeks Walki z Rakiem - http://www.12sposobownazdrowie.pl/12_sposobow.pdf.
- W ramach kampanii informacyjno-edukacyjnej zachęca się JST do tworzenia i dostosowania do warunków lokalnych oraz możliwości realizatorskich samorządu kampanii, w oparciu o dobre praktyki przyjęte na terenie kraju i za granicą. W tym celu proponuje się wykorzystanie następujących narzędzi:
 - #STOPFEJKFRIENDS (<http://stopfejkfriends.pl/>):
 - udostępnienie spotu edukacyjnego w oparciu o historię głównego bohatera jako personifikację nałogu nikotynowego;
 - wykorzystanie krótkich form wideo w kampanii internetowej, prowadzonej w popularnych mediach społecznościowych tj. YouTube, Facebook czy Instagram;
 - stworzenie edukacyjnej strony internetowej;
 - zaangażowanie influencerów: przygotowanie oraz publikacja przez nich video-opowieści o ich toksycznych relacjach lub opisy sytuacji, w których zetknęli się z „fałszywymi przyjaciółmi” w rzeczywistości;
 - promowanie kampanii poprzez interaktywne wystawy w miastach oraz na festiwalach muzycznych;
 - przygotowanie programu edukacyjnego dla szkół;
 - ogłoszenie konkursu na najlepszy spot reklamowy dla uczniów;
 - pozostałe proponowane interwencje:
 - ogłoszenie konkursu dla uczniów na 2-minutowy film na temat szkodliwości wyrobów nikotynowych;
 - program online, z którego można korzystać zarówno w szkole, jak i w domu, obejmujący około 3,5-5 godzin: pięć modułów edukacyjnych, testy, quizy;
 - zaangażowanie uczniów bezpośrednio w monitoring swojego stanowiska wobec korzystania z wyrobów nikotynowych – subiektywna cykliczna ocena po przeprowadzonych aktywnościach;

- losowanie nagród na poziomie lokalnym.
- Działania informacyjno-edukacyjne nie powinny być prowadzone we współpracy z firmami lub podmiotami powiązanymi z branżą produkującą wyroby zawierające nikotynę – zgodnie z art. 5 ust. 3 Ramowej Konwencji WHO o ograniczaniu użycia tytoniu (WHO FTCT).

5.3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

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

5.3.5. Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

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

5.4. Organizacja PPZ

5.4.1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych podmiotów leczniczych i ośrodków zdrowia, przedstawiciele organizacji pozarządowych, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji, czemu towarzyszy monitorowanie realizacji programu (bieżące zbieranie danych nt. działań i efektów).
6. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
7. Zakończenie realizacji PPZ, przeprowadzenie ewaluacji i przygotowanie raportu końcowego z realizacji PPZ.
8. Przesłanie do AOTMiT raportu końcowego z realizacji PPZ wraz z załączonym pierwotnym projektem PPZ, który został wdrożony do realizacji.

5.4.2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

Etapy PPZ	Wymagania dotyczące personelu
Prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych	Psycholog kliniczny lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna i/lub psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, i/lub lekarz, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego, inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu [ZUT]).
Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych	Lekarz, pielęgniarka, psycholog kliniczny lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu [ZUT]).
Działania profilaktyczne w szkołach	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, nauczyciel, asystent dydaktyczny wyższego szczebla, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencje dla przeprowadzenia szkoleń wśród populacji dzieci i młodzieży oraz wdrażania szkolnych polityk antytytoniowych. W przypadku realizacji interwencji z udziałem liderów młodzieżowych, wymagane jest ich wcześniejsze odpowiednie przeszkolenie przez eksperta w tej dziedzinie.
Szkolenie personelu medycznego	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
Działania informacyjno-edukacyjne	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych.

Etapy PPZ	Wymagania dotyczące warunków lokalowych i wyposażenia
Prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych	Stanowisko komputerowe z dostępem do Internetu, oprogramowanie niezbędne do realizacji zadań antynikotynowego punktu konsultacyjnego (np. w zakresie

Etapy PPZ	Wymagania dotyczące warunków lokalowych i wyposażenia
	<p>prowadzenia dokumentacji elektronicznej), spełniające wymogi bezpieczeństwa informacji i zachowania poufności oraz ochrony danych osobowych.</p> <p>W przypadku prowadzenia antynikotynowych punktów konsultacyjnych w formie stacjonarnej, wynajem powierzchni biurowej/gabinetowej bądź innego stanowiska, które umożliwi przeprowadzenie konsultacji w ramach punktu, przy zachowaniu warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych.</p>
Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych	<p>Stanowisko komputerowe z dostępem do Internetu, oprogramowanie niezbędne do realizacji zadań antynikotynowego punktu konsultacyjnego (np. w zakresie prowadzenia dokumentacji elektronicznej), spełniające wymogi bezpieczeństwa informacji i zachowania poufności oraz ochrony danych osobowych.</p> <p>Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc na terenie szpitala, które umożliwią przeprowadzenie konsultacji, przy zachowaniu warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych.</p>
Działania profilaktyczne w szkołach	<p>Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc na terenie szkoły, w których odbywać się będą spotkania z młodzieżą, rodzicami/opiekunami oraz pracownikami szkoły.</p> <p>Wyposażenie w sprzęt umożliwiający prowadzenie wykładów np.: komputer z dostępem do Internetu, projektor w celu wyświetlania prezentacji czy filmów edukacyjnych.</p>
Szkolenie personelu medycznego	<p>Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc, w których odbywać się będą szkolenia i warsztaty.</p> <p>Wyposażenie w sprzęt umożliwiający prowadzenie wykładów np.: komputer z dostępem do Internetu, projektor w celu wyświetlania prezentacji czy filmów edukacyjnych.</p>
Działania informacyjno-edukacyjne	<p>Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc, w których realizowane będą działania edukacyjne skierowane do osób zaproszonych na wykłady, szkolenia, konferencje, przy zachowaniu zasad BHP.</p>

5.5. Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

5.5.1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.

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

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

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ (uczestnika i rodziców/opiekuna prawnego), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.5.2. Ewaluacja

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

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

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

- odsetka osób, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego porzucenia nałogu,
- odsetka osób uzależnionych od nikotyny,
- odsetka osób skierowanych do antynikotynowego punktu konsultacyjnego w związku z obecnością uzależnienia od nikotyny,

- odsetka osób wyrażających chęć ograniczenia lub całkowitego zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych,
- odsetka osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat uzależnienia od nikotyny,
- odsetka osób narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego.

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

5.6. Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

5.6.1. Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów częściowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt realizacji działań informacyjno-edukacyjnych,
- koszt realizacji szkoleń dla personelu medycznego,
- koszt realizacji działań profilaktycznych w szkołach,
- koszt prowadzenia antynikotynowego punktu konsultacyjnego,
- koszt realizacji konsultacji antynikotynowej w warunkach szpitalnych,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ. Ponadto proponuje się uwzględnienie procentowego podziału kosztów bezpośrednich w zależności od etapu realizacji planowanych interwencji w ramach programu (propozycję przedstawiono w kolumnie „sugerowany % kosztów”).

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4]	Sugerowany % kosztów
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)					
1.	Ewaluacja i monitorowanie				do 10% całkowitego budżetu PPZ
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie i monitorowanie projektu				
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna,				

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4]	Sugerowany % kosztów
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ				
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)				
Koszty bezpośrednie (katalog otwarty)					
1.	Koszt przeprowadzenia etapu „Prowadzenie antynikotynowego punktu konsultacyjnego”... (wyszczególnienie działań)				
2.	Koszt przeprowadzenia etapu „Konsultacje antynikotynowe w warunkach szpitalnych”... (wyszczególnienie działań)				
3.	Koszt przeprowadzenia etapu „Działania profilaktyczne w szkołach” ... (wyszczególnienie działań)				
4.	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenie personelu medycznego” ... (wyszczególnienie działań)				do 10% wszystkich koszt. bezp.
5.	Koszt przeprowadzenia etapu „Działania informacyjno-edukacyjne” ... (wyszczególnienie działań)				do 15% wszystkich koszt. bezp.
...					
SUMA					

W poniższej tabeli przedstawiono zakres kosztów bezpośrednich, który powinien zostać uwzględniony w budżecie PPZ w związku z prowadzeniem Punktów Konsultacyjnych. Wskazane poniżej elementy są niezbędne w prawidłowym planowaniu, organizowaniu i realizacji wszystkich etapów. Konieczne jest uwzględnienie wszystkich niżej wymienionych elementów – istnieje natomiast możliwość dostosowania tego zakresu do możliwości realizatorskich JST, wraz ze wskazaniem uzasadnienia wybrania/uzupełnienia poszczególnych kosztów.

Element interwencji	Koszty
Koszty osobowe (zatrudniony personel)	<p>Koszty zatrudnienia pracownika/pracowników na podstawie umowy o pracę lub innej formy zatrudnienia (np. umowa zlecenia) wraz ze wszystkimi składowymi wynagrodzenia i kosztami pracodawcy w części etatu w jakiej dana osoba realizuje wyłącznie zadania z zakresu działalności Punktu Konsultacyjnego.</p> <p>Zakres obowiązków pracownika powinien określać w jakiej części (również w ujęciu procentowym) pracownik realizuje zadania w zakresie działań realizowanych w ramach programu.</p> <p>Koszty wynagrodzeń mogą być finansowane proporcjonalnie do realizowanych zadań wskazanych w zakresie Punktu Konsultacyjnego, zgodnie z zakresami obowiązków służbowych poszczególnych pracowników.</p> <p>Zakwalifikowanie kosztów osobowych może nastąpić pod warunkiem ich spójności ze sprawozdaniem z realizacji zadań w ramach Punktu Konsultacyjnego.</p> <p>Koszty osobowe są w wysokości odpowiadającej stawkom faktycznie stosowanym przez samorząd poza obsługą Punktu Konsultacyjnego – na analogicznych stanowiskach lub na stanowiskach wymagających analogicznych kwalifikacji jak do obsługi Punktu (dotyczy to również pozostałych składników wynagrodzenia, w tym nagród i premii). Podstawą jest regulamin wynagradzania, oraz lista płac pracowników.</p>

Element interwencji	Koszty
Koszty wyposażenia	Uwzględnienie poszczególnych kosztów uruchomienia i prowadzenia Punktu Konsultacyjnego, w tym zakupu sprzętu wskazanego w rozdziale 5.4.2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, m.in.: stanowisko komputerowe, telefon, materiały eksploatacyjne oraz wynajem powierzchni biurowych/gabinetowych lub innych stanowisk niezbędnych do realizacji działań Punktu Konsultacyjnego.
Koszt prowadzenia działań edukacyjnych	<p>Prowadzenie działań edukacyjnych i informacyjnych w ramach działalności Punktu Konsultacyjnego powinny obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wydruk i dystrybucja materiałów, • wynajem nośników reklamy zewnętrznej, • zakup czasu antenowego w rozgłośni radiowej/telewizyjnej, • zakup reklamy i artykułów sponsorowanych w prasie i Internecie, • organizacja spotkań informacyjnych z zakresu realizacji PPZ w instytucjach i podmiotach leczniczych istniejących na terenie JST. <p>Należy także uwzględnić koszty związane z prowadzeniem działań profilaktycznych w szkołach (np. gadżety, projektory, laptopy).</p>

Zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert. W poniższej tabeli przedstawiono szacunkowe koszty możliwych do realizacji świadczeń w ramach PPZ (aktualne na dzień wydania niniejszej rekomendacji).

Możliwe świadczenia w ramach PPZ	Wycena świadczeń gwarantowanych [PLN]*	Zakres kosztu rynkowego [PLN]**
Poradnictwo antynikotynowe	40,10	–
Wstępna antynikotynowa porada specjalistyczna	139,58	121-350
Antynikotynowa porada kontrolna	93,10	–
Antynikotynowe porada kontrolna w cyklu leczenia farmakologicznego	93,10	–
Antynikotynowe porada kontrolna w cyklu psychoterapii grupowej lub indywidualnej	93,10	–
Sesja antynikotynowej psychoterapii indywidualnej	186,06	123,50-300
Sesja antynikotynowej psychoterapii grupowej (udział 1 osoby)	46,48	100-160

*wycena świadczeń gwarantowanych z dnia 1.07.2023

**w oparciu o analizę AOTMiT dotyczącą taryfy świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.30.2022

Zgodnie z danymi przekazanymi przez świadczeniodawców za okres lutego 2023 roku, średni koszt związany z zapewnieniem personelu medycznego wykonującego określone w programie działania wynosi:

- 108,18 zł/h brutto (tj. wraz z kosztem pracodawcy) – godzinowy koszt pracy lekarza bez specjalizacji;
- 78,53 zł/h brutto (tj. wraz z kosztem pracodawcy) – godzinowy koszt pracy psychologa klinicznego; pracownika wymagającego wyższego wykształcenia na poziomie magisterskim i specjalizacji; pielęgniarki z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położnej z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 61,60 zł/h brutto (tj. wraz z kosztem pracodawcy) – godzinowy koszt pracy pielęgniarki; położnej; psychologa; pracownika wykonującego zawód medyczny wymagający wyższego wykształcenia na poziomie magisterskim; pielęgniarki, położnej z wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją; pielęgniarki, położnej ze średnim wykształceniem i specjalizacją.

5.6.2. Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20XX r.	
20XX r.	
20XX r.	
Koszt całkowity	

5.6.3. Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana, na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.), raportu nr OT.434.6.2022 pn. „Profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny)”, data ukończenia raportu: maj 2023 oraz po uzyskaniu opinii Rady Przejrzystości nr 73/2023 z dnia 8 maja 2023 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny).

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości nr 73/2023 z dnia 8 maja 2023 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny)
Raport	Raport nr OT.434.6.2022 pn. „Profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny)”, Warszawa, Maj 2023
Źródła rekomendacji	
AAP 2021	American Academy of Pediatrics (2021). Practice Tools to Address Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure. Pozyskano z: https://www.aap.org/en/patient-care/tobacco-control-and-prevention/clinical-practice/practice-tools-to-address-tobacco-use-and-secondhand-smoke-exposure/ , dostęp z 31.10.2022
CDC 2021	Centers for Disease Control and Prevention (2021). Clinical Interventions to Treat Tobacco Use and Dependence Among Adults. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/tobacco/patient-care/care-settings/clinical/index.html , dostęp z: 06.10.2022
NCEC 2022	Department of Health (2022). Stop Smoking (NCEC National Clinical Guideline No. 28). Pozyskano z: https://www.gov.ie/en/collection/c9fa9a-national-clinical-guidelines , dostęp z 22.08.2022
MZPE 2022	Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7/8: 24-40
AAPD 2020	American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Policy on tobacco use. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. 103-7
NICE 2023	National Institute for Health and Care Excellence (2023) Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE Guideline 209. Pozyskano z: www.nice.org.uk/guidance/ng209 , dostęp z 13.04.2023
NZMH 2021	Ministry of Health – New Zealand (2021). Background and Recommendations for the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking, Wellington, Ministry of Health
RACGP 2021	The Royal Australian College of General Practitioners (2021). Supporting smoking cessation: A guide for health professionals. Pozyskano z: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation , dostęp z 25.08.2022
USPSTF 2021	US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions , dostęp z 11.04.2023
ANA 2020	American Nurses Association (2020). Position statement – Prevention and Cessation of Tobacco and Other Nicotine Products. (2020). Pozyskano z: https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/prevention-and-cessation-of-tobacco-and-other-nicotine-products/ , dostęp z 31.10.2022
CBH 2022	Community Behavioral Health (2022). Clinical Guidelines: Treatment of Tobacco Use Disorder. Pozyskano z: https://cbhphilly.org/wp-content/uploads/2022/10/CBH_CPG_TUD-Treatment_2022-08.pdf , dostęp z 30.10.2022
NZIP PZH-PIB 2020	Balwicki Ł., Cedzyńska M., Koczkodaj P. et al. (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M.pdf , dostęp z 01.11.2022
CPSTF 2019	Community Preventive Services Task Force (2019). Tobacco Use: Internet-based Interventions to Increase Tobacco Use Cessation. Pozyskano z: https://www.thecommunityguide.org/findings/tobacco-use-internet-based-cessation-interventions.html , dostęp z 29.08.2022
Niezależny zespół ekspertów 2019	Willemsen M. C., Walters B. H., Kotz D. et al. (2019). Recommendations on how to achieve tobacco-free nations in Europe. Tob. Prev. Cessat. 5: 24
ACC 2018	American College of Cardiology (2018). 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Pozyskano

	z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718388594?via%3Dihub , dostęp z 14.04.2023
ACPM 2018	Livingston C. J., Freeman R. J., Costales, V. C. et al. (2019). Electronic Nicotine Delivery Systems or E-cigarettes: American College of Preventive Medicine's Practice Statement. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 56(1): 167-178
KPE 2018	Rzyman W., Didkowska J., Dziedzic R. et al. (2018). Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. <i>Adv. Respir. Med.</i> 86(1): 53-74
CTFPHC 2017	Thombs B. D., Jaramillo Garcia A., Reid D. et al. (2017). Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. <i>CMAJ.</i> 189(8):E310-E316
ATTUD/SRNT 2016	Fucito L. M., Czabaty S., Hendricks P. S. et al. (2016). Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence (ATTUD)/Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Synergy Committee. (2016). Pairing smoking-cessation services with lung cancer screening: A clinical guideline from the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence and the Society for Research on Nicotine and Tobacco. <i>Cancer.</i> 122(8): 1150-1159
ESC 2016	Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). <i>Eur. Heart. J.</i> 37(29): 2315-2381
NCCN 2016	Shields P. G., Herbst R. S., Arenberg D. et al (2016). Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. <i>J. Natl. Compr. Canc. Netw.</i> 14(11): 1430-1468
AAP 2015	Farber H. J., Walley S. C., Groner J. A. et al. (2015). Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. <i>Pediatrics.</i> 136(5): 1008-17
CDC/NIOSH 2015	Castellan R. M., Chosewood L. C., Trout D. et al. (2015). Promoting health and preventing disease and injury through workplace tobacco policies. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/niosh/docs/2015-113/default.html , dostęp z 30.10.2022
WHO 2013	World Health Organization (2013). WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14 – 2013 edition. Pozyskano z: https://apps.who.int/iris/handle/10665/80510 , dostęp z 31.10.2022
Problem zdrowotny/epidemiologia	
BASiW 2023	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2023). Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/ , dostęp z 19.04.2023
BSCCh 2023	Biuro do spraw Substancji Chemicznych (2023). Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna dla Biura do spraw Substancji Chemicznych – listopad 2023. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/chemikalia/monitorowanie-rynku-e-papierosow , dostęp z 15.12.2023
ENSP 2020	European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2020). Guidelines for treating tobacco dependence. Pozyskano z https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf
IHME 2023	Institute for Health Metrics and Evaluation (2023). Global Burden of Disease Study. Pozyskano z: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ , dostęp z 19.04.2023
Jankowski 2023	Jankowski M., Ostrowska A., Sierpiński R. et al. (2023). The Prevalence of Tobacco, Heated Tobacco, and E-Cigarette Use in Poland: A 2022 Web-Based Cross-Sectional Survey. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health.</i> 19(8): 4904
MZPE 2022	Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. <i>Med. Prakt.</i> 7/8: 24-40
NIZP PZH-PIB 2020	Balwicki Ł., Cedzyńska M., Koczkodaj P. et al. (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M.pdf , dostęp z 01.11.2022
WHO/IARC 2004	World Health Organization/International Agency For Research On Cancer (2004). IARC monographs on evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Pozyskano z: https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono83.pdf , dostęp z 19.04.2023

Źródła przeglądów systematycznych	
Carson-Chahhoud 2019	Carson-Chahhoud K., Livingstone-Banks J., Sharrad K. et al. (2019). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD003698
Carson-Chahhoud 2017	Carson-Chahhoud K., Ameer F., Sayehmiri K. et al. (2017). Mass media interventions for preventing smoking in young people. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 6 (6):CD001006
Choi 2021	Choi Y., Lee C., Cho B., et al. (2021). Behavioral interventions for smoking cessation among adolescents: A rapid review and meta-analysis for the Korea Preventive Services Task Force. <i>Osong. Public Health Res. Perspect.</i> 12(3): 177-186
Coppo 2014	Coppo A., Galanti M., Giordano L. et al. (2014). School policies for preventing smoking among young people. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2014(10): CD009990
Fanshawe 2017	Fanshawe T., Halliwell W., Lindson N. et al. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 11(11): CD003289
Ghorai 2014	Ghorai K., Akter S., Khatun F. et al. (2014). mHealth for smoking cessation programs: a systematic review. <i>J. Pers. Med.</i> 4(3): 412-23
Hartmann-Boyce 2019	Hartmann-Boyce J., Hong B., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 6: CD009670
Hartmann-Boyce 2018	Hartmann-Boyce J., Chepkin S. C, Ye W. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. (2018). <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 5: CD000146
Hefler 2017	Hefler M., Liberato S., Thomas D. (2017). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 6: CD008645
Isensee 2012	Isensee B., Hanewinkel R. (2012). Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. <i>Eur. Addict. Res.</i> 18(3): 110-115
Lancaster 2017	Lancaster T., Stead L. (2017) Individual behavioural counselling for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 3: CD001292
Lindson 2021	Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 9: CD011556
Lindson 2019a	Lindson N., Klemperer E., Hong B. et al. (2019). Smoking reduction interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 9: CD013183
Lindson 2019b	Lindson N., Thompson T., Ferrey A. et al. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 7: CD006936
Livingstone-Banks 2019	Livingstone-Banks J., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 1: CD001118
Mannocci 2019	Mannocci A., Backhaus I., D'Egidio V. et al. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. <i>Health. Policy.</i> 123(5): 480-491
Marcano-Belisario 2012	Marcano Belisario J., Bruggeling M., Gunn L. et al. (2012) Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 12: CD009187
Matkin 2019	Matkin W., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. et al (2019). Telephone counselling for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 5: CD002850
Myung 2019	Myung S-K., Park J-Y. (2019). Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Nicotine. Tob. Res.</i> 21(11): 1473-1479
Nanninga 2018	Nanninga S., Lhachimi S., Bolte G. (2018). Impact of public smoking bans on children's exposure to tobacco smoke at home: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Public Health.</i> 18(1): 749
Notley 2019	Notley C., Gentry S., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Incentives for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 7(7): CD004307
Park 2015	Park, E. and Drake, E. (2015), Systematic Review: Internet-Based Program for Youth Smoking Prevention and Cessation. <i>Journal of Nursing Scholarship.</i> 47: 43-50
Peirson 2016	Peirson L., Ali M., Kenny M. et al. (2016). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. <i>Prev. Med.</i> 85: 20-31

Rice 2017	Rice V., Heath L., Livingstone-Banks J. et al. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 12: CD001188
Selph 2020	Selph S., Patnode C., Bailey S. et al. (2020). Primary Care-Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. <i>JAMA.</i> 323(16): 1599-1608
Shackleton 2016	Shackleton N., Jamal F., Viner R., et al. (2016). School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. <i>J. Adolesc. Health.</i> 58(4): 382-396
Stead 2013	Stead L. F., Buitrago D., Preciado N. et al. (2013). Physician advice for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 5: CD000165
Stead 2016	Stead L. F., Koilpillai P., Fanshawe T. R. et al. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 3: CD008286
Suls 2012	Suls J., Luger T., Curry S. et al. (2012). Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: A meta-analysis. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 42(6): 655-662
Thomas 2013b	Thomas R. E., McLellan J., Perera R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2013(4): CD001293
Ussher 2019	Ussher M. H., Faulkner G. E. J., Angus K. et al. (2019). Exercise interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD002295
Villanti 2020	Villanti A., West J., Klemperer E. et al. (2020). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: Updated Systematic Review. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 59(1): 123-136
Pozostałe	
Project EX	University of Southern California Institute for Prevention Research. (2023). Project EX. Pozyskano z: https://projectex.usc.edu/ , dostęp z 28.07.2023
Stop Fejk Friends	Ministerstwo Zdrowia. (2023). Stop Fejk Friends. Pozyskano z: http://stopfejkfriends.pl/ , dostęp z 28.07.2023