



Skutki regulacji prawnych dotyczących zakazu palenia tytoniu w szpitalach psychiatrycznych: pilotażowy monitoring po 18 miesiącach obowiązywania nowych przepisów¹

Implementation of the no-smoking law in psychiatric hospitals in Poland after 18 months: preliminary pilot monitoring results

TOMASZ SZAFRAŃSKI, MAREK JAREMA

III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

STRESZCZENIE

Cel. Zaprezentowanie wyników pilotażowego monitoringu skutków ustawy wprowadzającej bezwzględny zakaz palenia w szpitalach psychiatrycznych po 18 miesiącach od wejścia przepisów w życie.

Metoda. Ankieta dotycząca faktycznego wprowadzenia w życie i egzekwowania zakazu palenia, w tym dostępności i źródeł finansowania programów terapeutycznych i środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny.

Wyniki. Wyniki opracowano na podstawie 33 ankiet ze szpitali i oddziałów psychiatrycznych z 8 województw Polski. Wynika z nich, że całkowity zakaz palenia wprowadzono i jest on bezwzględnie egzekwowany jedynie w 10% placówek, i są to oddziały dziecięco-młodzieżowe oraz odwykowe. W 85% placówek nie wprowadzono programów terapeutycznych leczenia uzależnienia od tytoniu, w 94% nie są dostępne środki farmakologiczne stosowane w leczeniu uzależnienia. W 2011 roku żadna placówka nie uzyskiwała dodatkowych środków finansowych na wprowadzanie programów antytytoniowych. Wprowadzenie całkowitego zakazu palenia jest postrzegane przez większość psychiatrów kierujących oddziałami i szpitalami jako niemożliwe.

Wnioski. Od czasu wprowadzenia w 2010 roku nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych nie wprowadzono faktycznego zakazu palenia w większości badanych placówek psychiatrycznych. Zmiana Ustawy nie wpłynęła na wzrost dostępności programów profilaktycznych i terapeutycznych adresowanych do pacjentów hospitalizowanych z powodu poważnych zaburzeń psychicznych. Skuteczne wprowadzenie zakazu palenia wymaga przygotowania i wdrożenia ogólnopolskich programów leczenia uzależnienia od tytoniu adresowanych do chorych z zaburzeniami psychicznymi hospitalizowanych w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych.

ABSTRACT

Aim. In 2010 a no-smoking law removing an exemption for mental health institutions was introduced in Poland. This report summarizes the initial monitoring results, and offers preliminary observations about the first 18 months of the law's implementation.

Methods. A questionnaire was circulated to psychiatric hospitals and psychiatric wards to gather information about the level of implementation of the no-smoking law. Also, we asked for information about the accessibility and sources of financing for smoking cessation therapy and pharmacotherapy.

Results. The results are based on the questionnaires sent back from 33 wards and hospitals from 8 provinces (voivodeships) in Poland. A total smoking ban was introduced in 10% of the institutions, mainly addiction and child psychiatry units. Eighty five per cent of the institutions had not introduced any therapeutic smoking cessation programs. Also, no pharmacological smoking cessation drugs were accessible in ninety four per cent of the institutions monitored. In 2011 hospitals and psychiatric wards received no additional financing for the implementation of the no-smoking law. A majority of psychiatrists considers that implementation of the no-smoking law in psychiatric institutions is impossible.

Conclusions. Since 2010, when the no-smoking law removing an exemption for mental health institutions was introduced, there has been no significant progress in the implementation of the policy or towards making the indoor premises of mental health institutions smoke-free.

¹ Wyniki monitoringu prezentowane w tym artykule zostały wcześniej częściowo przedstawione na konferencji „Palenie tytoniu przez pacjentów uzależnionych od alkoholu” w dniu 16.04.2012 w Warszawie.

Słowa kluczowe: zakaz palenia tytoniu / szpital psychiatryczny / implementacja przepisów

Key words: smoking cessation / mental health service / implementation smoke-free

Szacuje się, że palenie tytoniu jest przyczyną śmierci 695 tys. ludzi rocznie w Unii Europejskiej. Koszty, które niesie to dla gospodarki UE, to ok. 100 mld euro. Obecnie średnia liczba osób palących dla krajów Unii Europejskiej wynosi 28%, Polska z odsetkiem 32% plasuje się wśród krajów z najwyższym odsetkiem osób palących. Więcej, bo aż 40% osób palących jest w Grecji i Bułgarii oraz na Łotwie (36%), zaś najmniej w Szwecji (13%). Około 20% respondentów w Polsce deklaruje, że są byłymi palaczami. W porównaniu z rokiem 2006 odsetek osób palących zmalał o 3%, zaś w stosunku do 2009 o 1%. Ogółem wśród badanych w Polsce 69% deklaruje, że próbowało rzucić palenie. Badania opinii publicznej pokazują, że większość Europejczyków opowiada się za nasileniem walki z paleniem tytoniu, jednakże poziom akceptacji dla działań antytytoniowych jest różny. Obecnie we wszystkich krajach Unii Europejskiej wprowadzono całkowity zakaz palenia w takich zamkniętych miejscach publicznych, jak: dworce, kawiarnie, bary i restauracje. W ślad za tymi regulacjami obserwuje się wyraźny spadek narażenia na dym tytoniowy. Na przykład w restauracjach, w porównaniu z rokiem 2009, największy spadek narażenia na dym tytoniowy dotyczył Hiszpanii (-68%), Holandii (-63%), Cypru (-37%), Polski (-22%) i Austrii (-21%) [1].

Spadek narażenia na dym tytoniowy w Polsce wynika z zaostrzenia przepisów – 8 października 2010 r. weszła w życie ustawa o zmianie Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 kwietnia 2010 r. [2]. W artykule 5 ustawy m.in. stwierdzono, że zabrania się palenia wyrobów tytoniowych na terenie przedsiębiorstw podmiotów leczniczych i w pomieszczeniach innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Istotna zmiana dotyczyła artykułu 5a: wymieniono tam miejsca, w których właściciel lub zarządzający może wyznaczyć palarnię: w domach pomocy społecznej lub domach spokojnej starości, w hotelach, w obiektach służących obsłudze podróżnych, na terenie uczelni, w pomieszczeniach zakładów pracy, w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych.

W trakcie prac legislacyjnych wykreślono figurujące dotychczas na tej liście oddziały i szpitale psychiatryczne. Regulacja ta została wprowadzona dość

nagle i nie była poprzedzona żadnymi konsultacjami ani przygotowaniem do wprowadzenia w szpitalach, wprawdzie pożądaną, lecz radykalnej zmiany. Co więcej, ustawodawca uznał, że wprowadzenie całkowitego zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych nie wymaga żadnych dodatkowych nakładów finansowych.

Jesienią 2010 i wiosną 2011 r. w prasie ukazało się kilkanaście artykułów o „likwidacji palarni w psychiatrykach”, a dyrektorzy szpitali protestowali przeciwko postanowieniom i trybowi wprowadzenia ustawy. Stanowisko Ministerstwa Zdrowia było zdecydowane: ogłoszono, że wprowadzenie ustawy to sukces, a wątpliwości środowiska psychiatrycznego i dyrektorów szpitali są nieuzasadnione, gdyż „psychiatrzy mają wszystkie potrzebne środki, aby walczyć z nałogiem palenia”. Urzędnicy wyrażali przekonanie, że dodatkowe nakłady finansowe są niepotrzebne i ubolewali nad brakiem w ustawie dostatecznych sankcji, które wymusiłyby jej egzekwowanie. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia uważali, że nowelizacja ustawy powinna iść w kierunku wprowadzenia kar dla dyrektorów szpitali, którzy nie wprowadzą zakazu palenia. NFZ nie zajmował oficjalnego stanowiska w sprawie zakazu palenia w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych i finansowania środków farmakologicznych wspomagających zaprzestanie palenia i utrzymywanie abstynencji.

W dniu 16 marca 2011 r., pod auspicjami Konsultantów Krajowych w dziedzinach Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w Instytucie Psychiatrii i Neurologii odbyła się konferencja *Szpital psychiatryczny wolny od dymu tytoniowego*. Konferencja zakończyła się przygotowaniem deklaracji-apelu, w którym stwierdzono między innymi, że palenie tytoniu to ogromny problem zdrowotny, a walka z paleniem w szpitalach psychiatrycznych jest jeszcze trudniejsza ze względu na specyfikę zaburzeń psychicznych. Stwierdzono, że zakaz palenia jest uzasadniony, ale jego natychmiastowe wprowadzenie jest niemożliwe. Konieczne jest rzetelne finansowanie leczenia nałogu palenia tytoniu i plan postępowania rozłożony w czasie (aneks 1).

Wówczas została już złożona w Sejmie poprawka firmowana przez posła Marka Balickiego i posłów lewicy, która w swojej istocie miała „przywrócić palarnie w szpitalach psychiatrycznych”. Takie sformułowanie poprawki było trudne do obrony.

Sejmowa Komisja Zdrowia (maj 2011 r.) postanowiła odrzucić poprawkę w pierwszym czytaniu. Charakterystyczne, że w czasie dyskusji podczas posiedzenia Komisji w ogóle nie zajmowano się faktyczną możliwością egzekwowania zakazu palenia. Przedstawiciel Samorządu Lekarskiego koncentrował się na tym, aby „uważać na działania lobby tytoniowego”, zaś przedstawiciele Ministra Zdrowia ponownie ubolewali nad brakiem sankcji, które można by było nakładać na osoby nieprzestrzegające ustawy.

Być może w efekcie deklaracji *Szpital psychiatryczny wolny od dymu tytoniowego* jesienią 2011 r., w przededniu zbliżających się wyborów parlamentarnych, Ministerstwo Zdrowia przesłało zapytanie do Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii, w którym zwróciło się o oszacowanie kosztów terapii antynikotynowej i farmakoterapii. Można było oczekiwać, że jest to zapowiedź przyjęcia bardziej niż początkowo racjonalnego stanowiska w sprawie kosztów wprowadzenia zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych. Jednakże żadne dalsze działania ze strony Ministerstwa Zdrowia nie nastąpiły. NFZ w kontraktach na 2012 r. nie przewidział żadnych dodatkowych środków na terapię antynikotynową.

Na zakończenie tego krótkiego zarysu historii wprowadzania przepisów dotyczących zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych wypada również odnotować brak istotnych działań w tej sprawie ze strony Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

CEL

Celem tej pracy jest przedstawienie wyników pilotażowego monitoringu skutków ustawy wprowadzającej bezwzględny zakaz palenia w szpitalach psychiatrycznych po 18 miesiącach od wejścia przepisów w życie.

METODA

W celu oceny skutków zmiany Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych przygotowano krótką ankietę zawierającą 11 pytań. Pytania ankiety dotyczyły tego, czy w placówce wprowadzono całkowity zakaz palenia i w jakim stopniu jest on faktycznie egzekwowany. Kolejne pytania dotyczyły tego, czy w placówce wprowadzono programy terapeutyczne leczenia uzależnienia od tytoniu i czy są dostępne

środki farmakologiczne stosowane w leczeniu uzależnienia od nikotyny. Na zakończenie ankieta zawierała pytania o to, czy placówka uzyskała w 2011 r. jakieś dodatkowe środki finansowe na wprowadzanie programów antytytoniowych adresowanych do pacjentów. Respondenci mieli także możliwość zanotowania swoich uwag dotyczących problemów związanych z wprowadzaniem bezwzględnego zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych.

BADANE OŚRODKI

Ankieta została rozesłana pod koniec marca 2012 r. przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii do konsultantów wojewódzkich z prośbą o przesłanie do dyrektorów szpitali i oddziałów działających na terenie województwa. Ankieta mogła być wypełniona anonimowo – należało podać jedynie dane pozwalające na ocenę wielkości placówki (liczba pacjentów/oddziałów psychiatrycznych). Termin zwrotu ankiety był określony na dzień 15 kwietnia 2012 r. Przedstawione wyniki dotyczą ankiet nadesłanych w kwietniu 2012 r. z 33 szpitali i oddziałów psychiatrycznych znajdujących się w 8 województwach.

WYNIKI

Ponieważ wyniki nadesłane z oddziałów w szpitalach ogólnych nie różniły się istotnie od danych, które napłynęły z dużych szpitali, zaprezentowano je poniżej łącznie. Podano odsetek odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety.

1. *Czy w szpitalu wprowadzono całkowity zakaz palenia?*
 - 10% tak, wprowadzono całkowity zakaz palenia i jest on bezwzględnie egzekwowany
 - 60% tak, wprowadzono całkowity zakaz palenia, ale palenie jest tolerowane
 - 30% nie wprowadzono całkowitego zakazu palenia

W komentarzach do tego pytania wskazywano, że zakaz palenia jest bezwzględnie egzekwowany w oddziałach dziecięco-młodzieżowych oraz w wypadku osób uzależnionych od alkoholu.
2. *Czy na oddziałach zamkniętych (całodobowych oddziałach psychiatrycznych) zlikwidowano palarnie?*
 - 35% tak, palarnie zlikwidowano we wszystkich oddziałach

- 0% tak, palarnie zlikwidowano w ponad 50% oddziałów
- 5% tak, palarnie zlikwidowano w mniej niż 50% oddziałów
- 60% nie: do tej pory nie zlikwidowano palarni na oddziałach całodobowych

Z komentarzy do tego pytania można było wnioskować, że co najmniej połowa odpowiedzi „tak” nie oznaczała faktycznej likwidacji palarni, a jedynie formalne „zdzjęcie szyldu” lub zastąpienie napisu „palarnia” innym, np. „klub pacjenta”.

3. *Jeżeli zlikwidowano palarnie, to czy tolerowane jest palenie przez pacjentów w niektórych miejscach na oddziale (takich jak łazienki, toalety, itp.)?*
 - 50% tak, jest tolerowane
 - 50% nie, nie jest tolerowane
4. *Czy w przypadku uporczywego łamania przez pacjenta zakazu palenia pacjent jest wypisywany ze szpitala (jeżeli jest leczony za zgodą)?*
 - 10% tak, łamanie zakazu palenia skutkuje wypisem ze szpitala
 - 90% nie, łamanie zakazu palenia nie skutkuje wypisem ze szpitala

Jednej z twierdzących odpowiedzi towarzyszył komentarz, że łamanie zakazu palenia w miejscach niedozwolonych skutkuje wypisem z oddziału terapii odwykowej.

5. *Czy w przypadku palenia w miejscach niedozwolonych i stwarzania zagrożenia pożarowego stosuje się unieruchomienie lub izolację chorych?*
 - 0% tak, stosuje się i od czasu wprowadzenia zakazu palenia liczba zastosowanych środków bezpośredniego przymusu w takich wypadkach wzrosła
 - 3% tak, stosuje się, ale od czasu wprowadzenia zakazu palenia liczba zastosowanych środków bezpośredniego przymusu w takich wypadkach nie zmieniła się
 - 0% tak, stosuje się, ale od czasu wprowadzenia zakazu palenia liczba zastosowanych środków bezpośredniego przymusu w takich wypadkach spadła
 - 97% praktycznie (absolutnie) nie ma przypadków unieruchomienia w takich przypadkach
6. *Czy w szpitalu wprowadzono programy terapeutyczne leczenia uzależnienia od tytoniu adresowane dla chorych leczonych w oddziałach psychiatrycznych?*
 - 15% tak
 - 85% nie

Większość twierdzących odpowiedzi dotyczyła programów terapeutycznych w oddziałach odwykowych, a nie oddziałach ogólnopsychiatrycznych.

7. *Czy w szpitalu są dostępne środki farmakologiczne stosowane w leczeniu uzależnienia od nikotyny (leki, plastry, gumi itp.)?*
 - 6% tak
 - 94% nie
8. *Jeżeli są dostępne, to proszę wymienić, jakie: Dostępność środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu uzależnień zadeklarowano jedynie w dwóch placówkach spośród 33, które odpowiedziały na ankietę. W ankietach wymieniono następujące środki: Nicorette, Niquitin, Tabacoff, Tabex i Champix.*
9. *Jakie jest zapotrzebowanie na środki farmakologiczne ze strony pacjentów?*
 - 3% ponad 75% chorych korzysta ze środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny
 - 3% około 50–75% chorych korzysta ze środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny
 - 3% około 25–49% chorych korzysta ze środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny
 - 91% mniej niż 25% chorych korzysta ze środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny
10. *Czy w 2011 roku szpital uzyskał dodatkowe środki finansowe na wprowadzenie programów antytytoniowych adresowanych do pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych?*
 - 100% nie

Na końcu ankiety znajdowało się miejsce na wpisanie uwag dotyczących problemów związanych z wprowadzaniem bezwzględnego zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych. Pogrupowano je tematycznie i zacytowano poniżej najbardziej reprezentatywne.

Zdaniem kilku z ankietowanych wprowadzenie bezwzględnego zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych jest niemożliwe do wyegzekwowania, ponieważ: „wprowadzenie bezwzględnego zakazu palenia przez pacjentów w szpitalu psychiatrycznym jest niemożliwe, gdyż należy uwzględnić przy tym stan psychiczny osób przebywających w szpitalu – często nie z własnej woli”; „wprowadzanie bezwzględnego zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych jest niemożliwe do wyegzekwowania”, „bezwzględny zakaz palenia papierosów w warun-

kach stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych jest nieporozumieniem”. Do tej grupy możemy zaliczyć także kilka wypowiedzi podkreślających, że: „tytoń jest legalny” i w związku z tym „brak zakazu (podstaw do jego wprowadzenia) posiadania wyrobów tytoniowych i źródeł ognia na oddziałach”; „nie wyobrażamy sobie sytuacji, w której mielibyśmy rewidować pacjentów na okoliczność posiadania legalnego środka, jakim jest tytoń, czy stosowali zabezpieczenie ochronne w przypadku palenia tytoniu, np. w ubikacji (bez zagrożenia pożarowego)”.

Druga grupa wypowiedzi przedstawiała argumenty związane z potencjalnym zagrożeniem pożarowym oraz większym narażeniem osób niepalących na kontakt z dymem tytoniowym w przypadku niekontrolowanego palenia tytoniu w szpitalu: „w oddziale psychiatrycznym zachowanie abstynencji od palenia jest dla wielu pacjentów bardzo trudne i skutkuje licznymi próbami palenia w miejscach niedozwolonych, co może stwarzać zagrożenie pożarowe”; „palenie tytoniu w innych niż wyznaczone miejsca naraża pacjentów niepalących na kontakt z dymem papierosowym, stwarza to również niebezpieczeństwo podpaień i pożarów z powodu próby palenia przez pacjentów papierosów w ukryciu, np. pod kołdrą”; „po wprowadzeniu całkowitego zakazu palenia pacjenci nadal palili w niedozwolonych miejscach, co skutkowało wzrostem zagrożenia pożarowego – ponownie otwarto palarnie, „teraz palenie jest pod kontrolą i nie stanowi zagrożenia pożarowego dla innych chorych”; „zachowano palarnię ze względu bezpieczeństwa pożarowego”. Do tej grupy argumentów przeciw wprowadzeniu całkowitego zakazu palenia można zaliczyć również pojedyncze stwierdzenia wskazujące na fakt, że egzekwowanie zakazu palenia prowadzi do wzrostu agresji pacjentów wobec personelu, do roszczeń ze strony pacjentów i ich rodzin, wreszcie utrudnienia procesu leczenia: „uważamy również, że bezwarunkowe wprowadzenie zakazu palenia w oddziałach ogólnopsychiatrycznych może skutkować utrudnieniami w procesie terapeutycznym (jako potencjalne źródło konfliktów w oddziale), a w przypadkach skrajnych nawet przedwczesnym wypisaniem się pacjenta z oddziału”.

Kilka wypowiedzi wskazywało na barierę, jaką są koszty wprowadzania bezwzględnie zakazu palenia: „koszt, biorąc pod uwagę ilość pacjentów, wyniósłby 14 800 zł na 1 kurację lekiem Tabex dla wszystkich palących, ale (...) należy mieć na uwadze działania niepożądane tego leku; lek ten nie powinien być podawany ludziom zaburzonym psychicznie, a tym

bardziej pacjentom psychiatrycznym”; „podanie leku substytucyjnego, np. Niquitin, zwiększa koszt leczenia wszystkich pacjentów uzależnionych od nikotyny do około 100 tys. zł”; „średni koszt farmakoterapii to 200 zł miesięcznie na osobę, zatrudnienie terapeuty uzależnień kosztuje ok. 2500 zł × liczba etatów – łączny koszt to ok. 1,7 mln zł”, „wcześniej obowiązujące przepisy wymusiły na szpitalach poniesienie kosztów finansowych na utworzenie palarni, szpitale poniosły koszty finansowe na ich utworzenie, a następnie wprowadzono całkowity zakaz palenia tytoniu”, „bezwzględny zakaz palenia będzie można wprowadzić sukcesywnie w momencie wprowadzenia obowiązkowych programów terapeutycznych i farmakoterapii, a to wiąże się z nakładami finansowymi (zatrudnienie terapeutów, zakup środków farmakologicznych i innych trudnych do przewidzenia w tym momencie)”.

Kolejny zbiór wypowiedzi pojawiających się w ankiecie wskazuje na brak motywacji pacjentów i problemy związane z wymuszaniem zaprzestania palenia w sytuacji zaostrzenia choroby psychicznej: „pacjenci nie są zainteresowani leczeniem nałogu nikotynizmu i brak podstaw prawnych do ich przymusowego leczenia”; „jednocześnie uważamy, że leczenie uzależnienia od palenia tytoniu powinno wynikać z autonomicznej decyzji każdego pacjenta i nie ma sensu wdrażanie kosztownych programów terapeutyczno-lekowo-substytucyjnych, jeśli pacjent wprost deklaruje, że nie zamierza kontynuować takiej terapii w warunkach ambulatoryjnych – czy to z braku zamiaru zaprzestania palenia, czy braku środków finansowych na zakup farmaceutyków”; „u osób w psychozie nie jest wskazane, aby dodatkowo w ostrym stanie wprowadzać zakaz palenia – realizacja programów antynikotynowych jest pożądana w stanie poprawy”; „decyzja wymaga świadomej zgody – to nie zawsze jest możliwe u pacjentów w zaostrzeniu choroby”.

Wreszcie kilka wypowiedzi wskazywało na brak informacji o zasadach programów terapeutycznych, brak materiałów psychoedukacyjnych.

Kilku respondentów wyrażało nadzieję, że sprawy będą jednak zmieniały się w dobrym kierunku: „wydaje się, że mimo braku praktycznie zmian co do palenia tytoniu w oddziale – to nie spotyka się już pacjentów przechadzających się z papierosem i palących papierosy, np. do kawy. Pacjenci palą często sami w części ogródka bądź wydzielonej części świetlicy – w przyszłości jednak to miejsce nie ma służyć temu celowi, więc dojdzie do dalszego zmniejszenia liczby takich miejsc”.

Opis „dobrej praktyki” został nadesłany jedynie przez jedną placówkę (aneks 2).

DYSKUSJA

Artykuł przedstawia pierwszą od czasu obowiązywania nowelizacji ustawy antytytoniowej w Polsce próbę oceny skutków jej wprowadzenia w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach w szpitalach ogólnych. Z uzyskanych danych wynika, że w większości (90%) placówek nie wprowadzono bezwzględnie zakazu palenia na oddziałach bądź pozostawiono nieformalne palarnie bądź palarnie zlikwidowano, ale tolerowane jest palenie w innych miejscach (na przykład w toaletach). Ta ostatnia praktyka skutkuje oczywiście większym narażeniem na dym tytoniowy osób niepalących niż w przypadku ścisłego ograniczenia palenia tylko do pomieszczenia palarni. Zakaz palenia jest bezwzględnie egzekwowany w oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży oraz niektórych oddziałach terapii odwykowej. Przypadki wypisania chorych ze szpitala za złamanie zakazu palenia dotyczyły właśnie chorych leczonych odwykowo. Prawie wszyscy ankietowani zaprzeczyli, aby w przypadkach palenia w miejscach niedozwolonych i stwarzania zagrożenia pożarowego stosowano unieruchomienie lub izolację.

W ciągu 18 miesięcy od wprowadzenia nowych przepisów w większości placówek, które nadesłały wypełnione ankiety, nie wprowadzono żadnych programów profilaktycznych ani terapeutycznych dla osób uzależnionych od tytoniu. Zasady rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu są dobrze opisane w piśmiennictwie [3, 4, 5, 6].

W większości placówek nie są dostępne środki farmakologiczne stosowane w leczeniu nikotynizmu. Wśród środków wymienianych jako dostępne nie było bupropionu. Tymczasem według opracowań bazy Cochrane to właśnie bupropion jest lekiem, który pomaga chorym na schizofrenię w ograniczeniu lub zaprzestaniu palenia [7]. Bupropion nie powodował pogorszenia stanu psychicznego chorych ani innych poważnych działań niepożądanych. Zbyt mało badań dotyczyło nikotynowej terapii zastępczej i interwencji psychospołecznych, aby można było ocenić ich skuteczność [7]. Stosowanie bupropionu u chorych z zaostrzeniem psychozy budzi jednak oczywiście kontrowersje i u takich pacjentów NTZ wydaje się lepszym rozwiązaniem [8].

W kontekście małej dostępności tych leków trudno interpretować odpowiedź na pytanie o zapotrzebowanie na nie pacjentów. Czy niewielkie zapotrzebowanie wynika z tego, że w większości szpitali i oddziałów nie ma faktycznego zakazu palenia i leków tego typu się nie proponuje, czy też z tego, że rzeczywiście

mniej niż 25% pacjentów jest nimi zainteresowana. Wymaga to bardziej precyzyjnej oceny zwłaszcza wobec faktu, że odsetek chorych, którym należy zapewnić leki w szpitalu, jest istotny dla oszacowania kosztów. Na oddziale całodobowym Instytutu Psychiatrii i Neurologii w przypadku konieczności zaprzestania palenia na oddziale ponad 80% chorych palących papierosy deklarowało zapotrzebowanie na preparaty nikotynozastępcze.

Zarówno terapie NTZ, jak i leki (bupropion) są kosztowne. Skuteczna interwencja wobec osób hospitalizowanych powinna obejmować także interwencje psychospołeczne [9]. Tymczasem w 2011 roku żadna z placówek nie dostała dodatkowych środków finansowych z NFZ lub z innego źródła.

Nasza ankieta nie badała wiedzy lekarzy psychiatrów na temat pomocy w zaprzestaniu palenia – jednakże wiemy, że wśród wielu z nich nastawienie do wprowadzenia całkowitego zakazu palenia na oddziałach psychiatrycznych jest zdecydowanie negatywne, choć dane z piśmiennictwa świadczą o tym, że po odpowiednim przygotowaniu możliwe jest wprowadzenie zakazu palenia nawet w placówkach zajmujących się najczęściej chorymi pacjentami [10].

Ciekawy obraz wyłania się z analizy uwag i problemów związanych z wprowadzaniem zakazu palenia. Wydaje się, że można na ich podstawie postawić mocną tezę, że w ciągu osiemnastu miesięcy niestety nie doszło do żadnej istotnej zmiany, jeśli chodzi o postawę wobec wprowadzenia zakazu palenia w oddziałach i szpitalach psychiatrycznych ze strony kierujących szpitalem i oddziałami. A zatem zakaz jest postrzegany przez wielu psychiatrów jako niemożliwy do wyegzekwowania i niosący ze sobą zagrożenie pożarem, agresją, wzrostem napięcia. Można stwierdzić, że „tytoń jest cały czas na szczególnych prawach”, a personel szpitali nie wyobraża sobie wprowadzenia zakazu w sytuacji, gdy „tytoń jest legalny”. Chociaż trzeba zauważyć, że alkohol w Polsce także jest legalny, a jednak pić na oddziale nie wolno i nie tworzy się miejsc do spożywania alkoholu. Także dla osób uzależnionych. Przebieg nikotynowego zespołu abstynencyjnego jest bez porównania łagodniejszy i nie ma tak groźnych powikłań jak alkoholowy zespół abstynencyjny.

Część odpowiedzi pokazuje również faktyczne trudności, na które natrafia wprowadzenie bezwzględnego zakazu palenia i konieczność wycofania się z wprowadzonego zakazu na skutek niemożności wyegzekwowania go u chorych, oraz faktyczny wzrost narażenia osób niepalących na kontakt z dymem tytoniowym.

Niestety brak jest jakiegokolwiek skoordynowanej akcji, która miałaby na celu stopniowe wprowadzenie zakazu palenia w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych wzorowanej na przykład na działaniach prowadzonych w Szkocji [3]. Pięć kluczowych elementów wymienianych w takich programach to: (1) ustanowienie odpowiedniego lidera i zespołu wprowadzającego zmiany, (2) odpowiedni czas i staranne zaplanowanie działań, (3) konsultacje i współpraca z różnymi grupami uczestniczącymi w tym przedsięwzięciu (pacjenci, personel, zarząd szpitala), (4) jasne zakomunikowanie nowej polityki i pokazanie spodziewanych pozytywnych efektów, wreszcie (5) spójne wprowadzanie nowej polityki „środowiska wolnego od dymu tytoniowego” w życie.

Przygotowanie materiałów edukacyjnych, planów działania, zasad prowadzenia terapii antynikotynowej dla chorych hospitalizowanych psychiatrycznie nie wymaga bardzo dużych nakładów finansowych i mogło zostać szybko przygotowane, tym bardziej, że istnieje na ten temat wiele opracowań [4, 5, 6], w tym wspomniane materiały dotyczące zasad implementacji zakazu palenia w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych [3]. Postulaty takie były zgłaszane od początku 2011 r. m.in. przez Konsultanta Krajowego i uczestników konferencji *Szpital psychiatryczny wolny od dymu tytoniowego*. Jednakże żadne działania nie zostały podjęte i opisanych wyżej materiałów nie udostępniono dyrektorom szpitali i oddziałów psychiatrycznych w Polsce. Odpowiedzialni za organizację polityki zdrowotnej zdają się uważać, że zakaz palenia wyrobów tytoniowych w szpitalach jest oczywisty i że można go wprowadzić także w oddziałach psychiatrycznych bez angażowania dodatkowych sił i środków. Taka wiara w skuteczność „domowego sposobu” na poradzenie sobie z problemem palenia w oddziałach psychiatrycznych świadczy o braku zrozumienia dla specyfiki psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych.

Komisja Europejska rozpoczęła w 2011 r. kampanię „Ekspalacze. Nic ich nie zatrzyma”, która kładzie nacisk na korzyści płynące z zaprzestania palenia. Niestety, póki co chorzy hospitalizowani w polskich szpitalach psychiatrycznych mają małe szanse, aby tych korzyści mogli zacząć doświadczać.

WNIOSKI

1. W większości badanych placówek od czasu nowelizacji w 2010 r. Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu nie wprowadzono faktycznego zakazu palenia.
2. Zmiana przepisów Ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych nie wpłynęła na wzrost dostępności programów profilaktycznych i terapeutycznych adresowanych do pacjentów hospitalizowanych z powodu poważnych zaburzeń psychicznych.
3. Skuteczne wprowadzenie zakazu palenia nie powinno być wymuszane penalizacją zachowań, ale wymaga przygotowania i wdrożenia programów leczenia uzależnienia od tytoniu adresowanych do chorych hospitalizowanych w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych oraz wypisywanych z tych oddziałów do środowiska.

PIŚMIENNICTWO

1. Special Eurobarometer 385 ATTITUDES OF EUROPEANS TOWARDS TOBACCO May 2012 (http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf).
2. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu (tekst ujednolicony, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19960100055>, dostęp 31.10.2012).
3. Smoke-free mental health services in Scotland. Implementation guidance. NHS Health Scotland 2011. (<http://www.healthscotland.com/documents/5041.aspx> dostęp 31.10.2012).
4. Zatoński W. Jak rzucić palenie? Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie; 2006.
5. Zatoński W, Górecka D, Opolski G, Puzyński S, Radziwiłł K, Ziętek M. Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. *Medycyna Praktyczna*. 2006; 7 – wydanie specjalne.
6. Zatoński W, Jankowski P, Banasiak W, Kawecka-Jaszcz K, Musiał J, Narkiewicz K, Opolski G, Podolec P, Torbicki A, Zembala M. Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Uzupełnienie „Konsensusu dotyczącego rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu”. *Kardiologia Polska*. 2011; 69 (1): 96–100.
7. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; 6. Art. No.: DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub2.
8. Habrat B. Palenie tytoniu przez osoby chorujące na schizofrenię. *Alkoholizm i Narkomania*. 2004; 17, 3–4: 159–171.
9. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; 5. Art. No.: DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
10. Cormac I, Creasey S, McNeill A, Ferriter M, Huckstep B, D’Silva K. Skutki wprowadzenia całkowitego zakazu palenia w szpitalach o najwyższym standardzie bezpieczeństwa. *Psychiatria po Dyplomie*. 2011; 8 (1): 41–45.

Nadesłano/Submitted: 8.03.2013 Zrecenzowano/Reviewed: 17.03.2013 Przyjęto/Accepted: 26.03.2013

Adres/Address: Dr Tomasz Szafrński, Specjalistyczna Praktyka Lekarska,
ul. rtm. Pileckiego 106/139, 02-781 Warszawa, e-mail: doktorszafranski@gmail.com

ANEKS 1. Deklaracja „Szpital psychiatryczny wolny od dymu tytoniowego” przyjęta w Warszawie, dnia 16 marca 2011 r.

Appendix 1. The declaration: “Smoke-free psychiatric hospitals” adopted in Warsaw on 16 March 2011

Palenie tytoniu i narażenie na dym tytoniowy jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju wielu chorób, między innymi chorób sercowo-naczyniowych, chorób układu oddechowego, nowotworów oraz wielu innych schorzeń. Jest również ważnym czynnikiem rozwoju zespołów otępiennych, w tym choroby Alzheimera.

Biorąc pod uwagę fakt, że rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest szczególnie wysokie oraz fakt, że prawie co druga osoba paląca umiera przedwcześnie, należy zauważyć, że liczba zgonów spowodowanych tytoniem u tych osób znacznie przewyższa zgony spowodowane chorobami psychiatrycznymi. Badania wskazują na wysoką umieralność wśród osób palących z powoduchorób somatycznych, w tym zawału serca i udaru mózgu. Zaprzestanie palenia w istotny sposób zmniejsza ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych.

Problem palenia tytoniu przez pacjentów szpitali psychiatrycznych był dotychczas niedoceniany. W Polsce nie podejmowano jak dotąd systematycznych działań profilaktycznych ani nie realizowano programów pomocy leczenia uzależnienia od tytoniu, które byłyby adresowane do osób korzystających z psychiatrycznej opieki zdrowotnej w tym pacjentów szpitali psychiatrycznych.

Zmiana *Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*, uchwalona w 2010 roku, wprowadza bezwzględny zakaz palenia m.in. w szpitalach psychiatrycznych.

Uczestnicy konferencji zwracają uwagę, że populacja osób leczonych w stacjonarnych zakładach psychiatrycznych różni się od populacji ogólnej pod względem wyższego rozpowszechnienia palenia wyrobów tytoniowych, większego nasilenia uzależnienia od nikotyny, obecności specyficznych mechanizmów neurobiologicznych prowadzących do zwiększonej konsumpcji tytoniu, większych trudności w zaprzestaniu palenia i utrzymaniu abstynencji, a także ryzyka wystąpienia problemów klinicznych w związku z przerwaniem palenia (takich jak zwiększenie stężenia stosowanych leków, pogorszenie kontaktu terapeutycznego).

W związku z opisywaną specyfiką chorych leczonych w szpitalach psychiatrycznych rzeczywiste i natychmiastowe wprowadzenie w życie postanowień ustawy antytytoniowej w tych placówkach nie jest możliwe.

Uczestnicy konferencji deklarują aktywny udział w nowelizowaniu postanowień *Ustawy* w szpitalach psychiatrycznych, w pełni rozumiejąc znaczenie, jakie zaprzestanie palenia ma dla poprawy stanu zdrowia leczonych chorych.

Realizacja przestrzegania przepisów *Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* w szpitalach psychiatrycznych wymaga opracowania programów interwencyjno-leczniczych adresowanych do pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych. Oparte na dowodach naukowych programy pomocy pacjentom palącym powinny wykorzystywać zróżnicowane, zależne od warunków klinicznych procedury postępowania, w tym terapię behawioralną i farmakologiczną.

Wprowadzenie takich programów w życie powinno odbywać się w oparciu o rozłożony w czasie plan postępowania. Wymaga to również dodatkowych nakładów finansowych, bowiem większość szpitali nie ma środków, które może przeznaczyć na ten cel.

Dlatego uczestnicy konferencji zwracają się z apelem do Rządu RP, Ministrów właściwych do spraw Zdrowia i Nauki, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych instytucji o wsparcie tych działań, a przede wszystkim zapewnienie koniecznych środków finansowych pozwalających na przygotowanie, wdrożenie i stałą realizację programów leczenia uzależnienia od tytoniu adresowanych do chorych leczonych w szpitalach psychiatrycznych.

W szczególności zwracamy się do Ministra Nauki o rozpisanie konkursu na programy zamawiane dotyczące opracowania i wprowadzenia programów leczenia uzależnienia od tytoniu osób z zaburzeniami psychicznymi oraz Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia o zapewnienie środków na realizację dodatkowych świadczeń zdrowotnych, których celem ma być zmniejszenie zjawiska palenia tytoniu (kompleksowe programy psychoterapeutyczne i farmakologiczne leczenia uzależnienia od tytoniu) w szpitalach psychiatrycznych.

ANEKS 2. Informacja dotycząca działań antytytoniowych w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej we Fromborku

Appendix 2. Information regarding anti-smoking activities introduced in the Independent Public Specialist Psychiatric Health Centre in Frombork

Wobec pacjentów uzależnionych od nikotyny podejmowane są działania motywacyjno-edukacyjne do rzucenia palenia oraz wspierające. Podstawową formą jest indywidualna krótka interwencja lekarska, polegająca na ustaleniu statusu pacjenta, poradzie, motywowaniu do zerwania z nałogiem oraz późniejszym umacnianiu pacjenta w abstynencji.

W szpitalu działa Gabinet Promocji Zdrowia. Plan pracy w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia obejmuje grupowe zajęcia edukacyjne w zakresie uzależnienia od nikotyny. Zajęcia prowadzone są przez terapeutów uzależnień i pielęgniarki w oddziałach szpitalnych. Jednym z elementów prowadzonych zajęć są także metody pogłębionej autodiagnozy. Stosowane są dwa narzędzia:

- kwestionariusz uzależnienia od nikotyny wg Fagerstroma
- kwestionariusz motywacji do zaprzestania palenia dr Schneider

Pacjentom udostępniamy materiały edukacyjno-informacyjne w formie ulotek, nalepek, plakatów. Organizowane są anty-nikotynowe stanowiska edukacyjne, konkursy plastyczne, zajęcia sportowe z okazji dni ważnych dla promocji zdrowego stylu życia bez nikotyny:

- Światowy Dzień bez Tytoniu – 31 maja
- Światowy Dzień Rzucania Palenia – trzeci czwartek listopada

Na tablicach ogłoszeń znajdują się informacje o kontakcie telefonicznym z TPPP – Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym 801108108 oraz adresy najbliższych poradni dla osób rzucających palenie.
