

Krystyna Szafraniec, Andrzej Pająk, Izabela Cichocka,
Magdalena Frejek, Grażyna Broda, Wojciech Drygas,
Zbigniew Gąsior, Tomasz Grodzicki, Tomasz Zdrojewski,
w imieniu zespołu wykonawców¹

Ocena postępowania w zespole uzależnienia od tytoniu (ZUT) w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Wyniki ogólnopolskiego badania zrealizowanego w ramach Programu Ministerstwa Zdrowia POLKARD

Słowa kluczowe: palenie tytoniu, podstawowa opieka zdrowotna

■ Wstęp

W Polsce 40% mężczyzn i 25% kobiet pali papierosy [1]. Szacunki epidemiologiczne wskazują, że w populacji mężczyzn w wieku 35–69 lat około 40% zgonów na choroby układu krążenia jest związane w Polsce z paleniem tytoniu. Łącznie palenie jest odpowiedzialne za około 40% przedwczesnych zgonów w populacji mężczyzn, a corocznie z powodu schorzeń odytoniowych umiera przedwcześnie około 50 tys. Polaków [2].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca wiele rodzajów interwencji mających na celu ograniczenie rozpowszechnienia palenia tytoniu. Między innymi opracowano rekomendacje dla specjalistów zajmujących się pomocą w rzuceniu palenia, rekomendacje dotyczące farmakoterapii, a także zalecenia dla szczególnych grup uzależnionych oraz dla podmiotów systemu zdrowotnego w makroskali. Nadal jednak pierwszorzędne znaczenie zachowuje krótka interwencja w ramach normalnej praktyki klinicznej [3]. Zalecono włączenie walki z paleniem tytoniu do praktyki lekarza rodzinnego i każdego miejsca rutynowego kontaktu z instytucjami ochrony zdrowia. Każde spotkanie z lekarzem powinno być oka-

zją do odpowiedniej rozmowy mającej na celu ustalenie występowania nałogu, a w razie jego obecności – poradę zaprzestania, systematyczne zwiększanie motywacji i pomoc w rzuceniu nałogu oraz konsekwentne powtarzanie tej procedury przy każdej kolejnej wizycie [3]. Podkreślono, że lekarze, pielęgniarki, położne, farmaceuci i wszyscy specjaliści ochrony zdrowia, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami i mogą im pomóc zmienić zachowania, są na pierwszej linii frontu walki z epidemią palenia [4]. Lekarze rodzinni, ze względu na specyfikę swojej pracy, mają duże możliwości oddziaływania na pacjentów palących papierosy, jeszcze w okresie przed wystąpieniem objawów chorób odytoniowych [5].

W roku 2004 Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (program profilaktyki NFZ). W programie tym przewidziano szeroko zakrojone badania przesiewowe w przychodniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), jego celem było m.in. zidentyfikowanie osób palących oraz podjęcie działań ułatwiających im rzucenie palenia [6]. W 2007 roku w Polsce opublikowano wytyczne Rady Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczące palenia tytoniu [7]. Obejmowały one zalecenie, że niezbędnym

¹ Lista wykonawców projektu pt. „Tworzenie regionalnych ośrodków referencyjnych prewencji chorób serca i naczyń na tle miażdżycy w zakresie strategii wysokiego ryzyka. Wprowadzenie zasad kontroli jakości i oceny skuteczności programów prewencji” zrealizowanego w ramach Programu Ministerstwa Zdrowia POLKARD podana została na końcu artykułu.

elementem badania podczas każdej wizyty lekarskiej jest ustalenie, czy pacjent pali, i odnotowanie tego faktu w dokumentacji lekarskiej, a następnie ocena charakteru i siły uzależnienia oraz motywacji pacjenta do zerwania z nałogiem. Polskie Forum Profilaktyki zdefiniowało również wskazania dotyczące leczenia, które w przypadku pacjentów palących powinno zostać podjęte tak jak w przypadku występowania innych czynników ryzyka [7]. Można przyjąć, że wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki zostały dostarczone do większości lekarzy w Polsce, gdyż były rozpowszechniane razem z „Gazetą Lekarską”, czasopismami naukowymi, które są organami towarzystw naukowych należących do Forum, oraz w Biuletynie Polskiego Forum Profilaktyki [8, 9, 10]. Inicjatywa Polskiego Forum Profilaktyki nałożyła się na inne akcje antytytoniowe, które od dawna były podejmowane przez instytucje rządowe, samorządowe oraz wynikały z inicjatyw obywatelskich. Do tej pory nie zbadano jednak, czy i w jakim stopniu wpłynęło to na jakość opieki medycznej w zakresie postępowania w zespołach uzależnienia od tytoniu (ZUT).

W latach 2007–2008 w ramach programu Ministerstwa Zdrowia POLKARD zrealizowano badanie pt. „Tworzenie regionalnych ośrodków referencyjnych prewencji chorób serca i naczyń na tle miażdżycy w zakresie strategii wysokiego ryzyka. Wprowadzenie zasad kontroli jakości i oceny skuteczności programów prewencji”, którego jednym z głównych celów była ocena jakości opieki medycznej w zakresie pierwotnej profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych w przychodniach POZ oraz ocena wpływu programu profilaktyki NFZ na jakość opieki medycznej w zakresie pierwotnej profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych w przychodniach POZ. Informacje zebrane w czasie tego badania pozwalają również odnieść się do problemu jakości opieki medycznej w POZ w zakresie zwalczania nałogu palenia. Celem tego opracowania była:

- 1) ocena postępowania w POZ w zakresie profesjonalnej pomocy udzielanej pacjentom uzależnionym od palenia tytoniu,
- 2) ocena wpływu programu profilaktyki NFZ na częstość profesjonalnych porad w zakresie zwalczania nałogu palenia oraz ocena wpływu tego programu na rozpowszechnienie palenia.

■ Badana próba i metody

W każdym z 16 województw rekrutowano co najmniej dwie przychodnie POZ, z których w połowie był prowadzony program profilaktyki NFZ. W każdej z rekrutowanych przychodni, spośród wszystkich osób zarejestrowanych w wieku 35–55 lat, bez choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu lub miażdżycy tętnic obwodowych w wywiadzie, które miały dokumentację założoną przed 1 stycznia 2005 roku, wylosowano grupę, którą zakwalifikowano do badania.

W pierwszym etapie dokonano przeglądu dokumentacji medycznej sprzed 1 stycznia 2006 roku, uznając, że wcześniej program profilaktyki chorób układu krążenia nie był wdrożony w istotnym stopniu w przychodniach,

które wzięły udział w badaniu. W dokumentacji medycznej szukano informacji o czynnikach ryzyka oraz o stosowanej farmakoterapii. Następnie dokonano przeglądu dokumentacji medycznej pacjentów, którzy uczestniczyli w programie profilaktyki NFZ (tę część badania wykonywano tylko w przychodniach biorących udział w realizacji programu). Na tym etapie poszukiwano informacji o czynnikach ryzyka i stosowanym leczeniu, odnotowanych w czasie realizacji programu profilaktyki. W kolejnym etapie we wszystkich przychodniach dokonano przeglądu dokumentacji medycznej, poszukując najświeższych informacji dotyczących obecności czynników ryzyka oraz farmakoterapii. Następnie wszystkie osoby zakwalifikowane do badania zostały zaproszone do udziału w badaniu końcowym, w czasie którego na podstawie standaryzowanego kwestionariusza przeprowadzano wywiad, zbierając informacje o obecności czynników ryzyka, stylu życia, wiedzy o czynnikach ryzyka, a także o oferowaniu przez pracowników systemu ochrony zdrowia profesjonalnych porad z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia. Badanie było realizowane przez osoby przeszkolone w procedurach badawczych, które posługiwały się standardowym kwestionariuszem.

Wszystkie zebrane dane były kodowane w internetowym programie *on-line* i poddane procedurom kontroli jakości w Centralnym Ośrodku Danych (Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie). Następnie dane przesyłano do Centralnego Ośrodka Koordynującego (Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych Instytut Zdrowia Publicznego WOZ UJ CM), w którym dokonano analizy statystycznej.

Na podstawie informacji dotyczących palenia tytoniu zdefiniowano następujące grupy narażonych: „niepalący” – osoby nigdy niepalące papierosów, „palący aktualnie” – osoby regularnie palące przynajmniej jednego papierosa dziennie, „palący w przeszłości” – osoby, które zadeklarowały, że aktualnie nie palą i że paliły w przeszłości.

Istotność różnic między badanymi grupami, tj. między osobami zarejestrowanymi w przychodniach, w których był prowadzony i w których nie był prowadzony program profilaktyki NFZ, oszacowano na podstawie Uogólnionych Mieszanych Modeli Liniiowych (GLMM) z uwzględnieniem efektów losowych oraz klasterowego typu badania. Poszczególne modele zawierały jako zmienne niezależne płeć, wiek oraz zmienną wskaźnikową oznaczającą typ przychodni. Obliczenia wykonano, używając pakietu statystycznego SAS wersja 9.1.

■ Wyniki

W programie badań wzięło udział łącznie 66 przychodni, z których w 33 prowadzony był program profilaktyki NFZ. Pozostałe 33 przychodnie, w których do 2008 roku nie prowadzono programu NFZ, zaliczono do grupy kontrolnej. Spośród pacjentów wszystkich przychodni łącznie wylosowano 7102 osoby, które spełniały kryteria kwalifikacji do badania, w tym 3940 osób w przychodniach, w których był prowadzony program profilaktyki NFZ, oraz 3162 osoby w przychodniach z grupy kontrolnej. U wszystkich zakwalifikowanych do

badania dokonano przeglądu dokumentacji medycznej. W poszczególnych województwach liczba osób zakwalifikowanych do badania wahała się od 308 (województwo pomorskie) do 645 (województwo małopolskie). W badaniu końcowym wzięło udział 4421 osób (62,3%), w tym w przychodniach, które brały udział w programie profilaktyki NFZ, zbadano 2314 osób. Wśród nich 621 osób (27%) wzięło udział w programie profilaktyki. W przychodniach z grupy kontrolnej w badaniu końcowym wzięło udział 2107 osób. Najwięcej pacjentów zbadano w województwie łódzkim (łącznie 394 osoby), a najmniej w województwie warmińsko-mazurskim (157 osób). Największą frekwencję zanotowano w województwie pomorskim (87,3%), a najmniejszą w województwie mazowieckim (40,6%).

Statystykę opisową w zakresie rozkładu badanej grupy według płci, grup wieku dla wszystkich zakwalifikowanych do badania oraz według płci, grup wieku i wykształcenia dla uczestników badania końcowego przedstawiono w Tabeli 1. W zakresie rozkładu wieku i płci badane grupy nie różniły się istotnie między sobą. Natomiast wśród uczestników badania końcowego rozkład wskazywał, że osoby z grupy kontrolnej miały nieco wyższy poziom wykształcenia.

W Tabeli 2 przedstawiono odsetek osób, u których odnotowano w dokumentacji medycznej informację o paleniu tytoniu. W okresie przed podjęciem realizacji programu profilaktyki NFZ informacja ta była odnotowana częściej w przychodniach, które później podjęły realizację programu w porównaniu z grupą kontrolną – odpowiednio 16,9% i 11,6% ($p < 0,001$). Odsetki te nie zmieniły się znacznie w czasie obserwacji, ale różnica między badanymi grupami w okresie po przeprowadzeniu badań skryningowych nie była już istotna statystycznie. Wśród osób, które brały udział w badaniu skryningowym, informacja o paleniu tytoniu była dostępna u 79%.

W Tabeli 3 przedstawiono rozkład grupy przebadanej w badaniu końcowym według przyjętych kategorii narażenia na palenie tytoniu. Procent osób palących papierosy aktualnie był bardzo podobny w obydwu badanych grupach, tj. około 45%. W grupie kontrolnej było nieco więcej osób nigdy niepalących, a w grupie uczestniczącej w programie profilaktyki NFZ było więcej osób palących w przeszłości. Większość osób, które rzuciły palenie, zrobiła to jednak już przed okresem wdrożenia programu profilaktyki NFZ. U osób zarejestrowanych w przychodniach, które podjęły realizację programu NFZ, średni czas, jaki upłynął od rzucenia palenia, był dłuższy i wy-

Cecha	Przychodnie realizujące program profilaktyki NFZ		Przychodnie nierealizujące programu profilaktyki NFZ		p
	n	%	n	%	
Zakwalifikowani	N = 3940		N = 3162		
Mężczyźni	1794	45,5	1380	43,6	ns*
Wiek					
35–45	2046	51,9	1663	52,6	ns
46–55	1894	48,07	1499	47,4	
Uczestnicy badania końcowego	N = 2314		N = 2107		
Mężczyźni	956	41,3	847	40,2	ns
Wiek					
35–45	1152	49,8	1058	50,2	ns
46–55	1162	50,2	1049	49,8	
Wykształcenie					
podstawowe	623	27,1	451	21,6	< 0,001
średnie	1274	55,4	1128	54,0	
wyższe	404	17,6	512	24,5	

* ns – nieistotne statystycznie p – poziom istotności

Tabela 1. Charakterystyka uczestników badania uwzględniająca płeć, wiek i wykształcenie

	Przychodnie realizujące program profilaktyki NFZ (N = 3940)		Przychodnie nierealizujące programu profilaktyki NFZ (N = 3162)		różnica	p
	%	95%CI	%	95%CI		
Wizyta z okresu przed podjęciem badań skryningowych NFZ	16,9	11,0–22,8	11,6	5,6–17,5	5,3	< 0,001
Skryning NFZ	78,9	66,5–91,3				
Wizyta z okresu najbliższego badaniu kwestionariuszowemu	15,3	8,6–22,0	14,1	7,4–20,8	1,2	0,13

Tabela 2. Odsetek osób, u których odnotowano w dokumentacji medycznej informację o paleniu tytoniu

nosił 135 miesięcy (SD = 95,5 miesiąca), czyli około 11 lat. W grupie kontrolnej średni czas, jaki upłynął od rzucenia palenia, wynosił 119 miesięcy (SD = 91,2 miesiąca), czyli około 10 lat ($p < 0,01$). Wśród osób palących w przeszłości mniejsza liczba badanych rzuciła palenie w okresie wdrożenia programu profilaktyki NFZ w tych przychodniach, które podjęły realizację tego programu, niż w grupie kontrolnej – odpowiednio 16,5% i 22% ($p < 0,05$). Wśród osób, które aktualnie nie paliły (niepalący i palący w przeszłości), blisko 30% było biernie narażonych na dym tytoniowy, przy czym u niepalących odsetek ten był niższy w grupie kontrolnej (22%).

Około 75% osób trafnie rozpoznawało palenie tytoniu jako czynnik ryzyka zawału serca i nie było istotnej różnicy między badanymi grupami. W przychodniach, które podjęły realizację programu profilaktyki NFZ, nie było również różnicy między osobami, które uczestniczyły lub nie uczestniczyły w programie. Stwierdzono natomiast, że osoby, które paliły aktualnie, częściej rozpoznawały

palenie jako czynnik ryzyka zawału serca w porównaniu z osobami, które nigdy nie paliły – odpowiednio 91,1% i 70,3% (Tabela 4).

Wśród osób z przychodni, w których prowadzono program profilaktyki NFZ, około 30% otrzymało ofertę uczestnictwa w tym lub innym programie profilaktyki. Wśród tych osób ostatecznie w programie uczestniczyło powyżej 80%, przy czym nieco ponad 10% uczestniczyło tylko częściowo. Nie było istotnej różnicy między palącymi aktualnie a niepalącymi (Tabela 5). W porównaniu z niepalącymi osoby aktualnie palące częściej brały udział w interwencji dotyczącej stylu życia (odpowiednio 40,8% i 49%) oraz częściej brały udział w interwencji dotyczącej palenia tytoniu (odpowiednio 11,6% i 38,8%), natomiast rzadziej otrzymywały materiały edukacyjne (ulotki, odpowiednio 41,9% i 32,8%). Procent biorących udział w badaniach diagnostycznych, innych formach promocji zdrowia i w badaniach kontrolnych był podobny u aktualnie palących i u niepalących (Tabela 6).

Cecha	Przychodnie realizujące program profilaktyki NFZ (N = 2314)		Przychodnie nierealizujące programu profilaktyki NFZ (N = 2107)		p
	n	%	n	%	
Palenie papierosów					
Niepalący	272	17,6	338	22,8	< 0,001
Palący aktualnie	701	45,3	676	45,7	
Palący w przeszłości	576	37,2	466	31,5	
Osoby, które rzuciły palenie w okresie realizacji programu NFZ	92	16,5 ¹	95	22 ¹	< 0,05
Bierne palenie					
Niepalący	71	28,6	70	22,1	< 0,001
Palący w przeszłości	159	28,2	140	30,3	ns

¹ Procent został wyliczony w stosunku do liczby osób palących w przeszłości.

Tabela 3. Statystyka opisowa w zakresie rozkładu badanej grupy według kategorii narażenia na palenie tytoniu

Przychodnie realizujące program profilaktyki NFZ (N = 2314)		Przychodnie nierealizujące programu profilaktyki NFZ (N = 2107)		różnica	p
%	95% CI	%	95% CI		
75,9	72,8–79,0	78,2	75,1–81,4	-2,3	ns
Zarejestrowani w przychodniach realizujących program profilaktyki NFZ, którzy uczestniczyli w programie (N = 764)		Zarejestrowani w przychodniach realizujących program profilaktyki NFZ, którzy nie uczestniczyli w programie (N = 1547)			
%	95% CI	%	95% CI	różnica	p
73,2	68,3–78,2	77,3	73,2–81,5	-4,1	ns
Palący aktualnie (N = 1377)		Niepalący (N = 605)			
%	95% CI	%	95% CI	różnica	p
91,1	87,5–94,6	70,3	67,5–73,1	20,1	< 0,001

Tabela 4. Odsetek osób, które rozpoznawały palenie tytoniu jako czynnik ryzyka zawału serca według badanej grupy, uczestnictwa w programie profilaktyki oraz według palenia tytoniu

	Palący aktualnie (N = 701)		Niepalący (N = 848)		różnica	p
	%	95% CI	%	95% CI		
Otrzymanie oferty udziału w programie	31,0	17,0–45,0	31,6	17,8–45,0	0,6	ns
Uczestnictwo w programie nie uczestniczył						
	19,3	8,3–30,3	17,8	7,3–23,4	1,5	ns
uczestniczył częściowo	10,1	1,4–21,7	10,5	0,9–23,8	–0,4	ns
ukończył program	70,2	56,1–84,2	71,3	57,7–84,9	–1,1	ns

Tabela 5. Udział w programie profilaktyki według narażenia na palenie tytoniu

Elementy programu profilaktyki	Palący aktualnie (N = 701)		Niepalący (N = 848)		różnica	p
	%	95% CI	%	95% CI		
Badania diagnostyczne	97,5	94,9–99,9	97,2	94,9–99,4	0,3	ns
Materiały edukacyjne (ulotki)	32,8	17,3–44,0	41,9	26,3–51,3	–9,1	0,02
Promocja zdrowia	43,8	30,0–57,6	46,7	33,8–59,5	–2,9	ns
Interwencja dotycząca stylu życia ¹	49,0	35,4–62,7	40,8	28,0–53,7	8,2	0,02
Interwencja dotycząca palenia tytoniu	38,8	27,3–50,3	11,6	0,6–22,5	27,3	< 0,001
Badanie kontrolne	19,0	8,8–29,2	20,6	11,1–30,0	–1,6	ns

¹ Udział w przynajmniej jednej interwencji

Tabela 6. Udział w poszczególnych składowych programach profilaktyki według narażenia na palenie tytoniu

Porównując rodzaj fachowej pomocy oferowanej osobom aktualnie palącym między badanymi grupami, stwierdzono, że w porównaniu z grupą kontrolną osoby zarejestrowane w przychodniach, które podjęły realizację programu profilaktyki NFZ, częściej otrzymywały materiały edukacyjne, tj. głównie ulotki (odpowiednio 12,8% i 22,5%), natomiast częstość udzielania informacji ustnej, oferowania nikotynowej terapii zastępczej (NTZ), w tym także leczenia bupropionem, była podobna w obu gru-

pach (Tabela 7). Nie było istotnych różnic w częstości porad udzielanych przez osoby należące do poszczególnych zawodów medycznych w zakresie pomocy osobom aktualnie palącym w zaprzestaniu palenia i w redukcji innych czynników ryzyka. Większość, tj. powyżej 80% porad, udzielała bezpośrednio lekarze, około 30% porad udzielały pielęgniarki lub inne specjalnie przeszkolone osoby, a tylko sporadycznie robili to psychologowie (Tabela 8).

Rodzaj oferowanej pomocy	Przychodnie realizujące program profilaktyki NFZ (N = 700)		Przychodnie nierealizujące programu profilaktyki NFZ (N = 675)		różnica	p
	%	95% CI	%	95% CI		
Informacja ustna	34,2	22,9–45,5	31,0	19,7–42,3	3,2	ns
Materiały edukacyjne (ulotki)	22,5	14,9–30,1	12,8	5,2–20,4	9,7	< 0,001
Nikotynowa terapia zastępcza (NTZ)	9,5	5,6–13,5	7,0	3,0–11,0	2,5	ns
Farmakoterapia (bupropion)	3,9	2,3–6,5	3,2	0,6–5,9	0,7	ns

Tabela 7. Rodzaj pomocy oferowanej w celu ułatwienia zaprzestania palenia u aktualnie palących według badanej grupy

Osoby oferujące pomoc	Przychodnie realizujące program profilaktyki NFZ (N = 700)		Przychodnie nierealizujące programu profilaktyki NFZ (N = 675)		różnica	p
	%	95% CI	%	95% CI		
Lekarz	87,9	81,9–93,9	84,2	77,2–91,1	3,7	ns
Pielęgniarka, pracownik poradni odwykowej itp.	29,8	17,1–42,5	32,5	18,9–46	-2,7	ns
Psycholog	1,2	0,1–1,2	0,5	0,0–1,9	0,7	ns

Tabela 8. *Personel medyczny oferujący osobom palącym aktualnie pomoc w zaprzestaniu palenia i redukcji innych czynników ryzyka według badanej grupy*

Dyskusja

W świetle przedstawionych wyników nie budzi wątpliwości fakt, że skuteczność rutynowego postępowania w poradniach POZ w zakresie zwalczania palenia tytoniu jest bardzo słaba, a niska częstość odnotowywania informacji o paleniu tytoniu w dokumentacji podopiecznych pacjentów wskazuje, że lekarze POZ w ogóle przywiązują małą wagę do problemu palenia tytoniu. Wdrożony program profilaktyki NFZ przyczynił się do bardziej kompletnej identyfikacji osób palących, ale mimo zaangażowania lekarzy i częściowo pielęgniarek w programie tym były słabo wykorzystane inne, poza poradnictwem, środki wspomagające rzucenie palenia. Poza częstszą dystrybucją materiałów informacyjnych (ulotek) osoby zarejestrowane w poradniach, które podjęły realizację programu profilaktyki chorób układu krążenia, nie otrzymywały częściej innych rodzajów fachowej pomocy w rzuceniu palenia w porównaniu z osobami zarejestrowanymi w poradniach, które nie podjęły realizacji programu, a częstość proponowania NTZ, w tym bupropionu, była ogólnie bardzo niska. Nie wykazano istotnego wpływu programu NFZ na częstość palenia tytoniu.

Oceniając przedstawione wyniki badania, które zgodnie z założeniem i nazwą w tytule miało zasięg ogólnokrajowy, należy zwrócić uwagę na ograniczenia w ich odnoszeniu do sytuacji w kraju. Do badania wybrano przychodnie typowe, jednak ich dobór nie spełniał warunku doboru losowego i najczęściej rekrutacja przychodni była wynikiem ustaleń koordynatora wojewódzkiego z kierownikiem przychodni, które obejmowały zgodę kierownika na wykonanie badania oraz ocenę możliwości wykonania w przychodni czynności związanych z badaniem. Ogólne uczestnictwo w badaniu końcowym, które było źródłem większości przedstawionych danych, było dość niskie (62%). Wydaje się zatem prawdopodobne, że badanie nie było wykonywane w przychodniach, w których według oceny jej kierowników mogły wystąpić niedociągnięcia w realizacji niektórych zadań, w tym szczególnie w realizacji programu profilaktyki NFZ. Nie można jednak wykluczyć, że takie w Polsce istnieją. Wiadomo także, że w badaniach skryningowych przeprowadzonych w przychodniach POZ odsetek palących jest wyraźnie niedoszacowany [11]. Wynika z tego, że ogólnie w kraju, zarówno wdrożenie metod zwalczania palenia, jak i ich skuteczność mogą być gorsze niż wskazują na to przedstawione wyniki.

W programie profilaktyki NFZ pozostawiono zakontraktowanym lekarzom pełną dowolność w doborze metod interwencji. Na podstawie przedstawionych wyników, tj. stwierdzenia, że ponad 80% pacjentom udzielona została porada lekarska, a udział innych pracowników ograniczył się łącznie do około 30% przypadków, można założyć, że interwencja w programie profilaktyki była zbliżona do tzw. krótkiej interwencji antytytoniowej. Skuteczność tej metody została potwierdzona w metaanalizie 31 randomizowanych badań kliniczno-kontrolnych, w których łącznie poddano badaniu około 26 000 palących. W metaanalizie stwierdzono wyższe prawdopodobieństwo rzucenia palenia po zastosowaniu krótkiej interwencji antytytoniowej niż w przypadku zupełnego braku interwencji (iloraz szans = 1,69, 95% przedział ufności = 1,45–1,98). Metoda ta okazała się skuteczniejsza niż samopomoc (iloraz szans = 1,23, 95% przedział ufności = 1,02–1,49), interwencja behawioralna i psychologiczna (iloraz szans = 1,55, 95% przedział ufności = 1,27–1,90). Jej skuteczność była porównywalna ze skutecznością NTZ (iloraz szans = 1,71, 95% przedział ufności = 1,60–1,83). Ustępowała natomiast skuteczności leczenia bupropionem (iloraz szans = 2,83, 95% przedział ufności = 1,59–5,03) [12]. Przedstawione wyniki jednoznacznie wskazują, że podobny typ interwencji nie sprawdził się w szerokim zastosowaniu w populacji polskiej. Jak wskazują wyniki cytowanego powyżej ilościowego przeglądu piśmiennictwa, nieskuteczność krótkiej interwencji w populacji polskiej nie jest przypadkiem zupełnie odosobnionym. Ponadto wiadomo, że nawet prowadzona większym nakładem sił strukturalna interwencja nie zawsze przynosi pożądany skutek. Na przykład w programie EuroAction, w którym wzięły udział ośrodki badawcze z 12 krajów i w którym udowodniono skuteczność interwencji prowadzonej przez wyspecjalizowane pielęgniarki, ogólnie nie stwierdzono istotnego wpływu interwencji na częstość palenia tytoniu [13]. Jednakże należy też zauważyć, że doświadczenia ośrodka polskiego uczestniczącego w programie EuroAction były bardziej zachęcające [14] i znane są także przykłady lokalnie prowadzonych w Polsce programów antytytoniowych, które polegały na strukturalnej interwencji i w których skuteczność sięgała 80% [15].

Podsumowując, należy docenić wdrożenie programu profilaktyki NFZ jako nowatorskiego w Europie, skutecznego narzędzia do szeroko zakrojonego badania przesiewowego. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami międzynarodowych i krajowych ekspertów wykonanie

programu zostało zlecone jednostkom POZ i jak potwierdzają to m.in. wyniki tego opracowania, program może spełnić istotną rolę w identyfikacji jednostek zagrożonych. W tym opracowaniu wykazano jednak, że program profilaktyki NFZ nie zapewnił właściwej opieki osobom palącym, a zatem otwiera się pole do zaproponowania i wdrożenia procedury uzupełniającej ten program, która uwzględniając pozytywne doświadczenie polskich i zagranicznych ośrodków badawczych, byłaby w stanie istotnie zmniejszyć częstość palenia u osób zarejestrowanych w poradniach POZ.

Abstract:

Evaluation the effectiveness of primary care in professional assistance for smoking patients

Key words: smoking, primary care, prevention

About 40% of men and 25% of women in Poland are smokers and smoking causes approximately 50 000 premature deaths annually. According to the WHO experts, a tobacco cessation short intervention program provided by primary care physicians is one of the most important prevention measures. In 2004 National Cardiovascular Disease Prevention Program was launched as a procedure funded by National Health Funds (NFZ), which included the identification of smokers, assessment and treatment of smoking habit. In 2007, the Polish Forum of Prevention issued guidelines that can serve as an effective framework for tobacco cessation intervention in primary care clinics.

The aim of this paper is: 1) evaluation the effectiveness of primary care in professional assistance for smoking patients, 2) evaluation of the impact of the NFZ program on frequency of professional consultations on smoking cessation and evaluation of the impact of the NFZ program on smoking prevalence.

There were 66 primary care clinics which were recruited to participate the project; 33 clinics participated in NFZ program, the remaining 33 constituted a control group.

Random sample of persons at age 35–55 years was selected from all persons registered in each clinic. Eligible for the study were patients free of cvd for whom medical records were available from January 1st 2005 at least. Finally 3940 patients in NFZ clinics, 3162 patients in control clinics were included. For each eligible patient medical records were reviewed and information was collected using a standard questionnaire. All patients were invited for a visit in the clinic. Finally, 2314 persons from the NFZ clinics and 2107 persons from the control clinics participated were examined.

That effectiveness of the routine management of smoking cessation in primary care practices was very low. Equally in the NFZ clinics and the control group about 45% of participants were current smokers. Only 15% of patients had recorded information on smoking status in medical documentation and no significant difference between the NFZ clinics and the control group was observed. The NFZ program increased identification of smoking patients (up to about 80%). Physicians and nurses provided advising to 80% and 30% patients, respectively and the other measures to facilitate smoking cessation were used in small proportion of patients. For instance nicotine replacement therapy, including bupropion, was advised to less than 10% of smokers.

With the exception to distribution of leaflets which were distributed more frequently in patients of clinics which participated in the NFZ program (22.5%) as compared to control clinics (12.8%), there were no statistical differences in proportion of patients getting professional assistance or other intervention measures between the studied groups.

The NFZ program appeared to play important role in identification of smokers. However, the program was not effective enough in treatment of patients addicted to smoking. There is a need to supply the NFZ program by more effective procedure, a kind of structured intervention, which would allow to lower smoking prevalence in primary care patients.

Piśmiennictwo:

1. Polakowska M., Piotrowski W., Tykarski A., Drygas W., Wyrzykowski B., Pająk A., Kozakiewicz K., Rywik S. *Nalóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005; 63, 6 (supl. 4): 626–631.
2. *Program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne*, Załącznik nr 7 do zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. *First WHO European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence*, WHO, Copenhagen 2001.
4. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008.
5. Mierzecki A., Gąsiorowski J., Pilawska H., *Family doctor and health promotion – Polish experience and perspectives*, „Eur. J. Gen. Pract.” 2000; 6: 57–61.
6. Uchwała Nr 113/2004 z dnia 22 kwietnia 2004 r. Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zatwierdzenia warunków umowy na realizacją programów profilaktycznych i promocji zdrowia oraz zatwierdzenia treści programów profilaktycznych na rok 2004, zleconych przez Ministra Zdrowia.
7. Wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia; <http://www.fpf.edu.pl/index.php?id=wytpapierosy>.
8. „Gazeta lekarska” 2008; 2.
9. „Forum Profilaktyki – Biuletyn Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia”, październik 2007; 4 (9).
10. Kawecka-Jaszcz K., Jankowski P., Podolec P., Kopeć G., Naruszewicz M., Opala G., Godycki-Ćwirko M., Kozek E., Stańczyk J., Undas A., Pająk A., *Polish Forum for Prevention Guidelines on Smoking*, „Kardiologia Polska” 2008; 66: 125–126.
11. Broda G., Cieśliński A., Rywik S., Adamus J., Rynkiewicz A., *Ogólnopolski Program Prewencji Choroby Wieńcowej – POLSCREEN. Zdefiniowanie problemu, cele i metodyka badania POLSCREEN*, w: Cieśliński A., Pająk A., Podolec P., Rynkiewicz A. (red.), *Ogólnopolski Program Prewencji Choroby Wieńcowej POLSCREEN*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2006, 27–34.
12. Lancaster T., *Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library*, BMJ 2000; 321: 355–358.
13. Wood D.A., Kotseva K., Connolly S. et al., *Nurse-coordinated multidisciplinary family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired cluster-randomized trial*, „Lancet” 2008; 371: 1999–2012.
14. Wolfshaut R., *Wyniki leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu w programie EuroAction* (publikacja w przygotowaniu).
15. Bętkowska-Korpała B., Zawadzka B., Jankowski P., Kuźniewski M., Kawecka-Jaszcz K., *Grupowa terapia psychologiczna w leczeniu osób uzależnionych od nikotyny w ramach prewencji chorób układu krążenia*, „Psychoterapia” 2004; 4: 69–76.

O autorach:

dr Krystyna Szafraniec – Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

prof. dr hab. med. Andrzej Pająk – Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

dr inż. Izabela Cichocka – Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

mgr Magdalena Frejek – Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

prof. dr hab. med. Grażyna Broda – Zakład Epidemiologii i Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii im. Prymasa 1000-lecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

prof. dr hab. med. Wojciech Drygas – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. dr hab. med. Zbigniew Gąsior – Katedra i Klinika Kardiologii SP Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

prof. dr hab. med. Tomasz Grodzicki – Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

dr hab. Tomasz Zdrojewski – Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Zespół wykonawców projektu pt. „Tworzenie regionalnych ośrodków referencyjnych prewencji chorób serca i naczyń na tle miażdżycy w zakresie strategii wysokiego ryzyka. Wprowadzenie zasad kontroli jakości i oceny skuteczności programów prewencji” zrealizowanego w ramach Programu Ministerstwa Zdrowia POLKARD

Zespół koordynujący: – **koordynator programu:** prof. dr hab. med. **Andrzej Pająk** (Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, WNZ UJ CM), prof. dr hab. med. **Tomasz Grodzicki** – kierownik programu (Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii UJ CM), dr hab. med. **Piotr Jankowski** (II Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego UJ CM), dr **Ewa Kawalec**, dr **Krystyna Szafraniec**, mgr **Renata Wolfshaut** (Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, WNZ UJ CM), dr **Barbara Wizner** (Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii UJ CM)

Centralny ośrodek danych: dr inż. **Izabela Cichocka**, mgr **Piotr Drag**, mgr **Piotr Lasota**, mgr **Zofia Machnicka** (Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie)

Koordynatorzy regionalni: doc. dr hab. med. **Grażyna Broda** (Zakład Epidemiologii i Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii im. Prymasa 1000-lecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie), prof. dr hab. med. **Wojciech Drygas** (Uniwersytet Medyczny w Łodzi), prof. dr hab. med. **Zbigniew Gąsior** (Katedra i Klinika Kardiologii SP Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), prof. dr hab. med. **Andrzej Pająk** (Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, WNZ UJ CM), dr hab. med. **Tomasz Zdrojewski** (Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny)

Koordynatorzy wojewódzcy: **dolnośląskie:** prof. dr hab. med. **Andrzej Steciwko**, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu; **kujawsko-pomorskie:** dr **Andrzej Przybysz**, Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu; **lubelskie:** dr n. med. **Lech Panasiuk**, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie; **lubuskie:** dr med. **Wojciech Paluch**, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gorzowie Wielkopolskim; **łódzkie:** prof. dr hab. med. **Wojciech Drygas**, dr med. **Magdalena Kwaśniewska**, Poradnia Prewencji Chorób Układu Krążenia i Metabolicznych Centralnego Szpitala Klinicznego w Łodzi; **małopolskie:** prof. dr hab. med. **Andrzej Pająk**, Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, WOZ UJ CM w Krakowie; **mazowieckie:** dr hab. med. **Grażyna Broda**, Zakład Epidemiologii i Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii im. Prymasa 1000-lecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie; **opolskie:** dr **Władysław Pluta**, PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu; **podkarpackie:** dr med. **Jerzy Kuźniar**, Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie; **podlaskie:** dr hab. n. med. **Andrzej Szpak**, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; **pomorskie:** prof. dr hab. med. **Bogdan Wyrzykowski**, dr hab. med. **Tomasz Zdrojewski**, Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny; **śląskie:** prof. dr hab. med. **Zbigniew Gąsior**, SP Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; **świętokrzyskie:** prof. dr hab. n. med. **Marianna Janion**, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii WSZ w Kielcach; **warmińsko-mazurskie:** dr **Jerzy Górny**, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Kardiologii w Olsztynie; **wielkopolskie:** prof. dr hab. med. **Jerzy Głuszek**, Katedra Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych w Poznaniu; **zachodniopomorskie:** prof. dr hab. med. **Zdzisława Kornacewicz-Jach**, Instytut Kardiologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie