

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy

Urząd Marszałkowski
Województwa Dolnośląskiego



**DOLNY
ŚLĄSK**

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla
mieszkańców województwa dolnośląskiego”**

[2026-2028]

Program polityki zdrowotnej opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn.
zm.) na podstawie rekomendacji nr 1/2023 z 29 grudnia 2023 r.

Wrocław, 2025 rok

1. Okres realizacji Programu: 3 lata / rok 2026-2028.

2. Dane kontaktowe:

Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego

ul. Wybrzeże Słowackiego 12-14

50-411 Wrocław

tel. (+48 71) 776 90 53 e-mail: umwd@dolnyslask.pl <https://umwd.dolnyslask.pl/>

3. Kontynuacja/trwałość Programu: Program zostanie poddany ewaluacji, po której możliwa będzie jego kontynuacja.

Spis treści

Wykaz skrótów	3
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3
I.1. Opis problemu zdrowotnego	3
I.2. Dane epidemiologiczne	6
I.3. Populacja.....	7
I.4. Opis obecnego postępowania.....	7
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	8
II.1. Cel główny.....	8
II.2. Cele szczegółowe	9
II.3. Mierniki efektywności realizacji PPZ	9
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	10
III.1. Populacja docelowa	10
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	11
III.3. Planowane interwencje	11
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	15
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	15
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	15
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	15
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	16
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	18
V.1. Monitorowanie.....	18
V.2. Ewaluacja.....	19
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	20
VII. Bibliografia	24

Wykaz skrótów

BSCh - Biuro do spraw Substancji Chemicznych

GATS - Global Adult Tobacco Survey

GBD - Global Burden of Disease (GBD)

GUS - Główny Urząd Statystyczny

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIO-PIB - Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy

POCHP - Przewlekła obturacyjna choroba płuc

WHO - (ang. World Health Organization) Światowa Organizacja Zdrowia

ZUT - zespół uzależnienia od tytoniu

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

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.).

W Polsce pali aktualnie około 29 % mężczyzn oraz 17% kobiet. Grupą przodującą pod względem częstości palenia są osoby w wieku 50-59 lat.

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, cygara, fajki, bidis, tytoń do żucia, tytoń podgrzewany, snus itp.), zawierających nikotynę ekstrahowaną z tytoniu (papierosy elektroniczne, saszetki nikotynowe), bądź syntetyzowaną

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

palaczy potrzebuje wielu prób, aby całkowicie rzucić palenie, wyciągając wnioski z każdej podjętej próby.

Do objawów zespołu odstawienia 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.

Głównymi czynnikami zerwania z nałogiem są: uświadomienie sobie szkodliwości palenia (57,5%) oraz wzrost ceny papierosów (12,9%). Część osób palących podejmowała już nieudane próby zaprzestania palenia w latach ubiegłych. Według danych GATS było to łącznie 35,1% obecnie palących i byłych palaczy, którzy powrócili do palenia nie później niż w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed przeprowadzeniem badania. Istotnym czynnikiem wpływającym na częstotliwość podejmowania prób zaprzestania palenia jest wiek. Najmłodsi (w wieku 15-19 lat) obecni i byli palacze próbowali zdecydowanie częściej rzucić palenie (49,1%) w porównaniu z osobami w wieku 40-49 lat (30,4%).

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 okazjonalne – 4,3% mężczyzn i 4,2% kobiet. Spośród palących respondentów, 62,1% osób paliło tradycyjnie papierosy, a 25,2% papierosy ręcznie skręcone. 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 październiku 2023 r. zostało przeprowadzone badanie ankietowe przez Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna dla Biura do spraw Sub

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

dorosłych.

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 latach 2009-2010 wskazywały, że 36% wszystkich palaczy w Polsce zainicjowało swój nałóg w wieku poniżej 17 lat, a kolejne 55% między 18 a 24 rokiem życia. Wynika to m.in z faktu, że około 40% młodzieży spotyka się z różną formą reklamy wyrobów nikotynowych – w sklepach, a w szczególności w Internecie, gdzie młodzi ludzie najczęściej stykają się z wielorakimi formami promowania wyrobów tytoniowych.

Według badania PolNicoYouth, ponad połowa badanych nastolatków odpowiedziała, że nie miała problemów z zakupem wyrobów nikotynowych, a jedynie kilku procentom młodzieży odmówiono sprzedaży wyrobów nikotynowych.¹

Czynnikami sprzyjającymi inicjacji nikotynowej są:

- kulturowy przekaz normalizujący używanie nikotyny,
- przykład i presja otoczenia (rodzice, rówieśnicy, szkoła),
- łatwość zdobycia i zakupu (fizyczna dostępność) produktów nikotynowych,
- dostępność ekonomiczna (niskie ceny) produktów nikotynowych,
- narażenie na reklamę i promocję produktów nikotynowych.²

Według szacunków Global Burden of Disease (GBD) co roku ponad 8 mln ludzi na świecie umiera z powodu chorób odtytoniowych. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest również palenie bierne. W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2018 r. palenie tytoniu zostało wskazane jako jeden z głównych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych. Według danych WHO, co 6 sekund ktoś na świecie umiera przedwc

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

zwiększa ryzyko impotencji oraz osłabia płodność, u kobiet natomiast przyspiesza menopauzę oraz zaburza owulację.

Tytoń jest jedną z najbardziej uzależniających i szkodliwych używek na świecie. Według WHO to najczęstsza przyczyna chorób i śmierci, której w prosty sposób można uniknąć. Najnowsze badania sugerują, że palenie tytoniu zabiera około 8 milionów istnień ludzkich rocznie, co daje większy wynik niż AIDS, malaria i gruźlica razem wzięte.

Według szacunków GBD w 2019 r. palenie i spożywanie tytoniu przyczyniło się do 83 tys. zgonów w Polsce (w tym 56 tys. wśród mężczyzn i 27 tys. wśród kobiet), a corocznie palenie i spożywanie tytoniu prowadzi do utraty ponad 2 mln lat życia w zdrowiu (*disability adjusted life years, DALYs*).

Ostatnie dostępne dla Polski wyliczenia z 2012 r. określają koszty finansowe palenia według parytetu siły nabywczej na 57 mld dolarów, z czego 7 mld stanowiły wydatki na opiekę zdrowotną z powodu chorób odtytoniowych, a 50 mld stanowiły koszty utraconej produktywności z powodu chorób i przedwczesnych zgonów. Łączna wartość refundacji świadczeń udzielonych osobom z rozpoznaniem głównym chorób, dla których istotnym czynnikiem rozwoju jest palenie tytoniu, wyniosła w 2019 r. 2,3 mld zł. Kwota ta wzrosła o 15,9% w porównaniu z 2018 r. i o 47,3% w porównaniu z rokiem 2013. Wartość refundacji świadczeń udzielonych z powodu wybranych chorób płuc (innych niż rak płuca), dla których istotnym czynnikiem rozwoju jest palenie tytoniu, przekroczyła 200 mln zł.

Z danych statystycznych z ostatnich lat wynika, iż większość palaczy nie próbuje zerwać z nałogiem do czasu wystąpienia powikłań zdrowotnych z nim związanych. W ostatnich latach w Polsce spadła również niestety liczba osób usił

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

indeks BMI powoduje ok. 4,1 tys. DALY na 100 tys. ludności.

Średni czas utrzymania abstynencji u obecnie palących, którzy podejmowali próby rzucenia palenia, wynosił niecałe pięć tygodni u mężczyzn oraz nieco dłużej, bo sześć tygodni, u kobiet. Dodatkowo wśród osób palących okazjonalnie średnia ta była ponad dwa razy wyższa (około 10 tygodni abstynencji).

I.3. Populacja

Odsetek czynnych palaczy wszystkich wyrobów tytoniowych wynosi średnio 27% populacji naszego kraju. Do nałogowych palaczy zalicza się 20% Polaków, 7 % sięga po wyroby tytoniowe okazjonalnie. W roku 2023 po raz pierwszy odsetek nałogowych palaczy wśród kobiet i mężczyzn jest taki sam i wynosi 21%. Nałogowych palaczy jest niemal trzy razy więcej wśród osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym (31%) niż z wykształceniem wyższym (11%). Wśród czynnych palaczy aż 56% próbowało rzucić palenie, ale proces nie zakończył się powodzeniem. Decyzji o zerwaniu z nałogiem nie podjęło 25 % osób, ale planuje to w przyszłości. Utrzymujący się wysoki odsetek palaczy mocno niepokoi, ponieważ palenie wyrobów tytoniowych stanowi poważny czynnik ryzyka wielu chorób, w tym nowotworowych czy sercowo – naczyniowych.

I.4. Opis obecnego postępowania

Świadomość palaczy dotycząca miejsc gdzie mogą otrzymać profesjonalną pomoc w zaprzestaniu palenia jest minimalna. Zgodnie z załącznikiem nr 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19.06.2019 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:

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

2.09.2022 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. Na terenie Województwa Dolnośląskiego działa obecnie, w ramach programu profilaktyki chorób odtytoniowych (etap specjalistyczny) - Poradnia Antynikotynowa w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu oraz w ramach programu profilaktyki chorób odtytoniowych (etap podstawowy) - Poradnia Antynikotynowa w Centrum Specjalistycznym BIOMED Borowscy S.J. w Bolesławcu. Oba podmioty udzielają świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Walkę z uzależnieniami wspiera w Polsce 309 placówek, w tym 27 z terenu Dolnego Śląska, w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, dostępnych w postaci „poradni leczenia uzależnień”. Czas oczekiwania w ok. 80% placówkach nie przekracza miesiąca (stan na 22.10.2025 r.). Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB) im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie realizuje również ogólnopolskie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu diagnostyki oraz leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antynikotynowych.⁴

Co roku w trzeci czwartek listopada na całym świecie obchodzony jest Światowy Dzień Rzucania Palenia. Akcja zainicjowana została w latach 70 w Stanach Zjednoczonych przez dziennikarza małej gazety z Minnesoty Lynna Smitha, który zaprosił lokalną społeczność do zaprzestania palenia we wskazanym dniu. Akcja odniosła wielki sukces i z czasem znalazła naśladowców w wielu krajach, w tym również w Polsce. Temu celowi służą akcje skierowane do ogółu społeczeństwa: Światowy Dzień bez Tytoniu (31 maja) oraz Światowy Dzień Rzucania Palenia (trzeci czwartek listopada). Obchody tych dni mają na celu zwrócenie uwagi na skutki palenia tytoniu: społeczne, ekonomiczne, a przede wszystkim zdrowotne, które spowodowane są paleniem papierosów, a w ostatnich latach również e-papierosów.

Tytoń jest czynnikiem ryzyka odpowiadającym za najwyższą utratę lat życia w zdrowiu w Polsce, dlatego tak ważne jest podjęcie odpowiednich działań ukierunkowanych na ten problem.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Ograniczenie lub całkowite zaprzestanie użytkowania produktów zawierających nikotynę, w trakcie trwania programu, wśród 50% osób kontaktujących się z antynikotynowym punktem konsultacyjnym na terenie województwa dolnośląskiego.

⁴ Terapia NR 5 z.2 (240) maj 2010, s.86-89. Krion R, Kuziemski K. Rozpowszechnienie palenia tytoniu i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce. Forum Medycyny Rodzinnej 2017;11(6):263-269 Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. GUS, Warszawa, 1 grudnia 2015 r. notatka informacyjna. Trząsańska A., Stasznińska M., Krassowska U. Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu, Kantar Public dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego; 2017./FUNDACJA NEUCA/

II.2. Cele szczegółowe

1. Zadeklarowanie w trakcie trwania programu chęci zaprzestania lub ograniczenia użytkowania wyrobów nikotynowych, wśród 60% uczestników programu używających produkty zawierające nikotynę.
2. Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnienia od nikotyny, wśród 75% uczestników działań edukacyjnych.
3. Uzyskanie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej na temat minimalnej interwencji antynikotynowej i komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny wśród 60% personelu medycznego uczestniczącego w działaniach edukacyjnych.
4. Zaprzestanie używania wyrobów zawierających nikotynę w czasie pobytu w szpitalu wśród 60% pacjentów korzystających z konsultacji antynikotynowej podczas hospitalizacji.

II.3. Mierniki efektywności realizacji PPZ

Mierniki efektywności:

Cele	Mierniki
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 na terenie województwa dolnośląskiego.
Cel szczegółowy 1	Odsetek osób u których odnotowano chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych względem wszystkich osób, które zgłosiły się do punktu antynikotynowego.
Cel szczegółowy 2	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 świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test. * Wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
Cel szczegółowy 3	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy na temat minimalnej interwencji antynikotynowej i komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny wśród 60% personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
Cel szczegółowy 4	Odsetek uzależnionych od nikotyny pacjentów u których doszło do całkowitego zaprzestania używania wyrobów zawierających nikotynę w czasie pobytu w szpitalu w stosunku do wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych w warunkach szpitalnych (wśród 60% pacjentów korzystających z konsultacji antynikotynowej podczas hospitalizacji).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa

Według danych GUS stan na 30.06.2024 r. w województwie dolnośląskim mieszka 2 827 500 osób, w tym wieku produkcyjnym **1697536**. Liczba palaczy stanowi około 21 % populacji dorosłych (356 482 osób)⁵. Rozkład uzależnienia między kobietami i mężczyznami przedstawia się podobnie z niewielką przewagą płci męskiej. W poniższej tabeli przedstawiono opis populacji docelowej w odniesieniu do poszczególnych interwencji realizowanych w programie.

INTERWENCJA	OPIS POPULACJI DOCELOWEJ	JEDNOSTKA MIARY
Prowadzenie antynikotynowego punktu (utworzenie i promocja punktu)	Użytkownicy wyrobów tytoniowych	1 punkt
Konsultacje antynikotynowe	Użytkujący wyroby tytoniowe	2350 osób
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna	
Szkolenie personelu medycznego	Personel medyczny zatrudniony na Dolnym Śląsku	300 osób

⁵ Postawy Polaków wobec palenia- Raport 2019r. <https://www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palenia-tytoniu--raport-2017>
13.02.2025

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Kryteria włączenia: mieszkańcy Dolnego Śląska, użytkownicy wyrobów nikotynowych,

Kryteria wyłączenia: mieszkańcy spoza Dolnego Śląska lub pozostawanie pod opieką poradni leczenia uzależnienia od tytoniu

INTERWENCJA	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Prowadzenie antynikotynowego punktu	• Użytkownicy wyrobów tytoniowych • Mieszkańcy Dolnego Śląska	• pozostawanie pod opieką poradni leczenia uzależnienia od tytoniu • osoby spoza Dolnego Śląska
Konsultacje antynikotynowe	Użytkujący wyroby tytoniowe • Pacjenci szpitala • Osoby spoza szpitala mieszkańcy Dolnego Śląska	Osoby których stan zdrowia nie pozwala na udział w konsultacjach
Działania informacyjno-edukacyjne	Wszystkie osoby z terenu realizacji programu	brak
Szkolenie personelu medycznego	Personel medyczny zatrudniony na Dolnym Śląsku	Ukończenie szkolenia o podobnej tematyce w poprzednich dwóch latach

III.3. Planowane interwencje

Interwencja nr 1

Utworzenie na terenie Województwa Dolnośląskiego punktu antynikotynowego wraz z kampanią informacyjną o programie. Wskazane, aby punkt powstał na terenie szpitala, aby umożliwić zgłoszenie bezpośrednio pacjentom. W celu dotarcia do jak największej grupy osób palących, zalecane jest nawiązanie współpracy z szerokim i zróżnicowanym gronem podmiotów funkcjonujących na obszarze województwa dolnośląskiego (np.: zakłady pracy, organizacje pozarządowe, lokalne ośrodki zdrowia, kościoły, zakłady usługowe, placówki handlowe, ośrodki sportowo-rekreacyjne, kluby fitness). Punkt będzie czynny minimum 3 razy w tygodniu po 5 godzin. Zgłaszać się do punktu można poprzez formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej, mail, telefonicznie lub osobiście.

Interwencja nr 2

Konsultacje antynikotynowe- prowadzone w formie stacjonarnej, on-line lub telefonicznie. Pierwsza konsultacja diagnostyczno-edukacyjna w oparciu o wystandaryzowane testy oceniające siłę uzależnienia oraz motywację do zaprzestania palenia, wywiad, ocenę uzależnienia w oparciu o osobnicze czynniki środowiskowe. W razie gotowości do podjęcia próby rzucenia nałogu tworzy się indywidualny plan leczenia. Wizyta nie dłużej niż 60 minut. W przypadku wyrażenia zgody 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,
- stworzenie systemu wsparcia pacjenta między konsultacjami (aplikacja lub wiadomość sms).

Opracowanie wzoru dokumentacji elektronicznej pacjenta. 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.

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, 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,

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

- 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.

W zakresie konsultacji dla pacjentów szpitala zaleca się szkolenie dla personelu medycznego, który 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.

Interwencja nr 3:

Szkolenie personelu medycznego

Przeszkolenie personelu medycznego szpitala, w którym znajduje się punkt antynikotynowy, przeszkolenie online personelu medycznego z innych szpitali oraz POZ-ów. Zakres szkolenia obejmuje następujące zagadnienia:

- wiedzę na temat minimalnej interwencji antynikotynowej i komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny. W celu przeprowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej zaleca się stosowanie zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P” – Pytaj; Poradź; Poznaj; Pomóż; Planuj
- identyfikację osób używających wyrobów nikotynowych,
- wiedzę na temat udzielania porad w zakresie powikłań związanych z używaniem wyrobów nikotynowych, rzucania palenia,
- kierowanie pacjenta do antynikotynowego punktu,
- przepisywanie farmakoterapii wspomagającej rzucanie nałogu u osób silnie uzależnionych od nikotyny, ze szczególnym zwróceniem uwagi na możliwe interakcje występujące z innymi lekami przyjmowanymi przez pacjenta.

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

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

– Państwowy Instytut Badawczy – Szkolenie personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny: <https://szkoleniazut.coi.pl/>, dostęp z 11.12.2023 r. Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, telekonferencji.

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.

Interwencja nr 4:

Działania Informacyjno- edukacyjne

Program zakłada współpracę z realizatorami istniejących inicjatyw społecznych, aby zwiększyć zasięg na temat działalności antynikotynowego punktu konsultacyjnego oraz sposobu dostępu do niego. 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 wykorzystane zostaną różne kanały medialne, aby uzyskać bezpłatne relacje prasowe i wygenerować jak największy rozgłos, np.: poprzez wykorzystanie kanałów regionalnych i lokalnych oraz pełnej gamy mediów.

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.

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 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:

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

- ✓ <https://nfz-lodz.pl/dlapacjentow/nfz-blizej-pacjenta/9117-sroda-z-profilaktyka-profilaktyka-uzaleznien-2>,
- ✓ https://www.nfzszczecin.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-palania-tytoniu>.
- 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

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

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

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

- Zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji,
- Zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- Zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- Powołanie Rady ds. Programu
- Przygotowanie Programu i przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu programu z rekomendacją.
- Przyjęcie programu przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego oraz przeprowadzenie konkursu na wybór Realizatora programu
- Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji, czemu towarzyszy monitorowanie realizacji programu (bieżące zbieranie danych nt. działań i efektów). Monitoring programu prowadzony będzie poprzez ocenę zgłaszalności w formie kwartalnych raportów, ocenę jakości podjętych interwencji w programie – na podstawie ankiet satysfakcji uczestników z udziału w programie polityki zdrowotnej (za opracowanie których odpowiedzialny będzie Realizator PPZ) oraz ocenę efektywności programu – porównanie stanu końcowego ze stanem wyjściowym
- Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy). Zakończenie realizacji PPZ, przeprowadzenie ewaluacji i przygotowanie raportu

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

końcowego z realizacji PPZ. Ewaluacja programu: Ewaluacja końcowa (wyniku) sporządzona zostanie po zakończeniu programu. Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

- Przesłanie do AOTMiT raportu końcowego z realizacji PPZ wraz z załączonym pierwotnym projektem PPZ, który został wdrożony do realizacji.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji PPZ należy spełnić wymagania dotyczące personelu, a także wymagania dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, Realizator stosować będzie obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

ETAPY PPZ	Wymagania dotyczące personelu
Prowadzenie antynikotynowego punktu konsultacyjnego	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]).
Szkolenie personelu medycznego	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

	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 prowadzenia dokumentacji elektronicznej), spełniające wymogi bezpieczeństwa informacji i zachowania poufności oraz ochrony danych osobowych. 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.
Konsultacje antynikotynowe	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. Materiały biurowe, smokerlyzer, komputer przenośny (laptop) + tablet (zbieranie danych ankietowych w formie elektronicznej, w sytuacji kiedy komputer jest zajęty przez koordynatora), telefon komórkowy z dostępem do Internetu, drukarka ze skanerem. Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc na terenie szpitala, które umożliwią przeprowadzenie konsultacji, przy zachowaniu warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych.

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

Szkolenie personelu medycznego	Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc, w których odbywać się będą szkolenia i warsztaty. Wyposażenie w sprzęt umożliwiający prowadzenie wykładów np.: komputer z dostępem do Internetu, projektor w celu wyświetlania prezentacji czy filmów edukacyjnych.
Działania informacyjno-edukacyjne	Zapewnienie dostępu do pomieszczeń lub miejsc, w których realizowane będą działania edukacyjne skierowane do osób zaproszonych na wykłady, szkolenia, konferencje, przy zachowaniu zasad BHP.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ.

Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

Wskaźniki do monitorowania:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- liczba wykonanych kontaktów telefonicznych, celem udzielenia wsparcia uczestnikowi programu;
- 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 pomimo podjętego kontaktu telefonicznego nie zgłosiły się na kolejny termin/kontakt;
- 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 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;
- liczba uczestników, których w związku z wynikiem badania skierowano do dalszej diagnostyki poza programem.

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

W ramach prowadzonego monitoringu na bieżąco rejestrowane będą indywidualne informacje o każdym z uczestników PPZ, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel, takie jak:

- a) Data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail).
- b) Numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ.
- c) Informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik.
- d) Data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ, zmiana miejsca zamieszkania na obszar poza objęty działaniami PPZ).

Ocena jakości świadczeń

Realizator PPZ przeprowadzi ocenę jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ zostanie zapewniona możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, będą przedstawione w raporcie końcowym, opracowanym przez Realizatora lub zewnętrznego eksperta.

Z uwagi na fakt, iż niniejszy PPZ jest programem przewidzianym do realizacji w okresie powyżej 1 roku, po każdym roku realizacji działań programowych Realizator PPZ przygotuje raport, w którym przeanalizowane zostaną wyżej wymienione wskaźniki monitorowania, w celu bieżącej kontroli realizacji programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy będą służyły ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji Programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty Programu.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja końcowa (wyniku) sporządzona zostanie po zakończeniu Programu przez Realizatora. Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. 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,

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

- 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.

Ewaluację należy zawrzeć w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Program realizowany będzie w latach 2026-2028

Budżet programu uwzględnia koszty poszczególnych składowych (tj. m.in. koszty interwencji, wynagrodzeń, obsługi administracyjnej, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Przedstawione w budżecie koszty pośrednie oraz bezpośrednie stanowią katalog otwarty, w związku z czym podczas realizacji działań programu Realizator powinien uwzględnić niezbędne, realne koszty, zgodne z cenami rynkowymi obowiązującymi w momencie realizacji działań Programu oraz uwzględnić możliwości finansowe i posiadane środki, przeznaczone przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego na wdrożenie Programu.

Przedstawione kwoty są kwotami orientacyjnymi, oszacowanymi na dzień opracowywania treści Programu.

Świadczenia w ramach Programu będą udzielane uczestnikom bezpłatnie. Program nie przewiduje współfinansowania przez uczestnika.

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

Tabela 10. Koszty zadań w Programie.

ROK 2026	Liczba	Jednostka	Cena	Wartość
Interwencja 1: prowadzenie antynikotynowego punktu				
Przygotowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjno- promocyjnej	1	usługa	40 000,00 zł	40 000,00 zł
Prowadzenie Punktu Antynikotynowego				
Koszty osobowe rejestracja, dokumentacja	12	miesiąc	5 000,00 zł	60 000,00 zł
Koszt wyposażenia i wynajem powierzchni biurowych	12	zadanie	15 000,00 zł	180 000,00 zł
Razem:				280 000,00 zł
Interwencja 2: konsultacje antynikotynowe				
Wstępna porada antynikotynowa	750	osoba	150,00 zł	112 500,00 zł
Konsultacja psychologiczna	500	osoba	150,00 zł	75 000,00 zł
Antynikotynowa porada kontrolna	2225	osoba	90,00 zł	200 250,00 zł
Konsultacja psychologiczna	1500	osoba	100,00 zł	150 000,00 zł
Razem:				537 750,00 zł
Interwencja 3: działania informacyjno-edukacyjne				
Kampania edukacyjna Social media, audycje radiowe, prasa, wydruk ulotek informacyjnych	1		70 000,00 zł	70 000,00 zł
Opracowanie i Nadzór merytoryczny	4	kwartał	5 000,00 zł	20 000,00 zł
Prowadzenie i utrzymanie strony internetowej wraz z infrastrukturą do badania poziomu wiedzy	1	usługa	30 000,00 zł	30 000,00 zł
Razem:				120 000,00 zł
Interwencja 4: szkolenia personelu				
Koszt wynajęcia Sali	2	szkolenie	10 000,00 zł	20 000,00 zł
Koszt wykładowców grupa min 50 osób 5 godzin szkolenia	2	szkolenie	2 500,00 zł	5 000,00 zł
Materiały	50	osób	100,00 zł	5 000,00 zł
Razem:				30 000,00 zł
koszty pośrednie				
Koordynator programu	400	godzina	40,00 zł	16 000,00 zł
Obsługa kadrowa	160	godzina	60,00 zł	9 600,00 zł
Obsługa księgowa	180	godzina	60,00 zł	10 800,00 zł
Obsługa prawna	37	godzina	50,00 zł	1 850,00 zł
Obsługa zamówienia	40	godzina	50,00 zł	2 000,00 zł
Ewaluacja i monitoring	1		6 000,00 zł	6 000,00 zł
Razem:				46 250,00 zł
SUMA:				1 014 000,00 zł

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

ROK 2027	Liczba	Jednostka	Cena	Wartość
Interwencja 1: prowadzenie antynikotynowego punktu				
Przygotowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjno- promocyjnej	1	usługa	40 000,00 zł	40 000,00 zł
Prowadzenie Punktu Antynikotynowego				
Koszty osobowe rejestracja, dokumentacja	12	miesiąc	5 000,00 zł	60 000,00 zł
Koszt wyposażenia i wynajem powierzchni biurowych	12	miesiąc	15 000,00 zł	180 000,00 zł
Razem:				280 000,00 zł
Interwencja 2: konsultacje antynikotynowe				
Wstępna porada antynikotynowa	750	osób	150,00 zł	112 500,00 zł
Konsultacja psychologiczna	500	osób	150,00 zł	75 000,00 zł
Antynikotynowa porada kontrolna	2225	osób	90,00 zł	200 250,00 zł
Konsultacja psychologiczna podtrzymująca	1500	osób	100,00 zł	150 000,00 zł
Razem:				537 750,00 zł
Interwencja 3: działania informacyjno-edukacyjne				
Kampania edukacyjna Social media, audycje radiowe, prasa, wydruk ulotek informacyjnych	1		70 000,00 zł	70 000,00 zł
Opracowanie i Nadzór merytoryczny	4	kwartał	5 000,00 zł	20 000,00 zł
Prowadzenie i utrzymanie strony internetowej wraz z infrastrukturą do badania poziomu wiedzy	1	usługa	30 000,00 zł	30 000,00 zł
Razem:				120 000,00 zł
Interwencja 4: szkolenia personelu				
Koszt wynajęcia Sali	2	szkolenie	10 000,00 zł	20 000,00 zł
Koszt wykładowców grupa min 50 osób 5 godzin szkolenia	2	Szkolenie	2 500,00 zł	5 000,00 zł
Materiały	50	osób	100,00 zł	5 000,00 zł
Razem:				30 000,00 zł
koszty pośrednie				
Koordynator programu	400	godzina	40,00 zł	16 000,00 zł
Obsługa kadrowa	160	godzina	60,00 zł	9 600,00 zł
Obsługa księgowa	180	godzina	60,00 zł	10 800,00 zł
Obsługa prawna	37	godzina	50,00 zł	1 850,00 zł
Obsługa zamówienia	40	godzina	50,00 zł	2 000,00 zł
Ewaluacja i monitoring	1		6 000,00 zł	6 000,00zł
Razem:				46 250,00 zł
SUMA:				1 014 000,00 zł

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

ROK 2028	Liczba	Jednostka	Cena	Wartość
Interwencje 1: prowadzenie antynikotynowego punktu				
Przygotowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjno- promocyjnej	1	usługa	40 000,00 zł	40 000,00 zł
Prowadzenie Punktu Antynikotynowego				
Koszty osobowe rejestracja, dokumentacja	12	miesiąc	6 000,00 zł	72 000,00 zł
Koszt wyposażenia i wynajem powierzchni biurowych	12	miesiąc	15 000,00 zł	180 000,00 zł
Razem:				292 000,00 zł
Interwencja 2: konsultacje antynikotynowe				
Wstępna porada antynikotynowa	850	osób	150,00 zł	127 500,00 zł
Konsultacja psychologiczna	700	osób	150,00 zł	105 000,00 zł
Antynikotynowa porada kontrolna – średnio co 2 miesiące	2550	osób	90,00 zł	229 500,00 zł
Konsultacja psychologiczna podtrzymująca	1600	osób	100,00 zł	160 000,00 zł
Razem:				622 000,00 zł
Interwencja 3: działania informacyjno-edukacyjne				
Kampania edukacyjna Social medi, audycje radiowe, prasa, wydruk ulotek informacyjnych	1		70 000,00 zł	70 000,00 zł
Opracowanie i Nadzór merytoryczny	4	kwartał	5 000,00 zł	20 000,00 zł
Prowadzenie i utrzymanie strony internetowej wraz z infrastrukturą do badania poziomu wiedzy	1	usługa	30 000,00 zł	30 000,00 zł
Razem:				120 000,00 zł
Interwencja 4: szkolenia personelu				
Koszt wynajęcia Sali	2	szkolenie	10 000,00 zł	20 000,00 zł
Koszt wykładowców grupa min 50 osób 5 godzin szkolenia	2	Szkolenie	2 500,00 zł	5 000,00 zł
Materiały	50	osób	100,00 zł	5 000,00 zł
Razem:				30 000,00 zł
koszty pośrednie				
Koordynator programu	400	godzina	40,00 zł	16 000,00 zł
Obsługa kadrowa	160	godzina	60,00 zł	9 600,00 zł
Obsługa księgową	180	godzina	60,00 zł	10 800,00 zł
Obsługa prawna	20	godzina	50,00 zł	1 000,00 zł
Obsługa zamówienia	40	godzina	50,00 zł	2 000,00 zł
Ewaluacja i monitoring	1		6 000,00 zł	6 000,00 zł
Razem:				45 400,00 zł
SUMA:				1 109 400,00 zł

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

Koszty programu:

2026 rok- 1 014 000 zł

2027 rok- 1 014 000 zł

2028 rok- 1 109 400 zł

Źródła finansowania

Program zostanie sfinansowany z budżetu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

VII. Bibliografia

1. Górecka D, Zwalczenie nałogu palenia tytoniu. Adam Antczak Wielka Interna Pulmonologia część II Medical Tribune Polska Warszawa s. 514-5183.
2. Niżankowska-Mogilnicka E, Mejza F, Buist AS i wsp. Prevalence of COPD and tobacco smoking in malopolska region – results from the BOLD study in Poland. Pol Arch Med Wewn 2007; 117:402-103.
3. Sapilak B.J., Kurpas D, Steciwko A. Postępowanie terapeutyczne w przypadku uzależnienia od nikotyny.
4. 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)
5. Raport nr OT.434.6.2022 pn. „Profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny)”, Warszawa, Maj 2023 Źródła rekomendacji
6. 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
7. 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
8. 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

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

9. Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7/8: 24-40
10. 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
11. 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
12. Ministry of Health – New Zealand (2021). Background and Recommendations for the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking, Wellington, Ministry of Health
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

20. 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
21. 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. *Am. J. Prev. Med.* 56(1): 167-178
22. Rzyman W., Didkowska J., Dziedzic R. et al. (2018). Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. *Adv. Respir. Med.* 86(1): 53-74
23. 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. *CMAJ.* 189(8):E310-E316
24. 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. *Cancer.* 122(8): 1150-1159
25. 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). *Eur. Heart. J.* 37(29): 2315-2381
26. Shields P. G., Herbst R. S, Arenberg D. et al (2016). Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 14(11): 1430-1468
27. Farber H. J., Walley S. C., Groner J. A. et al. (2015). Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. *Pediatrics.* 136(5): 1008-17
28. 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
29. 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
30. 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

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

31. 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
32. 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
33. 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
34. 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. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 19(8): 4904
35. Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. *Med. Prakt.* 7/8: 24-40
36. 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
37. 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
38. Carson-Chahhoud K., Livingstone-Banks J., Sharrad K. et al. (2019). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 10: CD003698
39. Carson-Chahhoud K., Ameer F., Sayehmiri K. et al. (2017). Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst. Rev.* 6 (6):CD001006
40. 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. *Osong. Public Health Res. Perspect.* 12(3): 177-186
41. Coppo A., Galanti M., Giordano L. et al. (2014). School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014(10): CD009990
42. Fanshawe T., Halliwell W., Lindson N. et al. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst. Rev.* 11(11): CD003289
43. Ghorai K., Akter S., Khatun F. et al. (2014). mHealth for smoking cessation programs: a systematic review. *J. Pers. Med.* 4(3): 412-23
44. Hartmann-Boyce J., Hong B., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 6: CD009670

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

45. Hartmann-Boyce J., Chepkin S. C., Ye W. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. (2018). Cochrane Database Syst. Rev. 5: CD000146
46. Hefler M., Liberato S., Thomas D. (2017). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. Cochrane Database Syst. Rev. 6: CD008645
47. Isensee B., Hanewinkel R. (2012). Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. Eur. Addict. Res. 18(3): 110-115
48. Lancaster T., Stead L. (2017) Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 3: CD001292
49. Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD011556
50. Lindson N., Klemperer E., Hong B. et al. (2019). Smoking reduction interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD013183
51. Lindson N., Thompson T., Ferrey A. et al. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 7: CD006936
52. Livingstone-Banks J., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 1: CD001118
53. 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. Health. Policy. 123(5): 480-491
54. Marcano Belisario J., Bruggeling M., Gunn L. et al. (2012) Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. Cochrane Database Syst. Rev. 12: CD009187
55. Matkin W., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. et al (2019). Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 5: CD002850
56. Myung S-K., Park J-Y. (2019). Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Nicotine. Tob. Res. 21(11): 1473-1479
57. 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. BMC Public Health. 18(1): 749
58. Notley C., Gentry S., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 7(7): CD004307
59. Park, E. and Drake, E. (2015), Systematic Review: Internet-Based Program for Youth Smoking Prevention and Cessation. Journal of Nursing Scholarship. 47: 43-50
60. 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. Prev. Med. 85: 20-31
61. Rice V., Heath L., Livingstone-Banks J. et al. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 12: CD001188

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnienia od tytoniu (nikotyny) dla mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”- na lata 2026-2028

62. 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. *JAMA*. 323(16): 1599-1608
63. Shackleton N., Jamal F., Viner R., et al. (2016). School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. *J. Adolesc. Health*. 58(4): 382-396
64. Stead L. F., Buitrago D., Preciado N. et al. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 5: CD000165
65. Stead L. F., Koilpillai P., Fanshawe T. R. et al. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 3: CD008286
66. Suls J., Luger T., Curry S. et al. (2012). Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: A meta-analysis. *Am. J. Prev. Med.* 42(6): 655-662
67. Thomas R. E., McLellan J., Perera R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013(4): CD001293
68. Ussher M. H., Faulkner G. E. J., Angus K. et al. (2019). Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 10: CD002295
69. Villanti A., West J., Klemperer E. et al. (2020). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: Updated Systematic Review. *Am. J. Prev. Med.* 59(1): 123-136 Pozostałe
70. University of Southern California Institute for Prevention Research. (2023). Project EX. Pozyskano z: <https://projectex.usc.edu/>, dostęp z 28.07.2023
71. Ministerstwo Zdrowia. (2023). Stop Fejk Friends. Pozyskano z: <http://stopfejkfriends.pl/>, dostęp z 28.07.2023