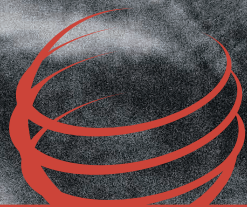




**Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu
i prawo do zdrowia**



**GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION**



Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu i prawo do zdrowia



Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu i prawo do zdrowia (2020)

została wydana przez Knowledge•Action•Change, brytyjską agencję zajmującą się promocją zdrowia poprzez redukcję szkód (<https://kachange.eu>).

Knowledge•Action•Change
8 Northumberland Avenue
London WC2N 5BY, UK

Autor tekstu: Ruth Goldsmith

Redakcja: Harry Shapiro

Zarządzanie publikacją: Grzegorz Król

Projekt: WEDA sc; Urszula Biskupska

Zespół projektowy: Gerry Stimson, Paddy Costall, Grzegorz Król, Kevin Molloy, Harry Shapiro, Jess Harding i Tomasz Jerzyński

Fotografia na okładce: Patrick Hendry (Unsplash)

Niniejsza publikacja stanowi część szerszego projektu mającego na celu przygotowanie dwuletniego raportu na temat globalnego stanu redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu. Raport jest współfinansowany przez fundację Foundation for a Smoke-Free World. Fundacja nie uczestniczyła w opracowywaniu treści, analiz i wniosków niniejszej publikacji; wszelkie decyzje odnośnie do tych kwestii pozostawały w gestii wydawcy.

Ukazujący się co dwa lata raport na temat globalnego stanu redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu i aktualne informacje na temat ograniczania szkodliwych skutków palenia tytoniu na całym świecie dostępne są na stronie <https://gsthr.org>.

Podziękowania: Serdeczne podziękowania dla Willa Godfrey'a (USA), Chimwemwe Ngoma (Malawi), Alexa Wodaka (Australia), Clive'a Batesa (Wielka Brytania), Dave'a Crossa (Wielka Brytania) i Marew Glover (Nowa Zelandia) za ich opinie; wszelkie błędy pozostają błędami autora.

Sposób cytowania: Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu i prawo do zdrowia (2020). Londyn: Knowledge•Action•Change.

ISBN: 978-1-9993579-4-8

Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu i prawo do zdrowia

Kluczowe przesłania

Redukcja szkód to szereg pragmatycznych polityk, przepisów i działań, które albo zmniejszają ryzyko dla zdrowia poprzez zapewnienie bezpieczniejszych form wyrobów lub substancji, albo zachęcają do mniej ryzykownych zachowań.

Redukcja szkód nie koncentruje się wyłącznie na eliminacji wyrobów lub zachowań.

Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu poprzez używanie bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych daje nowe możliwości wyboru milionom ludzi na całym świecie, którzy chcą odejść od palenia, ale nie byli w stanie tego dokonać przy zastosowaniu wcześniej dostępnych opcji.

Istnieją istotne, niezależne dowody na poziomie międzynarodowym potwierdzające, że dostępne obecnie bezpieczniejsze wyroby nikotynowe, w tym urządzenia do inhalacji nikotyny (e-papierosy), urządzenia do podgrzewania tytoniu oraz szwedzki doustny snus są wyraźnie i znacząco bezpieczniejsze niż palenie tytoniu.

Do tej pory oficjalną odpowiedzią na zgony i choroby powodowane paleniem było przede wszystkim ograniczenie użycia tytoniu. Pomimo że udało się w ten sposób wiele osiągnąć, nie wyeliminowano używania tytoniu. Miliony ludzi na całym świecie albo nie są w stanie, albo nie chcą zrezygnować z nikotyny i pałą tytoń, aby ją dostarczyć organizmowi.

W krajach o wyższym dochodzie odsetek palaczy jest najwyższy wśród społeczności marginalizowanych. W wielu krajach o niskim i średnim dochodzie odsetek palaczy ustabilizował się, przy czym wzrost liczby ludności wydaje się zwiększać liczbę osób palących.

Milionom ludzi nie należy odmawiać dostępu do produktów, które mogą im pomóc uniknąć niskiej jakości życia, chorób i przedwczesnej śmierci. Uniemożliwianie dostępu do tych produktów pozbawia ludzi prawa do zdrowia zapisanego w wielu międzynarodowych konwencjach dotyczących zdrowia.

W krajach, w których bezpieczniejsze wyroby nikotynowe są dostępne, a korzystanie z nich podlega odpowiednim regulacjom, dowody są jasne.

Ogromne rzesze ludzi rzucają palenie tytoniu i przechodzą na te wyroby, dokonując tym samym wyboru, aby poprawić swoje zdrowie w sposób prawie bezkosztowy dla rządów i podatników.

Jednakże wprowadzanych jest coraz więcej zakazów stosowania bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych, także w krajach, w których przewiduje się wzrost liczby osób palących ze względu na wzrost liczby ludności. Niekorzystny wpływ na politykę rządu i regulacje mają zawierające błędy materiały naukowe i lobbings przeciwko redukcji szkód, prowadzące do sensacyjnych doniesień medialnych. Niepoprawne informacje na temat zdrowia publicznego podawane w wielu krajach są mylące i wprowadzają w błąd osoby, które chcą odejść od palenia.

Podobne problemy towarzyszyły wprowadzaniu wielu wcześniejszych strategii ograniczenia szkód powodowanych przez narkotyki lub seks, gdy strategie te były jeszcze nowe. Jednak liczba osób dotkniętych problemem związanym z tytoniem jest ogromna. Czy zostanie wykorzystany transformacyjny potencjał zdrowia publicznego w zakresie redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu? Czy też szansa na uratowanie milionów istnień ludzkich zostanie zaprzepaszczone, gdyż trwająca od dziesięcioleci wojna z tytoniem przerodzi się w otwartą wojnę z nikotyną?

Ogóln światowy kryzys zdrowia publicznego spowodowany paleniem tytoniu

Śmierć i choroba

Fakty są brutalne.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że do końca tego wieku **miliard osób** umrze z powodu chorób odtytoniowych.

Odpowiada to mniej więcej całej populacji Ameryki Północnej i Południowej lub 13% obecnej ludności świata.¹

Każdego roku ponad **siedem milionów ludzi** umiera z powodu chorób związanych z używaniem tytoniu – więcej niż z powodu malarii, HIV i gruźlicy łącznie.

Palenie stanowi **najpoważniejszą przyczynę chorób niezakaźnych** na świecie.

Półowa wszystkich palących umrze przedwcześnie, doświadczając dolegliwości bólowych, wskutek szerokiego spektrum chorób – od nowotworów płuc, gardła, trzustki, pęcherza, żołądka, nerek lub szyjki macicy po zawał serca lub udar. Osoby bliskie również cierpią z powodu poniesionej straty.

Wiele milionów ludzi na całym świecie **doświadcza wieloletniej niepełnosprawności i obniżonej jakości życia** z powodu takich chorób jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), zwyrodnienie płamki żółtej, zaćma, cukrzyca, problemy z płodnością i reumatoidalne zapalenie stawów. Wszystkie te choroby są spowodowane paleniem, związane z paleniem lub zaostrzone przez palenie.

Palenie ma także bezpośredni wpływ na osoby przebywające w pobliżu osoby palącej. WHO szacuje, że jedna trzecia ludności świata jest regularnie narażona na wpływ dymu tytoniowego. WHO ocenia, że narażenie na dym tytoniowy jest odpowiedzialne za około 600 000 zgonów rocznie i około 1% globalnego obciążenia chorobami na całym świecie.²

Wpływ na gospodarkę

Bardzo trudno jest określić dokładny wpływ palenia na gospodarkę światową. Jednak w 2017 r. WHO i amerykański National Cancer Institute opublikowały

badanie, w którym oszacowano, że światowy koszt opieki zdrowotnej związanej z paleniem wyniósł w ciągu zaledwie jednego roku (2012) 422 mld dolarów, co stanowi 5,7% łącznych światowych wydatków na opiekę zdrowotną, szacowane koszty pośrednie związane z zapadalnością na choroby wyniosły 357 mld dolarów, a koszty związane ze zgonami – 657 mld dolarów. Całkowity roczny ekonomiczny koszt palenia oszacowano zatem na 1,4 bln dolarów, czyli 1,8% rocznego PKB na świecie.³

Kto pali?

Szacuje się, że 1,1 miliarda ludzi pali tytoń codziennie, przy czym 80% palaczy to mieszkańcy krajów o niskim i średnim dochodzie.⁴

W wielu krajach o wyższym dochodzie odsetek osób dorosłych palących codziennie spadł od wczesnych lat 70. XX wieku i obecnie jest „niski” zgodnie z międzynarodowymi standardami, co oznacza, że pali mniej niż 20% populacji. Wynika to głównie z większej świadomości społeczeństwa na temat znaczenia zdrowszego stylu życia i wprowadzenia środków ograniczenia użycia tytoniu (w tym zakazów reklamy, środowisk wolnych od dymu tytoniowego, ograniczeń dostępności i wyższych podatków).

1,1 miliarda ludzi pali tytoń codziennie, przy czym 80% z nich to mieszkańcy krajów o niskim i średnim dochodzie

Ale w wielu krajach o wyższym dochodzie odsetek osób palących zaczął się teraz stabilizować: znaczna liczba osób nadal pali. W tych krajach liczba osób palących, a co za tym idzie liczba zgonów i chorób związanych z paleniem jest nieproporcjonalnie wysoka wśród grup szczególnie wrażliwych i marginalizowanych, w tym osób żyjących w ubóstwie, przynależących do mniejszości etnicznych lub społeczności tubylczych, społeczności LGBTQ+, osób cierpiących na choroby psychiczne lub narkomanów.

W dużej liczbie krajów o niskim i średnim dochodzie brak wystarczających zasobów na wdrożenie i egzekwowanie polityki ograniczenia użycia tytoniu. Sytuacja jest

¹ Roser, M., Ritchie, H. i Ortiz-Ospina, E. (2019). *World population growth*. Publikacja internetowa na stronie OurWorldInData.org. Pobrano z: <https://ourworldindata.org/world-population-growth>

² WHO (data publikacji nieznana). Global Health Observatory data: Second-hand smoke. Pobrano z: [https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/#targetText=Sec-ond%2Dhand%20smoke%20\(SHS\),asthma%2C%20have%20long%20been%20established.](https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/#targetText=Sec-ond%2Dhand%20smoke%20(SHS),asthma%2C%20have%20long%20been%20established.)

³ National Cancer Institute i WHO (2017). NCI Tobacco Control Monograph Series 21 – *The Economics of To-bacco and Tobacco Control*. Pobrano z: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_complete.pdf

⁴ WHO (2019). *Tobacco: Key facts*. Pobrano z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



Image: Franck V. on Unsplash

jeszcze bardziej skomplikowana w krajach, w których gospodarka jest uzależniona od dochodów z uprawy tytoniu. W wielu krajach o niskim i średnim dochodzie liczba palaczy stabilizuje się (i może być zaniżona). Prognozy wskazują na wzrost populacji w licznych krajach o niskim i średnim dochodzie, co sugeruje, że liczba palaczy prawdopodobnie wzrośnie.

liczba zgonów i chorób związanych z paleniem jest nieproporcjonalnie wysoka wśród grup szczególnie wrażliwych i wykluczonych społecznie

Jednym z celów ogólnej Agendy na rzecz Zrównoważonego Rozwoju ONZ jest zmniejszenie o jedną trzecią liczby przedwczesnych zgonów z powodu chorób niezakaźnych do 2030 r.⁵ Trzy główne przyczyny umieralności z powodu chorób niezakaźnych to choroby sercowo-naczyniowe, rak i choroby układu oddechowego – wszystkie ściśle powiązane z paleniem papierosów. Trudno jest ocenić, w jaki sposób można osiągnąć ten cel bez radykalnego ograniczenia palenia.

„Ludzie palą dla nikotyny, ale umierają od substancji smolistych”

Jak w 1976 r. zauważył pionier badań nad używaniem tytoniu profesor Mike Russell: „Palacze nie są w stanie łatwo rzucić palenia, ponieważ są uzależnieni od nikotyny... Ludzie palą dla nikotyny, ale umierają od substancji smolistych”⁶

Ludzie palą tytoń, ponieważ czują, że czerpią korzyści ze skutków działania nikotyny. Twierdzą, że pomagają im w koncentracji i może złagodzić lęk lub stres. Z drugiej strony, palacze twierdzą, że gdy skończą im się papierosy, pragną ich, czują się pobudzeni i rozdrażnieni oraz trudno im się skoncentrować. Z tego punktu widzenia mówi się, że niektórzy ludzie są uzależnieni od nikotyny. Biorąc jednak pod uwagę, że nikotyna jako substancja jest względnie łagodna i nie powoduje żadnej choroby związanej z paleniem, używanie nikotyny raczej nie jest problemem fizycznym ani psychologicznym wynikającym zwykle z publicznego postrzegania słowa „uzależnienie”.

Od wielu lat jest jasne, że powodem przedwczesnej umieralności i zachorowalności na choroby zagrażające życiu z powodu palenia papierosów jest narażenie na toksyczne związki chemiczne uwalniane podczas palenia papierosa i wdychania dymu powstałego w trakcie spalania tytoniu. Do podstawowych toksycznych związków zawartych w dymie papierosowym, które uznawane są za potencjalnie szkodliwe, należą: tlenek węgla, lotne związki organiczne, karbonyle, aldehydy, nitrozoaminy swoiste dla tytoniu i cząstki metali⁷. Ponad 70 z 7000–8000 substancji chemicznych uwalnianych podczas spalania tytoniu jest rakotwórczych.



Image: Obby RH on Unsplash

⁵ UN Sustainable Development Goals (SDG) Knowledge Platform, SDG 3. Pobrano z: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3> (zakładka „Targets and indicators”).

⁶ Russell, M. (1976). Low-tar medium-nicotine cigarettes: A new approach to safer smoking. *British Medical Journal* (BMJ) 1: 1430–1433. Pobrano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1640397/pdf/bmrdj00520-0014.pdf>

⁷ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No fire, no smoke: The global state of tobacco harm reduction 2018*, str. 63. <https://gsth.org/report/full-report>

Nikotyna – substancja, dla której ludzie nadal palą – nie jest czynnikiem rakotwórczym. Nie jest też nieszkodliwa – żadna substancja taka przecież nie jest. Ale dowody kliniczne sugerują, że przy „powszechnie stosowanych dawkach, krótkotrwałe stosowanie nikotyny nie powoduje klinicznie znaczącej szkody”⁸. Pokazały to badania nad produktami stosowanymi w nikotynowej terapii zastępczej, takimi jak: plastry, guma, inhalatory, tabletki/pastyłki do ssania lub spraye do nosa/doustne zawierające nikotynę. Trudniej jest określić ich wpływ w dłuższej perspektywie, ponieważ dotychczasowe badania opierały się głównie na nikotynie uzyskiwanej podczas spalania tytoniu. Jednak według brytyjskiego Royal College of Physicians „powszechnie przyjmuje się, że wszelkie długoterminowe zagrożenia związane z nikotyną mogą mieć minimalne konsekwencje w stosunku do zagrożeń związanych z ciągłym używaniem tytoniu”⁹.

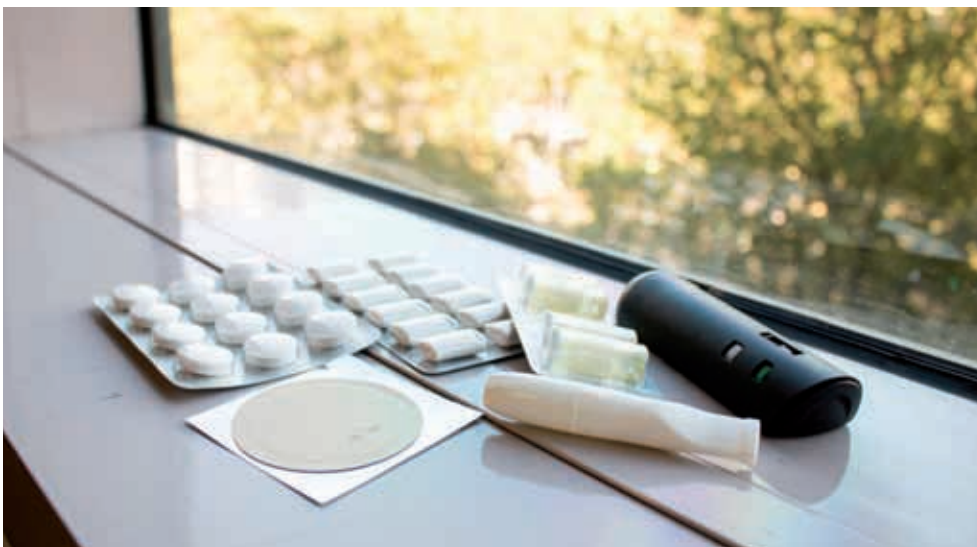


Image: Google

Ryzyko, jakie nikotyna stanowi dla zdrowia ludzkiego, jest niewielkie w porównaniu z ryzykiem, jakie stwarza najczęściej stosowany wyrób dostarczający nikotynę, czyli papieros tytoniowy.

Większość palaczy chce rzucić palenie i co roku tysiące z nich robi to z powodzeniem. Niektórym udaje się rzucić palenie samodzielnie. W krajach, w których nikotynowa terapia zastępcza jest dostępna i niedroga, niektóre osoby używają tego typu produktów lub leków, takich jak wareniklina lub bupropion. Wielu palaczy podejmuje liczne nieudane próby rzucenia palenia, zanim w końcu uda im się na dobre zerwać z nałogiem.

W przypadku dużej liczby osób nikotynowa terapia zastępcza i leki nie działają. Przyczyny niepowodzeń to kwestia bardzo indywidualna, inna zależnie od osoby, która chce rzucić palenie. Powodem może być to, że produkty te nie pozwalają na odtworzenie rytualnego aspektu palenia i nie dostarczają wystarczającej ilości nikotyny.

Ograniczenie użycia tytoniu

Podstawowym aktem międzynarodowego ustawodawstwa dotyczącego ograniczenia użycia tytoniu jest Ramowa konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu, która sugeruje delegowanym krajom wdrożenie następujących elementów strategii:

- Monitor** – monitorowania używania tytoniu i zasad zapobiegania
- Protect** – ochrony ludzi przed dymem tytoniowym
- Offer** – oferowania pomocy w rzucaniu palenia
- Warn** – ostrzegania o zagrożeniach związanych z tytoniem
- Enforce** – egzekwowania zakazów reklamy, promocji i sponsorowania tytoniu
- Raise** – podnoszenia podatków od tytoniu

W krajach o wyższym dochodzie od lat obowiązuje tzw. model MPOWER. W ostatnim okresie wprowadzanych jest coraz więcej zakazów palenia w miejscach publicznych. Środki te pomogły obniżyć odsetek osób dorosłych, którzy palą codziennie. Jednak odsetek palaczy pozostaje nadal wysoki wśród członków grup szczególnie wrażliwych lub marginalizowanych z powodu ubóstwa, seksualności, przynależności do mniejszości etnicznych lub społeczności tubylczych, diagnozy dotyczącej zdrowia psychicznego, zatargów z prawem, używania narkotyków lub alkoholu.

Podnoszenie cen papierosów pomogło obniżyć odsetek palaczy. Strategia ta ma jednak regresywny wpływ w postaci zwiększenia nierówności ekonomicznych, biorąc pod uwagę, że zarówno odsetek palaczy, jak i liczba papierosów wypalanych każdego dnia są wyższe wśród osób z niższych grup społeczno-ekonomicznych.

Ponadto publiczne kampanie antynikotynowe wywołały poczucie winy i wstydu u osób, które z jakiegoś powodu nadal palą. Badania wykazały, że stygmatyzacja

⁸ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction*. Raport opracowany przez Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

⁹ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction*. Raport opracowany przez the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>



Image: Patrick Hendry on Unsplash

palenia może powstrzymać palaczy przed zwróceniem się o pomoc w przypadku złego stanu zdrowia. Na przykład u pacjentów z rakiem płuc może to prowadzić do opóźnionej diagnozy i gorszych rokowań, niższej jakości życia, negatywnego wpływu na relacje i interakcje z pracownikami służby zdrowia.¹⁰

Publiczne kampanie antynikotynowe były ukierunkowane na wywołanie poczucia winy i wstydu u osób, które z jakiegoś powodu nadal pałą.

Stygmatyzacja jest przyczyną dodatkowego cierpienia na poziomie jednostki. Może jednak również zwiększyć nierówności zdrowotne wśród ludności, wywierając największy wpływ na tych, którzy i tak już są najbardziej narażeni. Niektórzy twierdzą, że stygmatyzacji w ogóle nie należy stosować jako strategii w zakresie zdrowia na świecie.¹¹

„Ludzie myślą, że jesteś gorszy, ponieważ paliłeś. Ludzie automatycznie myślą, że sam jesteś sobie winien”.

(56-latek chorujący na raka płuc)¹²

Wojna z tytoniem staje się wojną z nikotyną

Wielu zwolenników ograniczenia użycia tytoniu uznaje, że jedyną realną miarą sukcesu jest ogólnoświatowe powstrzymanie się od używania tytoniu i likwidacja przemysłu tytoniowego. Ograniczenie użycia tytoniu przeistoczyło się w wojnę z tytoniem.

Przyjmując całkowicie zakazującą postawę wobec tytoniu, zwolennicy ograniczenia użycia tytoniu toczą również wojnę z nikotyną. Działając w ten sposób, mogą stracić najważniejszą i niespotykaną dotychczas możliwość zapewnienia zdrowia publicznego.

¹⁰ Riley, K. E., Ulrich, M. R., Hamann, H. A. i Ostroff, J. S. (2017). Decreasing smoking but increasing stigma? Anti-tobacco campaigns, public health, and cancer care. *AMA Journal of Ethics*, 19(5), 475–485. (doi:10.1001/journalofethics.2017.19.5.msoc1-1705). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5679230/>

¹¹ Brewis, A. i Wutich, A. (2019). Why we should never do it: stigma as a behaviour change tool in global health. *BMJ Global Health* (doi:10.1136/bmjgh-2019-001911). <https://gh.bmj.com/content/4/5/e001911>

¹² Chapple, A., Ziebland, S. i McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. *British Medical Journal (BMJ)* 2004; 328:1470. <https://www.bmj.com/content/328/7454/1470>

Redukcja szkód, zdrowie i prawa człowieka

Codzienny świat redukcji szkód

Redukcja szkód to szereg pragmatycznych polityk, przepisów i działań, które albo zmniejszają ryzyko dla zdrowia poprzez zapewnienie bezpieczniejszych form wyrobów lub substancji, albo zachęcają do mniej ryzykownych zachowań. Podejścia w ramach redukcji szkód nie koncentrują się wyłącznie na eliminacji wyrobów lub zachowań.

W codziennym życiu wszyscy używamy lub robimy rzeczy, które mogą być niebezpieczne. Wiele produktów lub działań zostało zmodyfikowanych w celu zmniejszenia tego ryzyka. Źródłem modyfikacji mogą być producenci, organy regulacyjne lub mogą być one inicjowane przez konsumentów.

Przyjrzyjmy się kwestii bezpieczeństwa na drogach. W wielu krajach obowiązują przepisy dotyczące zapinania pasów bezpieczeństwa. Nowoczesne samochody są wyposażone w poduszki powietrzne, które chronią nas w razie wypadku. Wielu rowerzystów i motocyklistów nosi kaski rowerowe lub motocyklowe. Na drogach obowiązują ograniczenia prędkości. Nie zakazujemy samochodów i motocykli, w przypadku gdy wyrządzają one szkodę nam lub innym osobom. Przyjmujemy te środki w celu zmniejszenia szkód, chociaż określa się je raczej jako dotyczące „zdrowia i bezpieczeństwa”, a nie „redukcji szkód”.

Redukcja szkód jako sprawiedliwość społeczna

Redukcja szkód ma jeszcze jeden ważny wymiar: rolę, jaką odgrywa w promowaniu sprawiedliwości społecznej i praw człowieka dla osób, które często należą do grup najbardziej marginalizowanych w społeczeństwie.

Zwolennicy redukcji szkód twierdzą, że ludzie nie powinni tracić swojego prawa do zdrowia, jeśli podejmują potencjalnie ryzykowne działania, takie jak używanie narkotyków lub alkoholu, aktywność seksualna lub palenie.

Bardziej polityczny wymiar redukcji szkód miał związek z epidemią HIV/AIDS w latach 80. XX wieku. Narażeni na ryzyko i zmarginalizowani członkowie społeczności gejów i narkomanów w USA i Europie działali na rzecz wsparcia prawa do zdrowia, zapewniając swoim społecznościom prezerwatywy i czysty sprzęt do iniekcji.

Redukcja szkód to działanie na rzecz sprawiedliwości społecznej i prawa człowieka dla osób najbardziej marginalizowanych.

Z czasem udowodniono korzyści dla zdrowia publicznego i więcej działań tego typu zostało wprowadzonych przez niektóre rządy. Ostatecznie zostały one zatwierdzone przez międzynarodowe agencje zdrowia. I przyniosły efekty – kraje, które uznały redukcję szkód za ważną strategię zdrowotną, odnotowały znaczny spadek wskaźników zakażeń HIV wśród dotkniętych społeczności. Korzyści odniosły nie tylko populacje wysokiego ryzyka, ale także ogół społeczeństwa.

W odniesieniu do tych obszarów działalności człowieka stosuje się kilka kluczowych zasad. Działania z zakresu redukcji szkód powinny:

- » być **pragmatyczne**, akceptujące to, że używanie narkotyków i zachowania seksualne są częścią naszego świata, ukierunkowane na pracę w celu **zminimalizowania szkodliwych skutków** zamiast ich ignorowania lub potępiania;
- » koncentrować się na **potencjalnych szkodach** i być na nie ukierunkowane, a nie dążyć do eliminacji produktu lub zachowania;
- » być **nieoceniające, nieprzymuszające i niestygmatyzujące**;
- » uznawać, że niektóre zachowania są bezpieczniejsze niż inne i oferować zdrowsze alternatywy;
- » **ułatwiać zmiany w zachowaniu** poprzez dostarczanie informacji, usług i zasobów;
- » zapewniać, by **dotknięte osoby i społeczności miały możliwość wypowiedzenia się** w trakcie tworzenia mających im służyć programów i polityk – w myśl hasła „nic o nas bez nas”;
- » uznawać, że realia ubóstwa, klas, rasizmu, izolacji społecznej i **innych nierówności społecznych wpływają na podatność ludzi na problemy zdrowotne i ich zdolność do radzenia sobie z nimi.**

Na styku redukcji szkód i praw człowieka

O ile redukcja szkód jako ruch społeczny jest stosunkowo nowym zjawiskiem, to prawo do zdrowia bez pomijania kogokolwiek, czyli coś, o co dotknięte społeczności zawsze walczyły, od dawna jest zapisane w konwencjach międzynarodowych.

Redukcja szkód to działania z pogranicza zdrowia publicznego i praw człowieka.

W centrum decyzji dotyczących zdrowia muszą być ludzie; oni potrzebują wyboru i kontroli nad swoim samopoczuciem. Zachowania zaczną się zmieniać, a zmiany te



Image: Google

będą trwałe, tylko jeśli będą one zgodne z tym, czego ludzie chcą i co są w stanie zrobić¹³

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 r.:

Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych.

Europejska Karta Społeczna z 1965 r.:

Każdy ma prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia.

Artykuł 11 wymaga od państw podjęcia odpowiednich środków w celu zapobiegania chorobom i zachęcania do indywidualnej odpowiedzialności w kwestiach zdrowotnych.

Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych z 1966 r.:

Artykuł 12 uznaje *prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego* oraz przewiduje, że Państwa Strony Paktu są zobowiązane podjąć kroki w zakresie *zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania.*

Karta Ottawska dotycząca promocji zdrowia z 1986 r.:

Ma na celu budowanie polityk publicznych wspierających zdrowie, tak aby promocja zdrowia była uwzględniana we wszystkich obszarach kształtowania polityk rządowych i organizacyjnych. *Należy usunąć wszelkie przeszkody w promocji zdrowia, aby dokonywanie zdrowych wyborów stało się najłatwiejszym wyborem.*

Miliony ludzi codziennie palą papierosy tytoniowe w celu wprowadzenia nikotyny do organizmu. Istnieje obecnie wiele znacznie bezpieczniejszych sposobów konsumpcji nikotyny.

Ludzie, którzy palą tytoń, mają takie samo podstawowe prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia, jak osoby niepalące. Palacze mają zatem prawo dostępu do dokładnych informacji i produktów, które pomogą im to osiągnąć.

¹³ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*, str. 14. <https://gsth.org/report/full-report>

Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu: potencjał

Nie tylko „rzuć palenie albo umieraj”, ale także „rzuć palenie i spróbuj”

Od lat 80. XX wieku główną metodą redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu była nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) – wyroby takie jak plastry, guma i inhalatory. NTZ jest obecnie medycznie zatwierdzonym sposobem konsumpcji nikotyny bez tytoniu i znajduje się na Liście leków podstawowych Światowej Organizacji Zdrowia. Biorąc to pod uwagę, łatwo jest obalić wszelkie twierdzenia, że szkodliwą substancją chemiczną w papierosie jest nikotyna. Chociaż NTZ w niektórych krajach jest nadal zakazana lub podlega ścisłym regulacjom, w innych jest powszechnie dostępna, a w wielu miejscach jest dostępna bez recepty, także dla młodych ludzi.

Jednak począwszy od połowy pierwszej dekady XXI wieku wyłaniać się zaczął całkowicie nowy front w redukcji szkód wywołanych przez palenie tytoniu. W wielu krajach dużą popularność wśród konsumentów zdobyły inhalatory nikotyny. Ponadto zdano sobie sprawę ze znaczących korzyści dla zdrowia publicznego wynikających z przejścia ze spalanego tytoniu na tytoń bezdymny (snus) w Szwecji, a oferta nowszych wyrobów, takich jak urządzenia do podgrzewania tytoniu i doustne woreczki z nikotyną (nie zawierające tytoniu), została znacznie rozszerzona.¹⁴



Image: Wikimedia Commons

W porównaniu z konwencjonalnymi inicjatywami ograniczającymi konsumpcję tytoniu wzrost popularności bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych nastąpił w dużej mierze bez ogólnego wkładu w zdrowie publiczne – bez zachęty ani inwestycji ze strony rządów, ekspertów ds. ograniczenia użycia tytoniu lub organizacji pozarządowych zajmujących się tą problematyką. Jednak po rozpowszechnieniu bezpieczniejszych wyrobów wśród konsumentów Wielka Brytania i Nowa Zelandia udzieliły silnego wsparcia politycznego tej tendencji. W kilku innych krajach rządy zaczynają okazywać wsparcie, ale i w tym przypadku jest to wynik zainteresowania ze strony konsumentów.

Bezpieczniejsze wyroby nikotynowe

Istnieją istotne, niezależne dowody na poziomie międzynarodowym, potwierdzające, że nowe wyroby są wyraźnie i znacząco bezpieczniejsze niż tradycyjne papierosy. Nie ma bardziej niebezpiecznego sposobu konsumpcji nikotyny niż palenie papierosów tytoniowych.

Nie ma bardziej niebezpiecznego sposobu konsumpcji nikotyny niż palenie papierosów tytoniowych.

Inhalatory nikotyny (znane również jako e-papierosy)

Wyroby te umożliwiają użytkownikowi wdychanie nikotyny zawartej w parze, która nie zawiera substancji smolistych ani tlenu węgla. Wszystkie inhalatory nikotyny składają się z podstawowych elementów: baterii oraz grzałki lub atomizera, który zamienia płyn smakowy w parę.

Większość e-płynów zawiera cztery składniki: glicerynę roślinną, która zapewnia parę, glikol propylenowy jako nośnik smaku (choć dostępne są płyny bez glikolu, jako że niektóre osoby są uczulone na ten składnik), nikotynę i składniki smakowo-zapachowe.

Inhalatory pozwalają na[...] zachowanie czynności podobnej do palenia, czyli wdychanie, wydychanie, oraz możliwość wyboru zawartości nikotyny oraz smaku.
Catherine¹⁵

¹⁴ Foulds, J. et al. (2003). Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control*, 12:349–359.

¹⁵ Catherine jest użytkowniczką e-papierosów z Wielkiej Brytanii, z którą przeprowadzona została rozmowa na potrzeby materiału wideo The Switch stworzonego przez New Nicotine Alliance (NNA) i National Centre for Smoking Cessation Training (NCSCT). Wszystkie materiały wideo są dostępne na stronie internetowej NNA: <https://nnalliance.org/nnaresources/switch-videos>

Pierwszy nowoczesny e-papieros pojawił się na rynku w 2003 r. Od tego czasu wprowadzono wiele udoskonaleń tego wyrobu. Inhalatory nikotyny obejmują bardzo proste urządzenia jednorazowe lub częściowo jednorazowe, a także bardziej złożone systemy, które konsumenci mogą dostosowywać do swoich upodobań za pomocą różnych elementów lub ustawień.

Używanie inhalatorów zamiast spalanych papierosów tytoniowych zmniejsza narażenie użytkowników na wiele substancji toksycznych i rakotwórczych obecnych w dymie tytoniowym. Oznacza to, że inhalatory są przynajmniej 95% bezpieczniejsze niż papierosy¹⁶. Dotychczas brak dowodów na to, że bierne wdychanie pary jest szkodliwe dla osób znajdujących się w pobliżu użytkownika inhalatora¹⁷

Studium przypadku: e-papierosy w Wielkiej Brytanii – oficjalne poparcie, szybkie rozpowszechnienie wśród konsumentów, postępujący spadek palenia

Wielka Brytania podjęła wiele kroków, aby korzystać z dobrodziejstw redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu. Już w 2007 r.¹⁸, a następnie ponownie w 2016 r.¹⁹ Royal College of Physicians poparł korzystanie z bezpieczniejszych form nikotyny. Znaczący wpływ wywarły przeglądy dowodów dokonane przez Public Health England, w których znalazło się stwierdzenie, że „e-papierosy są o 95% mniej szkodliwe dla zdrowia niż zwykłe papierosy”.^{20,21}

W Wielkiej Brytanii e-papierosy podlegają ścisłym regulacjom dotyczącym jakości i bezpieczeństwa. Większość organizacji pozarządowych zajmujących się zwalczaniem palenia i promocją zdrowia oraz wiele zaufanych organów medycznych popiera stosowanie e-papierosów jako metody wsparcia w rzuceniu palenia tytoniu. Do organizacji tych należą ASH (Action on Smoking and Health)²², Cancer Research UK²³, British Heart Foundation²⁴, Royal College of General Practitioners²⁵, Royal College of Psychiatrists²⁶. Rząd uznał znaczenie innowacyjnych rozwiązań i mniej szkodliwych alternatyw²⁷, a brytyjskie Ministerstwo Zdrowia określiło cel, aby do 2030 r. kraj stał się „wolny od dymu tytoniowego” oraz by „palacze rzucili palenie lub przeszli na wyroby o zmniejszonym ryzyku, takie jak e-papierosy”²⁸. **Niedawne kontrolowane badanie z randomizacją przeprowadzone przez brytyjską służbę NHS ds. rzucania palenia pokazało, że używanie e-papierosów prawie dwa razy bardziej skutecznie wspiera palaczy w rzuceniu palenia niż NTZ.**²⁹

Według stanu na 2019 r. z e-papierosów korzysta około 7,1% całkowitej populacji dorosłych w Wielkiej Brytanii, czyli 3,6 miliona osób. Ponad połowa (54,1%) obecnych użytkowników e-papierosów to byli palacze; odsetek ten

rośnie z roku na rok, podczas gdy odsetek palaczy, którzy jednocześnie używają papierosów elektronicznych, spadł do 39,8%³⁰.

Byli palacze twierdzą, że używają e-papierosów, gdyż: pomagają one rzucić palenie (31%), zapobiegają powrotowi do tradycyjnego palenia (20%), sprawia im to przyjemność (14%) i aby oszczędzić pieniądze (13%). Palacze, którzy jednocześnie używają papierosów elektronicznych, podają, że używają e-papierosów, aby ograniczyć palenie tytoniu (21%), zaoszczędzić pieniądze w porównaniu z paleniem (16%) i jako pomoc w rzuceniu palenia (14%).³¹

¹⁶ McNeill, A. et al. (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018*. Raport przygotowany na zlecenie Public Health England (PHE). <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review>

¹⁷ McNeill, A. et al. (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018*. Raport przygotowany na zlecenie Public Health England (PHE). <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review>

¹⁸ Royal College of Physicians (RCP), Tobacco Advisory Group (2007). *Harm reduction in nicotine addiction: Helping people who can't quit*.

¹⁹ Royal College of Physicians (RCP), Tobacco Advisory Group (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction*.

²⁰ McNeill, A. et al. (2015). *E-cigarettes: An evidence update*. Raport przygotowany na zlecenie Public Health England (PHE). <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update><https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update>

²¹ McNeill A. et al. (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018*. Raport przygotowany na zlecenie Public Health England (PHE).

²² Strona internetowa Action on Smoking and Health (ASH) (dostęp w grudniu 2019 r.). *Harm reduction*. <https://ash.org.uk/category/information-and-resources/product-regulation/harm-reduction>[https://ash.org.uk/category/information-and-resources/product-regulation/harm-reduction/](https://ash.org.uk/category/information-and-resources/product-regulation/harm-reduction)

²³ Strona internetowa Cancer Research UK (2019). *Our policy on e-cigarettes*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-us/we-develop-policy/our-policy-on-preventing-cancer/our-policy-on-tobacco-control-and-cancer/our-policy-on-e-cigarettes>

²⁴ British Heart Foundation (2019). *Smokers who switch to vaping see improvements in their blood vessel health*. Komunikat prasowy na temat badania VESUVIUS finansowanego przez British Heart Foundation (listopad 2019 r.) <https://www.bhf.org.uk/what-we-do/news-from-the-bhf/news-archive/2019/november/smokers-who-switch-to-vaping-see-improvements-in-their-blood-vessel-health>

²⁵ Strona internetowa Royal College of General Practitioners (RCGP) (dostęp w grudniu 2019 r.): <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/e-cigarettes-non-combustible-inhaled-tobacco-products.aspx>

²⁶ Royal College of Psychiatrists (2018). Position statement: *The prescribing of varenicline and vaping (electronic cigarettes) to patients with severe mental illness*. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps05_18.pdf?sfvrsn=2bb7fdfe_4

²⁷ UK Department of Health (2019). *Towards a smoke-free generation: The tobacco control plan for England*, str. 15, str. 27. <https://www.gov.uk/government/publications/towards-a-smoke-free-generation-tobacco-control-plan-for-england>

²⁸ UK Department of Health (2019). *Towards a smoke-free generation: The tobacco control plan for England*, str. 15, str. 27. <https://www.gov.uk/government/publications/towards-a-smoke-free-generation-tobacco-control-plan-for-england>

²⁹ Hajek, P., Phillips Waller A., Przulj, D. et al. (2019). A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. *New England Journal of Medicine* (DOI: 10.1056/NEJMoa1808779). <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1808779?articleTools=true><https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1808779?articleTools=true>

³⁰ Action on Smoking and Health (ASH) (2019). *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>

³¹ Action on Smoking and Health (ASH) (2019). *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>



Image: Sven Kucinic on Unsplash



Image: Antonin FELS on Unsplash

Urządzenia do podgrzewania tytoniu

Na rynkach wielu krajów pojawiła się ostatnio nowa generacja tak zwanych urządzeń do podgrzewania tytoniu. Urządzenia te podgrzewają tytoń poniżej poziomu spalania, do temperatury nie wyższej niż 350°C, co jest wystarczające do uwolnienia nikotyny w parze zawierającej znacznie zmniejszone poziomy toksyn w porównaniu ze spalaniem papierosami³⁴. Tytoń przeznaczony do podgrzewania w tych urządzeniach jest sproszkowany i zmieszany z gliceryną, gumą guar i innymi składnikami.

Urządzenia do podgrzewania tytoniu wytwarzają znacznie mniej szkodliwych składników w porównaniu do tradycyjnych papierosów. Jeśli chodzi o karcinogenność, przegląd istniejących badań nad ryzykiem toksykologicznym i prawdopodobną dzienną ekspozycją wykazał, że ryzyko raka związanego z używaniem urządzeń do podgrzewania tytoniu wynosi od 1 do 10% ryzyka wynikającego z palenia tradycyjnych papierosów³⁵

W Wielkiej Brytanii nie potwierdziły się obawy, że rzesze młodych ludzi zaczną korzystać z e-papierosów. Badanie Smokefree Great Britain Youth Survey przeprowadzone przez charytatywną organizację antynikotynową ASH wykazało, że wśród 11–18-latków, którzy nigdy nie palili, 5,5% próbowało kiedyś e-papierosów, a 0,8% aktualnie używa e-papierosów, w tym tylko 0,1% częściej niż raz w tygodniu. Wśród korzystających z papierosów elektronicznych nie było ani jednej osoby, która nigdy nie paliła tradycyjnych papierosów³³.

E-papierosa dostałem od pielęgniarki Stop Smoking. Spróbowałem go kilka razy i pomyślałem: tak, to jest w porządku – uważam, że potrzebowałem substytutu dymu – teraz, może naprawdę uda mi się rzucić palenie. E-papierosy to najlepsza rzecz, jaką kiedykolwiek odkryłem. Zmieniły moje życie.

Glen³²

³² Glen jest użytkownikiem e-papierosów z Wielkiej Brytanii, z którą przeprowadzona została rozmowa na potrzeby materiału wideo The Switch stworzonego przez New Nicotine Alliance (NNA) i National Centre for Smoking Cessation Training (NCST). Wszystkie materiały wideo są dostępne na stronie internetowej NNA: <https://nnaalliance.org/nnaresources/switch-videos>

³³ Action on Smoking and Health (ASH) (2019). *Use of e-cigarettes among young people in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/ASH-Factsheet-Youth-E-cigarette-Use-2019.pdf>

³⁴ Committee on Toxicity (2017). *COT Meeting: 4 July 2017*. <https://cot.food.gov.uk/cot-meetings/cotmeets/cot-meeting-4-july-2017>

³⁵ Stephens, E. (2018). *The role of emissions in the debate on health effects across the spectrum of nicotine delivery*. Global Forum on Nicotine, czerwiec 2018 r., Warszawa. <https://gfn.net.co/downloads/2018/PRESENTATIONS/SATURDAY/Plenary%202/EdStephens.pdf>

Studium przypadku: Japonia – szybki wzrost sprzedaży urządzeń do podgrzewania tytoniu, szybki spadek sprzedaży papierosów

Według WHO w 2015 r. 19% dorosłych mieszkańców Japonii paliło papierosy codziennie; odsetek palaczy był wyższy wśród mężczyzn (30%) niż kobiet (9%). Dane te są znacznie niższe niż wyjątkowo wysoki odsetek palaczy płci męskiej w Japonii w 1968 r. – 78%. Jednak jakiś czas temu tempo spadku wyhamowało.

W Japonii nie ma jawnie wrogiego podejścia do tytoniu. Do 1985 r. przemysł tytoniowy podlegał monopolowi państwowemu i nawet dziś spółka Japan Tobacco, Inc. (JTI) w jednej trzeciej nadal należy do państwa, które pozostaje jej największym udziałowcem³⁶. Na Igrzyskach Olimpijskich w Tokio w 2020 r. obowiązywać będzie zakaz palenia we wszystkich obiektach krytych i odkrytych oraz w ich okolicach³⁷.

Od momentu gdy przemysł tytoniowy wprowadził urządzenia do podgrzewania tytoniu na pilotażowanych obszarach rynku japońskiego w 2014 r., a następnie w całym kraju 2016 r., odnotowano zaskakujący spadek sprzedaży papierosów o 33%³⁸. Tak spektakularnych rezultatów nie przyniosło wdrożenie jakiegokolwiek środka ograniczającego palenie tytoniu w jakimkolwiek miejscu na świecie.

Ta dramatyczna zmiana w sprzedaży papierosów została spowodowana po prostu przez sprzedaż bezpieczniejszej alternatywy dla palenia, zastosowanie inteligentnego marketingu i decyzje konsumentów o przejściu z palenia na podgrzewany tytoń. Nie wymagało to podjęcia jakichkolwiek działań przez organizacje zdrowia publicznego i instytucje zajmujące się ograniczeniem użycia tytoniu, za wyjątkiem być może kreowania klimatu sprzyjającego rzucaniu palenia przez palaczy. Japońscy podatnicy nie ponieśli żadnych kosztów bezpośrednich z tego tytułu.

Snus

W odróżnieniu od nowych, bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych snus jest używany od ponad 200 lat, ale dopiero niedawno jego względne bezpieczeństwo w porównaniu z papierosami zostało potwierdzone w niezależnych badaniach klinicznych i epidemiologicznych. Snus to wilgotny lub półwilgotny bezdymny wyrób tytoniowy produkowany ze zmielonych liści tytoniu i dodatków dopuszczonych do spożycia. Produkt końcowy wkłada się do ust (ale nie żuje). Snus sypki jest



Image: Swedish Match file photo

odpowiednio formowany przed włożeniem go do ust, często pod górną wargę. „Snus porcjowany” jest sprzedawany w małych saszetkach podobnych do torebek herbaty.

Zawartość nikotyny w snusie różni się w zależności od marki, przy czym najczęściej wynosi ona 8 mg nikotyny na gram tytoniu. Mocniejsze odmiany mogą zawierać do 22 mg nikotyny na gram tytoniu.

Dzięki przejściu na zażywanie snusu nie palę już od pięciu lat. Kiedy przełamane rytualne nawyki związane z paleniem, odkryłem, że snus jest pod każdym względem lepszy od papierosów.

Użytkownik snusu³⁹

Ostatnio do oferty włączony został snus bez tytoniu. Zamiast tytoniu, w tych produktach wykorzystuje się inne włókna roślinne nasączone nikotyną.

³⁶ Levin, M. A. (2013). Tobacco control lessons from the Higgs Boson: Observing a hidden field behind changing tobacco control norms in Japan. *American Journal of Law Medicine*, 39, str. 471–489.

³⁷ Strona internetowa Igrzysk Paraolimpijskich (2019). *Tokyo 2020 venues will be smoke-free*. <https://www.paralympic.org/news/tokyo-2020-venues-will-be-smoke-free>

³⁸ Spadek sprzedaży został obliczony na podstawie miesięcznej sprzedaży i udziału w rynku spółki Japan Tobacco Inc.

³⁹ Użytkownik serwisu Reddit o nicku Gunter73 (grudzień 2019 r.) wypowiada się w wątku dotyczącym porównania zażywania snusu do palenia papierosów. https://www.reddit.com/r/Snus/comments/ef3ssr/does_snus_help_relieve_stress_like_cigarettes_do/

Szwedzki snus jest dominującą formą tytoniu bezdymnego w krajach nordyckich. Sprzedawanie snusu we wszystkich krajach Unii Europejskiej oprócz Szwecji jest nielegalne. W Kanadzie i kilku regionach USA sprzedawany jest snus oraz jego odpowiedniki produkowane w USA. W październiku 2019 r. amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) po raz pierwszy w historii uznała osiem szwedzkich typów snusu za wyroby tytoniowe o zmodyfikowanym ryzyku, co oznacza, że mogą być one reklamowane z podaniem konkretnych informacji o niższym ryzyku wystąpienia pewnych skutków zdrowotnych w porównaniu do palenia papierosów⁴⁰.

W przeglądzie Komisji Europejskiej stwierdzono, że całkowite zastąpienie palenia tytoniu bezdymnymi wyrobami tytoniowymi zapobiegłoby prawie wszystkim zgonom z powodu chorób układu oddechowego obecnie powodowanych paleniem i zmniejszyłoby śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych będących następstwem palenia o co najmniej 50%⁴¹. Nie ma znaczącego związku między snusem a przedwczesną śmiercią, cukrzycą, rakiem trzustki i jamy ustnej, chorobami serca lub udarem mózgu.

W raporcie Komisji Europejskiej stwierdzono, że zastąpienie palenia tytoniu bezdymnymi wyrobami tytoniowymi zapobiegłoby prawie wszystkim zgonom z powodu chorób układu oddechowego powodowanych paleniem.

Zastąpienie obarczonych wysokim ryzykiem doustnych lub żutych bezdymnych wyrobów tytoniowych szwedzkim snusem mogłoby przyczynić się do zmian dotyczących zdrowia w krajach o niskim i średnim dochodzie. Na przykład w Indiach stosowanie obarczonych wysokim ryzykiem bezdymnych wyrobów tytoniowych jest powszechne, szczególnie wśród kobiet, u których palenie tytoniu jest mniej społecznie dopuszczalne. Przyjmuje się, że około 70 milionów dziewcząt i kobiet w Indiach w wieku 15 lat lub starszych regularnie używa bezdymnych wyrobów tytoniowych. Indie mają najwyższy na świecie wskaźnik zachorowalności na raka jamy ustnej ze względu na znaczne rozpowszechnienie używania bezdymnych wyrobów tytoniowych – z tego powodu rocznie umiera 400 000 osób⁴².

Studium przypadku: Szwecja i snus – niski odsetek palaczy i najniższy poziom śmiertelności związanej z tytoniem w Europie

Szwecja to wyjątkowy przypadek pod względem wpływu snusu na palenie. Jest to jedyny kraj w UE, w którym sprzedaż snusu jest legalna. Snus był dominującą postacią tytoniu używanego w tym kraju do początku XX wieku, kiedy to wynalazek maszyny do zwijania papierosów spopularyzował papierosa. Jednak począwszy od lat 60. XX wieku, tendencja odwróciła się i użycie snusu wzrosło. W 1996 r. snus stał się bardziej popularny niż

papierosy; tempo ograniczania palenia było szybsze u mężczyzn niż u kobiet.

Według raportu Eurobarometru Komisji Europejskiej z 2017 r. Szwecja ma obecnie najniższy odsetek palaczy wśród mężczyzn w Europie, zaledwie 2% (6% wśród kobiet). Obecnie pali średnio tylko 5% szwedzkich dorosłych, co stanowi mniej niż jedną piątą średniej UE wynoszącej 26%⁴³.

W Szwecji wskaźnik śmiertelności spowodowanej używaniem tytoniu jest, w przypadku mężczyzn, najniższy w Europie i wynosi 152 na 100 000. Wskaźnik ten jest równy mniej niż jednej trzeciej średniej europejskiej na poziomie 467 na 100 000⁴⁴.

Długoterminowe dowody epidemiologiczne dostarczone w ramach tego naturalnego eksperymentu dają obraz popularności i prawdopodobnego wpływu snusu na palenie tytoniu i choroby odytoniowe. Dowody te potwierdzają także koncepcję dotyczącą potencjalnej skuteczności i efektywności redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu, zgodnie z ustaleniami brytyjskiego Royal College of Physicians:

„Dostępność i stosowanie [...] snusu w Szwecji [...] pokazuje [...], że, biorąc pod uwagę dostępność społecznie akceptowanej i niedrogiej alternatywy dla konsumentów, związanej z mniejszym zagrożeniem dla zdrowia, znaczna część palaczy zrezygnuje z tytoniu spalanego na rzecz produktu alternatywnego”⁴⁵.

Snus jest legalny w Norwegii, kraju niebędącym członkiem Unii Europejskiej. Palenie wśród kobiet w Norwegii spadło do 10%, podczas gdy około 14–15% kobiet używa snusu⁴⁶.

⁴⁰ Agencja Żywności i Leków (FDA) (2019). *FDA authorizes modified risk tobacco products*. https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/fda-authorizes-modified-risk-tobacco-products?utm_source=CTPTwitter&utm_medium=social&utm_campaign=ctp-webfeature

⁴¹ Komisja Europejska. Komitet Naukowy ds. Pojawiających się i Nowo Rozpoznanych Zagrożeń dla Zdrowia (2008). *Health effects of smokeless tobacco products*. Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów. https://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf

⁴² Gupta, P. C., Arora, M., Sinha, D.N., Asma, S. i Parascandola, M. (red.) (2016). *Smokeless tobacco and public health in India*. Ministry of Health & Family Welfare, Government of India; New Delhi. <https://www.mohfw.gov.in/sites/default/files/Final%20Version%20of%20SLT%20Monograph.pdf>

⁴³ Komisja Europejska (2017). *Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG

⁴⁴ WHO (2012). *WHO global report: Mortality attributable to tobacco*. https://apps.who.int/iris/bit-stream/handle/10665/44815/9789241564434_eng.pdf?sequence=1

⁴⁵ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction*. Raport opracowany przez the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Pobrano z: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

Stawką jest życie miliarda istnień ludzkich

Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu to pragmatyczna i pełna współczucia odpowiedź na jeden z największych kryzysów zdrowotnych, przed jakim stoi nasz świat. Dziesiątki milionów palaczy, którzy albo nie mogą rzucić palenia w inny sposób, albo chcą nadal używać nikotyny, mają możliwość uniknięcia przedwczesnej śmierci i niepełnosprawności.

Miliony użytkowników nikotyny już zaczęły używać bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych, odchodząc od spalanego tytoniu, przy niewielkich kosztach dla rządów i podatników. Jeśli redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu zostanie włączona do działań podejmowanych w ramach odpowiedzi na używanie tytoniu, może znacznie przyczynić się do zakończenia palenia.

Dlaczego więc redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu spotyka się ze sprzeciwem wielu stron, zamiast bardziej powszechnego przyjmowania i wdrażania jej zasad?

Sprzeciw WHO wobec redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu

Światowi przywódcy i decydenci oczekują od WHO wskazówek na temat tego, jak dbać o zdrowie swoich populacji; rolą WHO jest „działać, jako władza kierownicza i koordynująca w dziedzinie międzynarodowej pracy w zakresie zdrowia”⁴⁷. WHO stanowi istotne źródło wsparcia technicznego i politycznego oraz wnosi wkład praktyczny i finansowy, szczególnie dla krajów o niskim i średnim dochodzie, których systemy opieki zdrowotnej mogą nadal być w fazie rozwoju. Dzięki działaniom tej organizacji i jej funkcjom przywódczym w wielu obszarach zdrowia udało się uratować setki tysięcy istnień ludzkich.

Jednak związek WHO ze strategiami redukcji szkód jest złożony. WHO i agencja ONZ ds. narkotyków sprzeciwiły się redukcji szkód w odpowiedzi na rozprzestrzenianie się HIV/AIDS i wirusów przenoszonych przez krew wśród osób wstrzykujących narkotyki. Organizacje te przytoczyły nieudowodnione (a aktualnie już obalone) twierdzenia, że na przykład zapewnianie czystych igieł oznacza akceptację stosowania narkotyków lub że redukcja szkód jest w rzeczywistości koniem trojańskim w kontekście legalizacji narkotyków.



Image: Ryoji Iwata on Unsplash

Jak dotąd WHO pozostaje nieprzejednanym przeciwnikiem redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu poprzez stosowanie bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych. Organizacja nadal wzywa sygnatariuszy międzynarodowego aktu prawnego dotyczącego ograniczenia użycia tytoniu, tj. ramowej konwencji o ograniczeniu użycia tytoniu, do wprowadzania całkowitych zakazów wyrobów. W tym kontekście domniemanym koniem trojańskim jest to, że działania z zakresu redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu to podstęp firm tytoniowych mający na celu zachęcić, poprzez nowe produkty, byłych palaczy i młodych niepalących albo do powrotu do palenia, albo do stopniowego przejścia na palenie tytoniu.

W siódmym „Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia na temat globalnej epidemii tytoniu” (2019) redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu jest uznawana za „manipulacyjną strategię przemysłu tytoniowego”, która może „dezinformować i wprowadzać w błąd konsumentów i dezorientować rządy” oraz zakłócać „rzeczywiste inicjatywy mające na celu pomoc w rzuceniu palenia”.⁴⁸

Niestety takie podejście znajduje odzwierciedlenie w działaniach podejmowanych przez WHO w zakresie zwalczania chorób niezakaźnych. W grudniu 2019 r. WHO

⁴⁷ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 r. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

⁴⁸ WHO (2019). *Seventh WHO report on the global tobacco epidemic*, str. 33. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>

opublikowała raport końcowy Niezależnej Komisji Wysokiego Szczebla na temat chorób niezakaźnych⁴⁹. Raport odwołuje się do „wspólnego stanowiska” wypracowanego na Zgromadzeniu Ogólnym ONZ w 2018 r., zgodnie z którym „dotychczasowe postępy i inwestycje są niewystarczające”, aby obniżyć przedwczesną umieralność i niepełnosprawność z powodu chorób niezakaźnych do 2030 r.⁵⁰

W odniesieniu do tytoniu – głównej przyczyny chorób niezakaźnych – końcowy raport Komisji nie proponuje nic poza ograniczeniem popytu. Komisja przewiduje, że aby osiągnąć cel polegający na obniżeniu umieralności z powodu chorób niezakaźnych w grupie wiekowej 30–69 lat o jedną trzecią do 2030 r. (SDG 3.4.1), konieczne jest znaczne ograniczenie palenia tytoniu o 50% na całym świecie.

Ale żaden kraj nigdy nie osiągnął 50-procentowego spadku palenia przy zastosowaniu mainstreamowych środków ograniczenia użycia tytoniu. Nie można tego osiągnąć – zwłaszcza że Komisja zauważa również, że strategia na rzecz walki ze światową epidemią używania tytoniu MPOWER jest obecnie w pełni wdrożona w odniesieniu do mniej niż 0,5% światowej populacji⁵¹. Jedyna inna wzmianka o tytoniu znajduje się w odniesieniu do ciągłego „wykluczenia przemysłu tytoniowego i podmiotów niepaństwowych, które działają na rzecz realizacji interesów przemysłu tytoniowego, zgodnie z Ramową konwencją Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu”^{52, 53}. Jednak WHO nie próbuje wykluczać krajów z uczestnictwa w spotkaniach poświęconych zagadnieniom Konwencji, nawet jeśli ich rządy posiadają znaczne udziały w przemyśle tytoniowym.



Image: Ray Reyes on Unsplash

Skala problemu i niedoskonałości obecnie dostępnych środków ograniczenia użycia tytoniu wskazują na pilną potrzebę, by redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu stała się częścią tego rozwiązania.

Biorąc pod uwagę przywódczą i wpływową rolę WHO w globalnej polityce zdrowotnej, pełne korzyści z redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu w walce z chorobami niezakaźnymi – szczególnie dla 80% palaczy żyjących w krajach o niskim i średnim dochodzie – można osiągnąć tylko wtedy, gdy WHO przezwycięży swoją niechęć do redukcji szkód.

Redukcja szkód i Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu

Głębsza analiza ramowej konwencji WHO pokazuje, że w rzeczywistości istnieją trzy strategie, które zgodnie z definicją Konwencji, składają się na ograniczenie użycia tytoniu:

„W rozumieniu niniejszej Konwencji, (...) «ograniczenie użycia tytoniu» oznacza zbiór strategii ograniczenia popytu, podaży i szkodliwego działania, których celem jest poprawa stanu zdrowia ludności poprzez eliminowanie lub zmniejszanie konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy” (wyróżnienie wprowadzone przez autorów publikacji).

Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu 2005, art. 1 lit. d.⁵⁴

⁴⁹ Niezależna Komisja (październik 2017 r. – październik 2019 r.) została powołana w celu „doradzenia [Dyrektorowi Generalnemu] w sprawie odważnych, a jednocześnie praktycznych, zaleceń na temat tego, w jaki sposób przekształcić nowe możliwości, aby umożliwić krajom przyspieszenie postępów w realizacji celu zrównoważonego rozwoju nr 3.4 dotyczącego chorób niezakaźnych”. WHO Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases (data publikacji nieznana). Terms of Reference. <https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/NCDs-High-level-Commission-TORs.pdf?ua=1>

⁵⁰ WHO (grudzień 2019 r.). *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases final report*. <https://who.canto.global/b/JG898https://who.canto.global/b/JG898> (hasło 689764).

⁵¹ WHO (grudzień 2019 r.). *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases final report*. <https://who.canto.global/b/JG898https://who.canto.global/b/JG898> (hasło 689764).

⁵² WHO (grudzień 2019 r.). *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases final report*. <https://who.canto.global/b/JG898https://who.canto.global/b/JG898> (hasło 689764).

⁵³ Artykuł 5.3 Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu: „Przy określaniu i wdrażaniu swoich polityk zdrowia publicznego w odniesieniu do ograniczenia użycia tytoniu, Strony będą działać na rzecz ochrony takich polityk przed wpływem interesów handlowych i innych żywotnych interesów przemysłu tytoniowego, zgodnie z przepisami prawa krajowego”. WHO (2005). *Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu*. https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf

⁵⁴ WHO (2005). *Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu*. https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf

Od samego początku Ramowa konwencja – mający fundamentalne znaczenie dokument WHO na temat walki z kryzysem tytoniowym – uznawała, że „ograniczenie użycia tytoniu” powinno obejmować strategię redukcji szkód.

WHO musi zmienić równowagę, aby wprowadzić strategię, którą już – najwyraźniej – popiera.

Gdy zasada „bezpieczeństwo przede wszystkim” nie jest lepsza

„Zasada ostrożności” kodyfikuje powiedzenie „bezpieczeństwo przede wszystkim” dla wszelkiego rodzaju decydentów politycznych: zaleca przyjęcie środków ostrożności, gdy dowody są niepewne, a stawka wysoka.

Świat zdrowia publicznego jest podzielony odnośnie do kwestii redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu i dla wielu „zasada ostrożności” wygrywa. Powołując się na niepewność związaną z szeregiem zagadnień, takich jak krótko- i długoterminowe szkodliwe skutki dla zdrowia bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych, ryzyko przejścia do palenia tytoniu lub uzależnienia od nikotyny u młodych ludzi lub kontynuowania palenia w połączeniu z używaniem innych wyrobów, wiele osób ze środowiska ochrony zdrowia publicznego wołałoby stosować zasadę ostrożności niż przyjmować środki redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu.

Racjonalne stosowanie zasady ostrożności jest właściwe i odpowiednie w wielu obszarach ludzkiej działalności. Ale jej stosowanie w redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu nie jest racjonalne. Zapomina się w ten sposób o wyjątkowo wysokiej i dobrze udokumentowanej stawce w obecnym status quo, jaką jest siedem milionów ofiar śmiertelnych rocznie z powodu chorób związanych z paleniem tytoniu. Odrzuca się także znaczącą i ciągle rozbudowywaną międzynarodową bazę dowodową dotyczącą wielu tych kwestii. Zachowanie szczególnej ostrożności w odniesieniu do potencjalnych zagrożeń, przy jednoczesnym ignorowaniu ogromnych i prawdopodobnych potencjalnych korzyści, nie jest odpowiednim sposobem na wdrożenie zasady ostrożności.

W redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu stosowanie zasady ostrożności nie jest racjonalne.

To, że nie wiemy wszystkiego, nie oznacza, że nie mamy wystarczającej wiedzy o bezpieczniejszych wyrobach nikotynowych.

Racjonalne podejście do grupy Big Tobacco, czyli pięciu największych światowych koncernów tytoniowych

Uzasadniona podejrzliwość branży tytoniowej i jej motywy oznaczają, co zrozumiałe, że trudno zaakceptować fakt, iż rynek – i przemysł, który spowodował tak wiele problemów – mogą stanowić część rozwiązania.

Ale w miarę kurczenia się rynku wyrobów tytoniowych w krajach o wyższym dochodzie, w dużej mierze ze względu na wdrożenie środków ograniczających palenie tytoniu, przemysł dostrzegł destrukcyjną moc innowacyjnych produktów w zmniejszaniu zysków branży. Firmy tytoniowe nadal produkują i sprzedają papierosy, ale wiele z nich inwestuje również w nowe wyroby o zmniejszonym ryzyku.

Badania i rozwój produktów w celu wspierania tego rodzaju innowacyjnych rozwiązań wymagają stałych i znacznych inwestycji. Środki te nie pochodzą obecnie z działalności filantropijnej ani od organizacji zdrowia publicznego.

Być może bardziej racjonalne podejście akceptuje to, że „firmy mogą przyjmować praktyki biznesowe i wprowadzać na rynek produkty szkodliwe dla zdrowia lub produkty innowacyjne, które poprawiają stan zdrowia lub wypierają produkty szkodliwe dla zdrowia. Czasami te same firmy mogą robić jedno i drugie”⁵⁵

Racjonalne podejście do nikotyny

Myślenie o zdrowiu publicznym jest od dziesięcioleci zdominowane przez narrację propagującą ograniczenie użycia tytoniu, tak więc wszelkie używanie tytoniu jest postrzegane jako problem. Profesjonaliści od tak dawna patrzą na tę kwestię z perspektywy „antynikotynowej”, że odejście od tego poglądu na rzecz „neutralnej” postawy wobec używania nikotyny bez spalania tytoniu stanowi teraz wyzwanie.

Ale czy sprzeciw wobec stosowania nikotyny wynika bardziej z konstruktów moralnych lub ideologicznych niż z uzasadnionych klinicznie obaw o zdrowie?⁵⁶

Poczyniono ogromne postępy w zwalczaniu chorób zakaźnych; dwie zostały całkowicie wyeliminowane: ospa i księgosusz, a aktualne programy zajmują się polio, framboezją i malarią.

⁵⁵ Wspólny dokument konsultacyjny przedkładany Komisji Wysokiego Szczebla Światowej Organizacji Zdrowia ds. chorób niezakaźnych opracowany przez Davida Abramsa, Clive'a Batesa, Raya Niaura i Davida Sweanora (2018). <https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/Ottawa-University.pdf?ua=1>

⁵⁶ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No Fire, no smoke: The global state of tobacco harm reduction*. str. 70. <https://gsth.org/report/full-report>

Pięć innych chorób zakaźnych uznano za potencjalnie możliwe do wyeliminowania. Jedną z nich jest odra. Jednak rozpowszechnianie fałszywych wiadomości przekazywanych przez grupy antyszczepionkowców bez odpowiednich kwalifikacji wywarło bardzo realny wpływ na wiele tysięcy istnień ludzkich. Mity i dezinformacja w zakresie szczepionki przeciw odrze doprowadziły do wzrostu liczby zachorowań zarówno w krajach o wysokim, jak i o niskim dochodzie, odwracając tendencję do eliminacji tej choroby w krajach o wyższym dochodzie.

Z drugiej strony informacje dyskredytujące redukcję szkód wywołanych paleniem tytoniu pochodzą z oficjalnych źródeł rządowych, medycznych i związanych ze zdrowiem publicznym w wielu krajach oraz w samej WHO.

Istnieje tutaj podstawowy problem filozoficzny. Mało kto, poza wprowadzanymi w błąd aktywistami, może kwestionować konieczność zrobienia wszystkiego, aby wyeliminować śmiertelne choroby zakaźne.

Ale jeśli chodzi o choroby niezakaźne, które często są postrzegane w środowisku osób zajmujących się zdrowiem publicznym jako wynik wyboru stylu życia, bitwę można toczyć na **plaszczynie moralnej a nie pragmatyzmu zdrowotnego**. Niektórym osobom związanym ze zdrowiem publicznym może być trudno zrozumieć istnienie przyjemnych aspektów konsumpcji nikotyny dla konsumentów.

Ludzie, którzy używają nikotyny zawartej w podlegających odpowiednim regulacjom bezpieczniejszych wyrobach nikotynowych, nie wyrządzają w ten sposób żadnej poważniejszej szkody ani sobie, ani członkom społeczeństwa.

Reakcja na globalny kryzys zdrowia publicznego związany z chorobami odtytoniowymi mogłaby ulec zmianie, gdyby decydenci oddzielili „używanie nikotyny” od „konsumpcji tytoniu”.

W momencie przejścia na snus, byłem zaskoczony tym, że zniknęła chęć zapalenia papierosa. Snus jest bardzo przyjemny, a nikotyny starcza na znacznie dłużej. Mogę biegać w terenie bez zadyszki, a papierosy śmierdzą mi teraz jak diabli.

Użytkownik snusu⁵⁷

Mit medyczny, dezinformacja i zamieszanie w mediach

Przemysł tytoniowy ma długą historię rażącej dwulicowości w podejściu do konsekwencji palenia. Ta historia w połączeniu z leżącą u jej podstaw niechęcią do niemedycznego stosowania nikotyny doprowadziła do powstania szerokiej

koalicji naukowców, klinicystów, działaczy antytytoniowych oraz agencji rządowych i medycznych, którzy jednoczą się, aby potępić redukcję szkód wywołanych paleniem tytoniu. Ich kampanie są często finansowane przez organy filantropijne i międzynarodowe.

Osoby prowadzące badania i dostarczające niezależnych dowodów dotyczących redukcji szkód (oraz wyniki ich badań) są szkalowane (i podważane), na przykład poprzez fałszywe przedstawianie dowodów na temat niebezpieczeństw związanych z używaniem e-papierosów w porównaniu z paleniem oraz w sporach dotyczących roli bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych w pomaganiu palaczom w odejściu od palenia lub całkowitego rzucenia palenia. Na takich sytuacjach swoją uwagę często skupiają media zainteresowane tylko „złymi wiadomościami”. Powoduje to zamieszanie i nieufność zarówno wśród palaczy, jak i pracowników służby zdrowia.

Przykładem tego są zgony i choroby związane z używaniem e-papierosów w USA w 2019 r. – konsekwentnie, acz błędnie przypisywane wyłącznie używaniu płynów nikotynowych. Minęły długie miesiące, zanim agencje dochodzeniowe, a tym samym media mainstreamowe, ustaliły i wyraźnie poinformowały, że większość poszkodowanych użytkowników używała płynów THC zawierających dodatki szkodliwe dla zdrowia ludzkiego w przypadku ich wdychania, w tym środek zagęszczający octan witaminy E58, 59. Niektóre badania wykazały, że więcej aktualnych palaczy uważa, że używanie e-papierosów jest tak samo niebezpieczne jak palenie. Nieuniknionym skutkiem takiego przeświadczenia jest to, że nadal palą oni tytoń⁶⁰.

Niewygodna prawda jest taka, że zwolennicy ograniczenia użycia tytoniu, którzy sprzeciwiają się dostępowi do bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych, paradoksalnie podtrzymują sprzedaż i stosowanie tego, co starają się wyeliminować: papierosa tytoniowego. Wspierają przemysł, który przyjął za cel do zniszczenia, ze szkodą dla kwestii zdrowia publicznego. Nieuniknioną prawdą jest, że antypatia w stosunku do redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu chroni i wspiera papierosy charakteryzujące się wyższym ryzykiem.

⁵⁷ Użytkownik serwisu Reddit o nicku BeatDukeAutomation (grudzień 2019 r.) wypowiada się w wątku dotyczącym porównania zażywania snusu do palenia papierosów. https://www.reddit.com/r/Snus/com-ments/ef3ssr/does_snus_help_relieve_stress_like_cigarettes_do/

⁵⁸ Blount, B., Karwowski, M., Shields, P. et al. (2019). Vitamin E acetate in bronchoalveolar-lavage fluid associated with EVALI. *New England Journal of Medicine* (DOI: 10.1056/NEJMoa1916433). [https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1916433#article_Abstract](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1916433#article_Abstracthttps://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1916433#article_Abstract)

⁵⁹ Boyd, C. (2019). Vaping and lung disease: The CDC's lesson in how not to handle an illness outbreak. *Filter magazine*. <https://filtermag.org/vapes-and-lung-disease-the-cdcs-lesson-in-how-not-to-handle-an-illness-outbreak/>

⁶⁰ Action on Smoking and Health (ASH) (2019.) *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>

Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu: ochrona zdrowia i przestrzeganie praw człowieka

Redukcja szkód jest opartą na dowodach strategią zdrowia publicznego, mającą swe korzenie w prawach człowieka. Umożliwia ludziom dokonywanie zdrowszych wyborów i prowadzenie zdrowszego życia.

1,1 miliarda ludzi, którzy codziennie palą tytoń w celu przyjmowania nikotyny, nie może być pozbawione dostępu do wyrobów, które mogą pomóc im uniknąć niskiej jakości życia, chorób i przedwczesnej śmierci.

Niezależnie od miejsca zamieszkania, osoby używające nikotyny powinny mieć prawo do uzyskania dostępu do informacji, usług i wyrobów, które mogą zmniejszyć szkody, jakich mogą doznać, co umożliwi im osiągnięcie wyższej jakości zdrowia i życia, gdyby tego chcieli. Podobnie jak wszyscy inni, ludzie, którzy używają nikotyny, zasługują na osiągnięcie swojego pełnego potencjału zdrowotnego.

Poszczególne rządy powinny przestrzegać swoich zobowiązań wynikających z międzynarodowych paktów, których są stronami, aby tworzyć politykę, regulacje i przepisy prawne, umożliwiające palaczom dokonywanie zdrowszych wyborów. Obecnie tylko kilka rządów ułatwia i w pełni zezwala na korzystanie z tych praw.

Używając e-papierosa, odkryłem, że stężenie nikotyny [której potrzebuję] stopniowo maleje. Teraz już nie palę i nigdy nie wrócę do palenia.

Paul ⁶¹

Konsumenci chcą bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych. Miliony osób już zdecydowały się na odejście od spalanego tytoniu – przy znikomych kosztach, ale ze znacznymi korzyściami dla rządów i podatników.

Potencjał w zakresie zdrowia publicznego związany z redukcją szkód wywołanych paleniem tytoniu nie może jednak zostać zrealizowany, jeżeli decyzje dotyczące regulacji i ograniczenia palenia będą nadal opierać się na sensacyjnych doniesieniach medialnych, błędnych danych naukowych i wprowadzających w błąd informacjach publicznych.

Jeśli WHO ma osiągnąć ambitne cele w zakresie zwalczania chorób niezakaźnych, musi uznać korzyści, jakie redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu przynosi

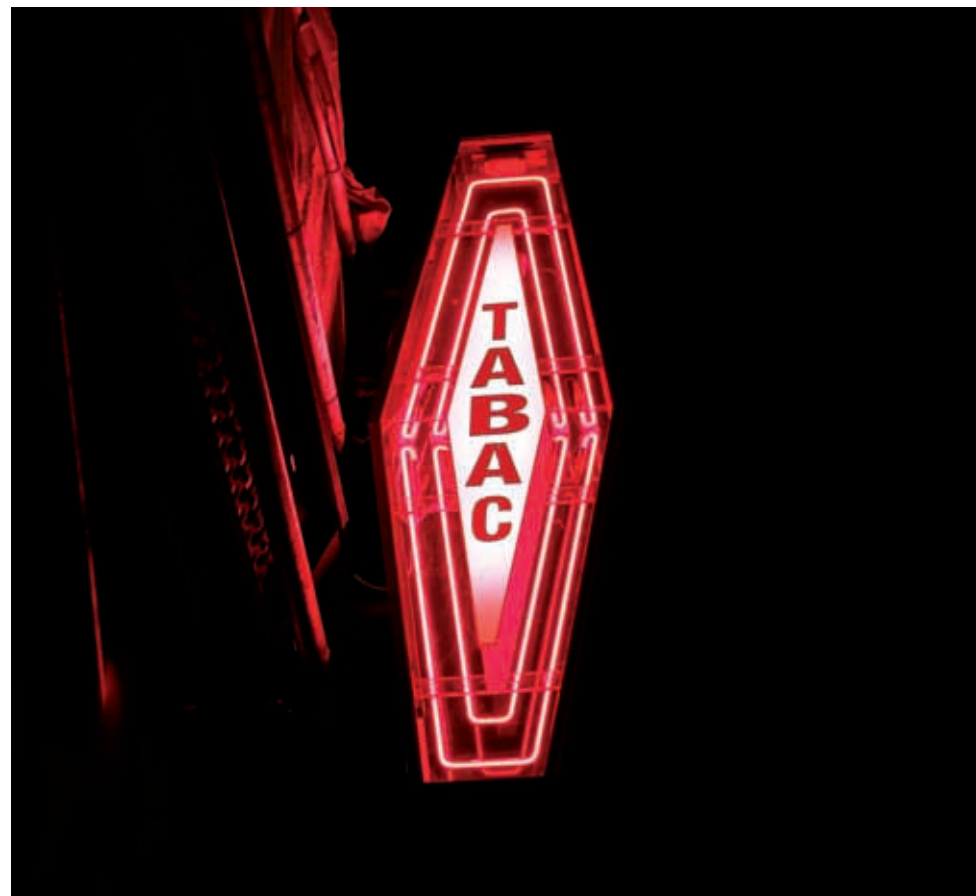


Image: Ray Reyes on Unsplash

rządów, decydentom i społeczeństwu, i poinformować o tym opinię publiczną.

Gdy redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu zostanie odpowiednio uwzględniona w działaniach stanowiących odpowiedź na kryzys zdrowotny spowodowany paleniem tytoniu, liczba zgonów i chorób zmniejszy się, i to szybciej niż przy zastosowaniu samych środków służących ograniczeniu użycia tytoniu.

Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu zapewnia ochronę zdrowia i przestrzeganie praw człowieka. Stawką jest życie miliarda istnień ludzkich.

⁶¹ Paul jest użytkownikiem e-papierosów z Wielkiej Brytanii, z którą przeprowadzona została rozmowa na potrzeby materiału wideo The Switch stworzonego przez New Nicotine Alliance (NNA) i National Centre for Smoking Cessation Training (NCSCT). Wszystkie materiały wideo są dostępne na stronie internetowej NNA: <https://nnalliance.org/nnaresources/switch-videos>



www.gsthr.org