

Aktuální stav kontroly tabáku v ČR

MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková, MUDr. Ludmila Pohlová

1. lékařská fakulta, Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK, Praha

Centrum léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

Tabákové výrobky nejsou normálním spotřebním zbožím: polovině svých pravidelných uživatelů zkrátí život o 15 let. Proto je třeba systematicky snižovat jejich spotřebu. Je vždy třeba komplexní přístup celé společnosti a to nejen v jednotlivých zemích, ale globálně – stejně jako je globální tabáková epidemie. Kontrola tabáku zahrnuje vysoké daně, ochranu před pasivním kouřením, vzdělávací kampaně, naprostý zákaz reklamy na tabákové výrobky, velká zdravotní varování na krabičkách a dostupnou léčbu. Kromě snížení morbidit a mortality způsobené kouřením by tato opatření znamenala ekonomický přínos pro stát. Každý lékař by měl v tomto smyslu podle svých možností působit na politiky a všechny, kdo mohou rozhodovat.

Klíčová slova: kontrola tabáku, role lékaře.

Current tobacco control in the Czech Republic

Tobacco products are not a standard consumer goods: half of its consumers will die because of it 15 years sooner. Tobacco consumption has to be lowered systematically. Always a complex approach of the whole society is needed not only in frame of a country but globally – as well as the tobacco epidemic is global. Tobacco control includes high taxes, protection against passive smoking, educational campaigns, total ban of tobacco advertising, large health warnings and available treatment. Except of lowering tobacco related morbidity and mortality does tobacco control support the state economics. According to his/her possibilities each physician should influence politicians and decision makers in this sense.

Key words: tobacco control, physicians' role.

Med. Pro Praxi 2009; 6(1): 25–29

Kontrola tabáku není v češtině ideální výraz, ale vystihuje komplexní soubor opatření, která vedou ke snížení počtu závislých na tabáku a ke snížení spotřeby tabáku, anglicky „tobacco control“. Tobacco Control se také jmenuje časopis, který vydává skupina British Medical Journal a který má impakt faktor 3,277. Najdete jej na stránce www.tobaccocontrol.org a tento web stojí za to navštívit: články starší než rok jsou zdarma ke stažení a z každého nového čísla je k dispozici bez poplatku jeden článek dle volby šéfredaktora.

Tabákové výrobky totiž nejsou normálním zbožím. Kdybyste dnes chtěli v nějaké zemi začít vyrábět nebo prodávat cigarety, nikde by to nedovolili – výrobek s tak devastujícím dopadem na zdraví by si nepustili na trh. Jenže cigarety tu jsou a během prvního století této epidemie se stály zabudovat do politických a ekonomických struktur států.

Jde o to, jak dlouho ještě budeme tolerovat prodej tohoto jedinečného spotřebního zboží. Jedinečné je v tom, že při pravidelném používání dle návodu, totiž k tomu účelu, k němuž bylo vyrobeno, zabije polovinu svých pravidelných konzumentů a to o 15 let dříve než kdyby nekouřili (1). Když se otrávíte toluenem, nepoužili jste jej dle návodu, stejně tak například auta nejsou vyrobena k tomu, aby havarovala – to se stane jen v případě chyby. Ale cigarety jsou

vyrobena ke kouření. Představme si třeba určité ponožky: kdybyste je pravidelně nosili, stálo by vás to 1 : 1 patnáct let života. Mohly by se tabákové ponožky prodávat? Nebo seznamy „nebezpečných výrobků“, jaké najdeme například na webu ministerstva zdravotnictví: cigarety mezi nimi nejsou, ačkoli jejich kouř obsahuje mnohonásobně víc všech ftalátů, polonií nebo nitrosaminů než ve všech sledovaných nebezpečných výrobcích.

Tabáková epidemie je klasickou epidemií, nyní pandemií. Zdrojem epidemie je tabákový průmysl, původcem jeho výrobky, vektorem jejich marketing. Situaci komplikuje i fakt, že je tu někdo, kdo na výrobě a distribuci původce epidemie vydělává. Představme si výrobce viru HIV, který by u nás své viry mohl prodávat a v reklamě tvrdit, že s virem HIV budete krásnější, úspěšnější... jako se tvrdí v reklamách na cigarety. Nutná je alespoň kontrola, která by vedla k postupnému snižování spotřeby tabáku: nemůžeme cigarety naráz zakázat, i když by to bylo logické. Podstatná část populace, u nás kolem čtvrtiny dospělých, je totiž závislá na tabáku. Nikotinová závislost se podobá heroinové a to bohužel i úspěšností léčby. Mezi 10 dospělými kuřáky by si přibližně 7 přálo přestat, kdyby to ovšem bylo možné (dostupná léčba je součástí kontroly tabáku). Neexistuje ale žádné jednotlivé opatření, které by samo o sobě významně snížilo

spotřebu tabáku v dané komunitě: vždy to musí být komplexní přístup celé společnosti. Zjistěte v něm zdravotníci hrají důležitou roli a to jak v ordinaci s pacientem, tak v působení na politiky a na ty, kdo rozhodují.

Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO

Tuto skutečnost reflektuje WHO a z iniciativy Dr. Gro Harlem Brundtlandové, tehdejší generální ředitelky WHO, se začala v říjnu 1999 projednávat Rámcová úmluva o kontrole tabáku, Framework Convention on Tobacco Control (2). Zástupci 192 členských zemí WHO se scházeli dvakrát ročně vždy na jedno- nebo dvoutýdenní jednání a po pěti letech, na jaře roku 2003, byla úmluva všemi přijata. Je to první právně závazný dokument v historii WHO. Je založen na podobném principu jako Kyotský protokol o omezení skleníkových plynů. Jednotlivé země jej musejí po přijetí ve WHO ještě podepsat (dosud 168 zemí ze 192, ČR podepsala) a ratifikovat – dosud 160 zemí, což představuje cca 85 % světové populace. Bohužel, zatím bez České republiky, v roce 2006 úmluva totiž neprošla o jediný hlas (!!!) senátem. Podobně jako zákon ji musí schválit parlament, senát a podepsat prezident. Mezi přibližně padesátkou zemí evropského regionu WHO se tak ocitáme jen po boku Andory, Bosny a Hercegoviny, Lichtenštejnska, Monaka,

Moldávie, Švýcarska, Tádžikistánu a Uzbekistánu. V sedmadvacítce zemí EU jsme poslední, kdo úmluvu neratifikoval (stav v lednu 2009).

Jen od října 1999, kdy se úmluva začala projednávat, do konce roku 2008 zabil tabák ve světě celkem více než 40 milionů lidí. V roce 2009 to bude více než 5 milionů. Pokud se nic nezmění, v roce 2030 už to bude 10 milionů obětí tabáku ročně, přičemž 70 % těchto úmrtí bude v rozvojových zemích, kam se dnes tabáková epidemie z rozvinutých zemí stěhuje. V roce 2050 bude mít tabák na svědomí kumulativně celkem více než půl miliardy obětí a v tomto století více než miliardu. Vřak byla také Dr. Brundtlandová za tuto iniciativu navržena na Nobelovu cenu za medicínu a kdyby úmluva skutečně vešla ve všech zemích v platnost, zachránilo by to více životů než jakýkoli jiný doposud oceněný lékařský objev.

Obsahem úmluvy jsou základní minimální požadavky na kontrolu tabáku, které by měly platit ve všech zemích. Tabáková epidemie se totiž šíří po celém světě víceméně stejně, i výrobci tabáku se chovají víceméně stejně. Proto je třeba globalizovat i kontrolu tabáku. Mezi účinná opatření patří především:

- naprostý zákaz jakékoli reklamy a propagace tabákových výrobků včetně sponzorování;
- zákaz používání zavádějících a lživých výrazů jako „light“, „low-tar“ a „mild“;
- rotující zdravotní varování s obrázky nebo piktogramy na nejméně 30 % (ideálně alespoň 50 %) velkých ploch krabiček;
- ochrana před pasivním kouřením na všech pracovištích, v dopravě a ve všech uzavřených veřejných prostorech;
- daňová politika, která zajistí vysoké zdanění tabákových výrobků a dále doporučení věnovat 1–2 % z těchto vybraných daní na prevenci a léčbu závislosti na tabáku;
- kontrola pašování a nelegálního prodeje, možnost detekovat původ a určení každé krabičky, monitorovat a sledovat pohyb tabákových výrobků, prodej jen v obchodech s licencí (trafika);
- dostupná léčba závislosti na tabáku.

Jak to vypadá u nás?

Reklama na tabákové výrobky byla víceméně zakázána zákonem 132/2003, ale bohužel ne v místě prodeje. Místa prodeje navíc u nás nejsou nijak omezena a většina cigaret se prodá tam, kde jsou v prodeji i potraviny – přitom by to mělo být možné jen v obchodě s licen-

cí, tedy ani ne na tržišti, ale v kamenné trafice. Navíc v řadě zemí je zakázána i v místě prodeje nejen reklama, ale i jen vystavení krabiček. Krabičky cigaret musejí být v zakryté skříňce, z níž prodáváč pouze vyndá požadovanou značku. Také nemáme zákaz používat logo nebo název tabákového výrobku pro jiný než tabákový. Proto tu máme módu, batohy nebo boty nesoucí názvy známých značek cigaret – na ty pak může být reklama bez omezení.

Výrazy „light“ a podobně jsme se vstoupem do EU zakázali, výrobci to ale řeší barvami (zlaté, bílé cigarety). Současná u nás používaná metoda označování nikotinu a dehtů je také zavádějící – hodnota dehtů a nikotinu nezáleží tolik na druhu cigarety, ale více na způsobu kouření. Ani o složení kouře spotřebitel není informován, o naprosté většině látek, které vdechuje, vůbec neví (formaldehyd, kyanovodík, benzen, ²¹⁰polonium, arzen, kadmium ...). To je absurdní zejména při obavách z vedlejších účinků léků závislosti na tabáku nebo z množství nikotinu vstřebaného z léků. Většina kuřáků neví, že z jedné cigarety se vstřebá cca 1–3 mg nikotinu bez ohledu na údaj na krabičce (3).

Zdravotní varování na krabičkách cigaret souvisí s informováním spotřebitelů. Když si koupíme marmeládu nebo sušenky, zcela samozřejmě počítáme s tím, že na obalu najdeme detailní informace o složení a o všech látkách, které výrobek obsahuje. Ale u cigaret? Kde je seznam těch více než 4000 chemikálií? Z nich je kolem stovky kancerogenních, další různě toxické ... Navíc hodnoty nikotinu, dehtů a CO, které si u nás můžeme na krabičce přečíst, nemají moc společného se skutečně vdechnutým množstvím. Vycházejí totiž z kouřícího stroje, ale živý kuřák cigaretu kouří jinak, ani dva kuřáci nevykouří dvě cigarety stejně, a dokonce ani jeden kuřák dvě cigarety po sobě ... Nezáleží totiž ani tak na tom, co kouříme, ale jak to kouříme, tedy kolik potažení, jak hluboko vdechujeme, jak dlouho kouř zadržíme. V Kanadě už se používá jiná metoda, která udává ne jednu hodnotu, ale rozmezí. Pokud jde o nikotin, bývá to mezi 1 a 3 mg na cigaretu. A přibrali si tam na krabičku ještě údaje o množství kyanovodíku, benzenu a formaldehydu. Tak velký obal ale cigarety nemají, aby se tam vešel seznam těch tisícovek chemikálií: měl by být alespoň dostupný třeba na webových stránkách. Ale není.

Zdravotní varování na polovině velkých ploch krabiček s obrázky podle doporučení EU již mají v Rumunsku, Velké Británii, Austrálii, Belgii a dalších zemích. V Kanadě již od roku 2001 a uvádějí, že jejich zavedení vedlo každoročně

Obrázek 1. Ukázka zdravotního varování na krabičce cigaret



ke zhruba 1–2 % poklesu spotřeby cigaret. Je to vlastně malá encyklopedie vlivu kouření na zdraví, kromě rakoviny plic ukazuje souvislosti s ústní dutinou, cévními nemocemi, vráskami a stárnutím pleti, impotencí – ztrátou erekce a horší kvalitou spermií, obsahuje i číslo Linky pro odvykání kouření, u nás 844 600 500 (obrázek 1).

U nás reguluje tato varování vyhláška Ministerstva zemědělství číslo 344/2003, cigarety jsou totiž mezi potravinami. O přijetí varování dle EU se jedná už několik let, stále bez výsledku. Přitom je toto opatření pro stát zdarma – podle zákona je natiske výrobce.

Ochrana před pasivním kouřením – nekuřácké veřejné prostory by u nás mohly zabránit více než 5 000 akutních infarktů myokardu (AIM) ročně.

Tabákový kouř byl zařazen Mezinárodní agenturou pro výzkum rakoviny WHO (IARC) mezi kancerogeny třídy A, tedy do kategorie lidský kancerogen v roce 2004 (4). Stalo se to sice 24 let po první publikaci, prokazující, že pasivní kouření způsobuje rakovinu plic (5), ale stalo se. U nás bude zpoždění asi větší než 24 let – musíme si ještě počkat. Kromě toho ale tabákový kouř také poškozuje cévy. V případě kardiovaskulárních onemocnění k takovému poškození stačí i malá dávka tabákového kouře – dokonce i pasivní kouření. Pro cévy představuje pasivní kouření **téměř stejné riziko jako kouření aktivní** (80–90 % rizika aktivního kouření) (6). To se potvrzuje od roku 2004 pravidelně ve všech zemích, kde jsou již **všechny** uzavřené veřejné prostory nekuřácké. Například ve Skotsku klesl počet AIM o 17 %, v Itálii o 11 %, v New Yorku 19 % (7, 8, 9).

Kdybychom zvažovali jen 15% pokles, představuje těchto 15% zbytečných AIM v ČR řádově 450 AIM měsíčně = 5 400 AIM ročně. Když budeme ignorovat význam lidských životů a zdraví, při ceně kolem 100 000 Kč za jednu hospitalizaci pro AIM nás **nepřijetí** takového zákona stojí ročně jen za hospitalizace pro AIM 540 000 000 Kč, tedy přes půl miliardy korun.

Zákon o nekuřáckých veřejných prostorách snižuje okamžitě také návštěvy na pohotovosti kvůli astmatu – přibližně o 22% (10).

Na pokles dalších onemocnění, jako chronická plicní nebo onkologická, je třeba počkat řádově nejméně rok nebo dva, přijdou ale také, jak se prokázalo.

Po přijetí zákona o nekuřáckých veřejných prostorách se v žádné zemi nesnížily zisky pohostinského průmyslu, většinou se zvýšily. Opačný vliv popisují výhradně studie sponzorované tabákovým průmyslem, nikdy studie nezávislé, které navíc vycházejí z jasně objektivních dat jako příjem z daní nebo obrát.

Po přijetí zákona ale klesne prodej cigaret a to řádově o cca 8% (2). Má to tři příčiny:

- někteří kuřáci přestanou kouřit (byla to poslední kapka k jejich dlouho připravovanému rozhodnutí)
- ti kuřáci, kteří nepřestanou, kouření omezí (není tolik příležitostí), dokonce se ukazuje, že své kouření omezují i doma (chrání tak před pasivním kouřením své rodiny)
- méně mladých začne kouřit (první cigarety v restauraci bývají snadnější než jinde) – po vysoké ceně cigaret, která je daná vysokou daní, jsou nekuřácké veřejné prostory druhým nejúčinnějším preventivním opatřením!!!!

U nás reguluje kouření v uzavřených veřejných prostorách zákon 379/2005.

Cena cigaret, daně

Občas slyšíme od některého našeho zákonodárce, že kdyby si kuřáci přestali kupovat cigarety, státní rozpočet by zkrachoval. Je pravda, že daně za tabákové výrobky přispějí částkou vyšší než 45 miliard ročně. Jenže kuřáci by ušetřené peníze nevyhodili, koupili by si zkrátka něco jiného. Ti, kdo přestávají kouřit, investují nejčastěji do služeb a to znamená zvýšení zaměstnanosti, výroba cigaret je totiž velmi jednoduchá a mechanizovaná, nenáročná na personál. Každý kuřák by nám určitě dovedl říci, co by si namísto cigaret koupil. Proto Světová banka nedoporučuje brát příjem z daní jako kladnou položku. Ale hlavně, to že se tu směřuje prodávat cigarety, nás

Tabulka 1. Průměrný plat a cena nejprodávanějších cigaret v ČR v jednotlivých letech, % této ceny krabičky z průměrného platu (%) a počet krabiček, které lze za průměrný plat koupit

Rok	Cena	Průměrný plat	%	Počet krabiček/ plat
1991	18 Kč	3 800	0,47 %	211
2008	59 Kč	22 000	0,27 %	373

stojí mnohem víc na nápravě škod než vynesou daně. V rámci EU se odhaduje, že je to průměrně 300 euro na osobu a rok, což je cca 84 miliard korun ročně pro ČR. Tedy i kdybychom příjem z daní jako klad brali, stále kolem 40 miliard doplácíme. V USA odhadují, že jedna prodaná krabička cigaret přijde na 7 dolarů za likvidaci následků.

Názory, že kuřáci si mají platit zdravotní péči nebo vyšší poplatky, nejsou bohužel pokud jde o běžnou zdravotní péči reálné: závislost na tabáku je chronické onemocnění, jehož skutečně není snadné se zbavit a i když se kuřák může upřímně snažit, může se stát, že se k cigaretě vrátí. Není možné kontrolovat, kdo skutečně nekouří nebo kouří – to funguje v případě individuálního pojištění (životní pojištění, vážná nemoc), kdy ale pojištěnec podepisuje prohlášení o svém kuřáctví a navíc případně souhlasí s biochemickou kontrolou. Jednoduché řešení této platby ale existuje a doporučuje je i Rámcová úmluva o kontrole tabáku: je to 1 nebo 2% z daní za tabákové výrobky na prevenci a léčbu závislosti na tabáku. Daň se o tuto položku navýší a zaplatí ten, kdo cigarety kupuje. Nikdo nemusí sledovat, kdo kouří nebo nekouří. Takový zákon mají například v Polsku, Finsku, Thajsku a dalších zemích.

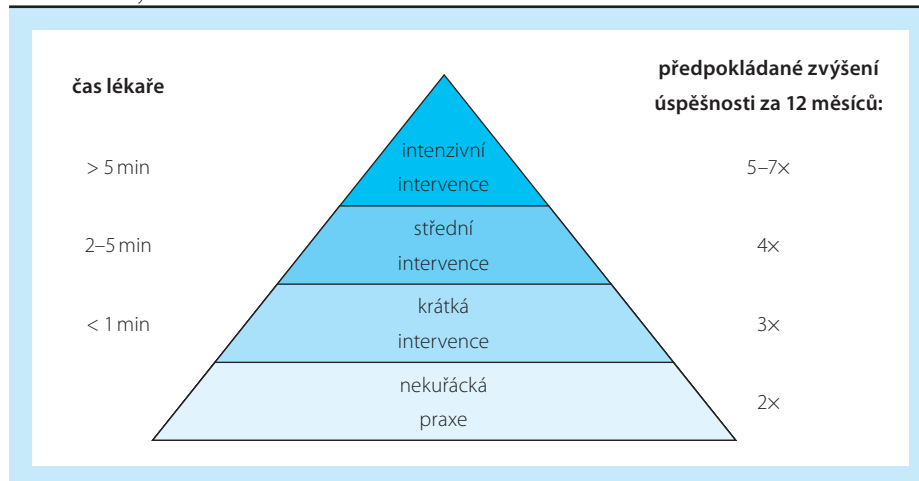
Přitom reálná cena cigaret je u nás téměř poloviční ve srovnání se situací v roce 1991: za průměrný plat si dnes koupíme skoro dvojnásobný počet krabiček nejprodávanějších cigaret (tabulka 1).

Kontrola pašování a nelegálního prodeje je u nás na nízké úrovni. Souvisí s tím, že se cigarety mohou prodávat jinde než v obchodě s licencí (kamenná trafika). Ani sledování cesty jednotlivé krabičky nemusí být složité: existuje velmi jednoduchý a levný (řádově za 2 eurocenty) „čip“, který výrobce umístí na krabičku. Je z něj jasné, kde byla vyrobena a kam určena – pašování se tak významně ztíží (2).

Dostupná léčba se u nás začíná rozvíjet. Připomeňme, že závislost na tabáku je samostatná nemoc (diagnóza F 17 dle MKN-10) (11) a kromě prevence vyžaduje i léčbu – jako jakákoli jiná nemoc.

Týká se **všech lékařů**: intenzita přitom bude záviset na čase, který máme k dispozici – pokud lékař nemá žádný, může mít alespoň zjevně nekuřáckou praxi a v čekárně letáky pro pacienty, zeptat se pacienta na kuřáctví, doporučit kuřákovi přestat kouřit a podat tištěný materiál s dalšími informacemi, včetně kontaktu na **Linku pro odvykání kouření** – ta je u nás v provozu každý pracovní den 12–20 h za místní hovorné z celé republiky na čísle 844 600 500. To může udělat i každý vyčíslený lékař – kdyby to skutečně každý dělal, mělo by to větší dopad než intenzivnější intervence několika lékařů. Každý lékař může posoudit své možnosti podle obrázku 2. Tento obrázek je součástí mezinárodních doporučení pro ambulantní lékaře (12), plné znění je v českém překladu na webové stránce Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku www.slzt.cz.

Obrázek 2. Pyramida



Kromě krátké intervence v rozsahu podle dostupného času existují i u nás specializovaná **centra pro závislé na tabáku**, většinou při pneumologických nebo interních klinikách nemocnic. Zde je vstupní intervence podrobnější, v rozsahu cca 1–3 hodiny s následnými kontrolami a sledováním po dobu jednoho roku od poslední cigarety. Center je 27, vznikají stále nová a jejich aktuální seznam je možné najít na výše uvedeném webu www.slzt.cz. Pacienti těchto center mají také nárok na příspěvek na léky: většina pojišťoven uhradí 1 000 Kč (VZP 2 000 Kč) po předložení účtenky z lékárny a potvrzení o návštěvě centra nebo od vyškoleného lékaře – pojišťovny vědí, že intenzivnější intervence zvyšuje abstinenci a účinnost léků. Informace na výše uvedeném webu u adres center.

Pokud jde o vlastní **princip léčby**, je to jednak psychobehaviorální intervence a jednak farmakoterapie (13).

Psychosociální závislost je přítomna u všech kuřáků, a proto by psychobehaviorální intervence měla vždy být součástí léčby závislosti na tabáku, i když v různé intenzitě. Měla by navazovat na úvodní motivační rozhovor a pomáhat motivaci udržet v celém průběhu odvykání. Lze ji rozdělit do několika prolínajících se fází:

Fáze přípravy: plán odvykání – stanovení dne D, diskuze o možných abstinčních příznacích, odstranění cigaret z okolí, hledání sociální podpory v rodině, zaměstnání. Trénink dovedností – nutnost naprosté abstinence, hledání spouštěčů relapsu (vnitřních i vnějších), identifikace rizikových situací a jejich zvládání. V principu jsou k dispozici tyto možnosti: rizikové situace eliminovat (např. večírky, alkohol), modifikovat (jiný druh kávy, jiné okolnosti pití) nebo si pro ně najít náhradní řešení (sprcha po probuzení místo cigarety, sklenice vody či vyčištění zubů po jídle, relaxační cvičení ve stresu). Důležitá je příprava náhradních řešení předem.

Fáze odvykání (kontrolní návštěvy): v případě úspěchu pochvala či gratulace. V případě relapsu zjištění důvodů (vnějších i vnitřních), zdůraznění, že relaps není selhání a může být důležitou zkušeností a poučením pro další pokus, nový odvykávací plán. V obou případech stanovení termínu další kontroly s nabídkou pomoci v mezidobí či poskytnutí kontaktu na **Linku pro odvykání kouření**.

Prevence relapsu: pravidelné kontakty či alespoň jejich možnost, pochvala abstinujícím. Aktivní diskuze o výhodách nekuřáctví (zlepšení konkrétních zdravotních ukazatelů, finanční pří-

nos, zvýšení sebedůvěry, radost rodiny a přátel) i možných obavách (zvyšování hmotnosti, kuřáci v okolí, negativní nálada, deprese, abstinční příznaky). Doporučení odměňujících aktivit při poklesu motivace.

Farmakoterapie závislosti na tabáku doporučuje tři léky první linie: náhradní terapii nikotinem (u nás volně prodejná ve formě náplasti, žvýkačky, inhalátoru, pastilky a mikrotablety), vareniklin a bupropion. Farmakoterapie je popsána blíže jinde, dovolte jen malé pozastavení nad často absurdními obavami nejen pacientů, ale i lékařů z nežádoucích účinků těchto léků: tím se vracíme k výše zmíněné nutnosti informovat kuřáky o složení tabákového kouře.

Léčba může probíhat i s **podporou zaměstnavatele** a můžeme být potěšeni, že takových i u nás velmi přibývá, i když na zákon o nekuřáckých pracovištích zatím čekáme. Podívejme se na příklad Velké Británie: tam je od 1. 7. 2007 kouření zakázáno na všech veřejných místech a na pracovištích. Porušení tohoto zákazu je trestný čin. Britská doporučení (NICE, National Institutes of Health and Clinical Excellence) shrnují následující možnosti zaměstnavatele (14):

- kontaktovat lokální centrum léčby závislosti na tabáku a zjistit dostupnost pomoci v místě zaměstnání
- zajistit, aby se zaměstnanci dozvěděli kdy, kde a jak se mohou léčit
- zajistit tuto léčbu přímo na svém pracovišti
- umožnit zaměstnancům, aby se léčby zúčastnili v pracovní době bez ztráty mzdy
- spolupracovat s ostatními zaměstnavateli v daném regionu a podělit se s nimi o zkušenosti
- vytvořit pro zaměstnance pracovní řád nekuřáckého pracoviště
- stanovit zaměstnancům, zda mají nárok čerpat kuřácké přestávky a pokud ano, tak kde, jak často, a jak dlouho
- poskytnout vybraným zaměstnancům, například z personálního oddělení, vyškolení v možnostech pomoci kuřákům.

Na internetové adrese zmíněného NICE (15) může zaměstnavatel využít takzvanou „kalkulačku“ a spočítat si možnou investici a úsporu pokud podpoří na svém pracovišti zaměstnance a poskytne jim možnost přestat kouřit.

Je prokázáno, že kuřáci jsou častěji nemocní než nekuřáci a ročně mají průměrně o 33 hodin delší pracovní neschopnost. Pokud se v areálu pracoviště nemůže kouřit a kuřák si pokou-

řenou dobu musí napracovat, je to další silná motivace.

V České republice nabízejí tuto pomoc nejen místní, ale i zahraniční firmy. České pobočky často dostanou impuls od své zahraniční centrály. Většinou konzultují odborníka, který vyškolí místního lékaře. Někteří zaměstnavatelé se snaží zařadit možnost Léčby závislosti na tabáku do bonusového systému, který nabízí svým zaměstnancům. Ti se pak mohou svobodně rozhodnout zda chtějí tento bonus čerpat.

Cochrane Review je databáze systematických analýz publikovaných prací na dané téma (www.cochrane.org), léčby závislosti na tabáku se zde týká více než 50 prací. V roce 2008 připravili jejich autoři (16) update studii o léčbě závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele, který zahrnoval 51 studií, z nichž 37 bylo zaměřeno přímo na zaměstnance včetně skupinové či individuální terapie, náhradní terapii nikotinem a sociální podporu – všechny tyto metody zvyšovaly abstinenci. Svépomocné materiály byly méně účinné. Další 16 studií popisovalo celkový přístup pracoviště, který ale nebylo možné prokázat jako účinný ve snížení prevalence kouření, i když alespoň zvyšoval počet pokusů přestat kouřit. Obecně platné principy léčby (individuální nebo skupinové intervence a farmakoterapie) jsou tedy účinné na pracovišti stejně jako jinde a je jistě žádoucí, aby je zaměstnavatel podporoval nebo poskytoval.

Přehled o tom, jak si s kontrolou tabáku stojíme u nás v porovnání s okolním světem, můžeme získat z hodnocení a porovnání evropských zemí (17). Maximální počet 100 bodů byl dán úrovní ceny cigaret (30 bodů), stupněm ochrany před pasivním kouřením (22 bodů), veřejnými výdaji na vzdělávací kampaně (15 bodů), naprostým zákazem reklamy na tabákové výrobky (13 bodů), velkými zdravotními varováními na krabičkách (10 bodů) a dostupnou léčbou (10 bodů). Čísla v závorkách udávají maximální možný počet bodů, které bylo možné získat za kontrolu tabáku v dané oblasti. Celkově jsme dostali 40 bodů z možných 100 a skončili tak na 25. místě ze 30 hodnocených zemí. Toto bodování zároveň ukazuje žebříček významu jednotlivých oblastí, tedy že například nejvýznamnějším preventivním opatřením je cena cigaret.

Závěrem lze shrnout, že ambulantní lékař by měl:

- důsledně aplikovat krátkou intervenci u svých kouřících pacientů a ty, kteří potřebují intenzivnější pomoc, odesílat ke specializované léčbě

- být nekuřáckým příkladem svým pacientům i svému okolí
- prosazovat ochranu před pasivním kouřením
- podílet se na ochraně zdraví nekuřáků na pracovištích, zejména pokud čtenáři pracují jako závodní lékaři
- v tomto směru spolupracovat s místními sdělovacím prostředky.

Závěr

Co dodat? Pokud některý politik neprosazuje alespoň tyto minimální kroky kontroly tabáku vedoucí jak ke snížení utrpení, nemocnosti a úmrtnosti jeho voličů, tak ke snížení výdajů státu, může to mít jen dva důvody: buď si neopatřil základní, dnes dobře dostupné informace, nebo je nějakým způsobem manipulován. A pokud mají lékaři možnost ovlivnit ty, kteří rozhodují, měli by to při každé příležitosti udělat. Fakta jsou jasná.

Literatura

1. Peto, et al. Mortality from smoking in developed countries, 2006. www.deathsfromsmoking.net.
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control, www.fctc.org.
3. Hoffmann D, Hoffmann I. The changing cigarette, 1950–1995. *J Toxicol Environ Health* 1997; 50(4): 307–364.
4. WHO International Agency for Research on Cancer, Monograph Vol. 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking, WHO IARC, Lyons, 2004: 1452 s.
5. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br. Med. J.* 1981; citováno in *Bull. World Health Organ.* 2000; 78(7): 940–942.
6. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of second-hand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation* 2005; 111(20): 2684–2698.
7. Pell JP, et al. Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome. *New England Journal of Medicine* 2008; 359(5): 482–491.
8. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Event. *Circulation* 2008; 117: 1183–1188.
9. Juster HR, Loomis BR, Hinman TH, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE, Guthrie GS, Birkhead GS. Declines in Hospital Admissions for Acute Myocardial Infarction in New York State After Implementation of a Comprehensive Smoking Ban. *Am J Public Health* 2007; 97(11): 2035–2039.
10. Ravens MK, Burkhardt PV, Zhang M, Lee S, Moser DK, Mannino D, Hahn EJ. Reduction in asthma-related emergency department visits after implementation of a smoke-free law. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2008; 122(3): 537–541.
11. WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), WHO, Geneva, 1992.
12. International Primary Care Respiratory Group: Tackling the Smoking Epidemic, www.icprg.org (český překlad Štěpánková L, dostupný na www.slzt.cz v sekci Odborná doporučení).
13. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, 2008.
14. Latchem S, MacLean Steel K. Workplace interventions to promote smoking cessation. NICE Guidance, <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH5>.
15. Workplace interventions to promote smoking cessation: costing template (simplified business case for employers). NICE (UK), <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH15SimplifiedBusinessCase.htm>.
16. Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; (4): CD003440.
17. Joossens L, Raw M. Progress in Tobacco Control in 30 European Countries 2005 to 2007, presented at the 4th European Conference Tobacco or Health, Basel, Switzerland, 11–13 October 2007, Swiss Cancer League, Basel, 2007, 24 stran.

MUDr. Eva Králíková, CSc.

Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK
Studničkova 7, 128 00 Praha 2
Centrum léčby závislosti na tabáku
III. interní kliniky 1. LF UK a VFN
Karlovo náměstí 32, 128 00 Praha 2
eva.kralikova@lf1.cuni.cz
