

Program Rzecznika Osób Uzależnionych

Raport 2024

Rynek narkotykowy na ulicach warszawskiej Pragi.

Wzrost popularności syntetycznych opioidów.

Program Rzecznika Osób Uzależnionych

Raport 2024

Rynek narkotykowy na ulicach warszawskiej Pragi.

Wzrost popularności syntetycznych opioidów.

autor: Jacek Charmast

redakcja, skład: Filip Nawaro

współpraca, korekta: Marta Gaszyńska



Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych jest programem dwóch warszawskich organizacji pozarządowych: Stowarzyszenia Jump'93 i Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej. Prowadzony jest od 2010 r.



**projekt finansuje
miasto stołeczne
Warszawa**

Treść

Wstęp.....	4
Problemy warszawskiej Pragi.....	4
Potrzeby ogółu.....	4
Przykład kooperacji międzysektorowej: <i>Restart</i>	5
Działania punktowe.....	5
Jak wpływać na złożone środowisko?.....	6
Pasywna siła biurokracji.....	6
Wielostronny dialog sprawdzony w praktyce.....	6
Monitorujemy praskie problemy.....	7
Skąd i jak czerpać dane.....	7
Czy ominie nas kryzys opioidowy?.....	9
Coraz większe znaczenie syntetycznych opioidów.....	9
Jak reagować na zmiany.....	9
Polski rynek leków opioidowych.....	10
Zwiększenie kontroli recept.....	11
Zatrucia opioidami w Polsce.....	12
Śmiertelność w wyniku przedawkowań.....	13
Leki ratujące życie.....	13
Substytucja opioidowa jako odpowiedź na potencjalny kryzys.....	14
Warszawa i reszta kraju.....	15
Nierozwiązane kłopoty Pragi.....	15
Efekty współpracy widoczne na ulicach.....	16
Wsparcie readaptacyjne – systemowa luka.....	16
Rozwiązania systemowe dla dostępu do leczenia.....	16
Substytucja bliżej domu.....	17
Starzenie się użytkowników opioidów a wyzwania opieki społecznej.....	18
Readaptacja – problem pracy i mieszkania.....	18
Readaptacja a skuteczność leczenia.....	19
“Narkotykowa bezdomność”.....	19
Co zrobić?.....	20
Podsumowanie – bezpieczeństwo jako kapitał.....	20
Rekomendacje.....	21
Rekomendacje dla Miasta St. Warszawy:.....	21
Rekomendacje dla Dzielnicy Praga Północ, M.St. Warszawy, NGO i aktywistów.....	21
Komentarze do Raportu.....	22
Prof. Edward Gorzelańczyk.....	22
Co jest lepsze dla pacjenta?	23
Czy opioidy przeciwbólowe wypisywane na recepty mogą stać się polskim problemem?.....	24

Wstęp

Raport ten wielu może wydać się zbyt osobisty, gdyż z reguły tego typu opracowania pisze się zwięzłym językiem faktów i danych. Jednak w piętnastoletniej już historii Raportów Rzecznika przystępność przekazu dla wielu grup czytelników jest nie tylko tradycją, ale i okazała się pożyteczną praktyką.

Piszemy jak zawsze o narkotykach i narkomanii, a w tym opracowaniu skupimy się na opioidach i ich rosnącym znaczeniu. Jest to problem globalny – wszystkie światowe agendy polityki narkotykowej wskazują na trend wypierania heroiny przez substancje syntetyczne.

W Polsce doświadczamy tych zmian boleśnie, a szczególnie widoczne są w warszawskiej dzielnicy Praga Północ i choć wspomniane agendy alarmują: więcej specjalistycznego leczenia dla użytkowników opioidów – mieszkańcy Pragi na swoich wiecach żądają: mniej programów leczenia substytucyjnego na naszym terenie.

Czy to sprzeczne postulaty? Niekoniecznie. Od 2017 roku piszemy w publikacjach i raportach, że obydwie strony mają rację, że istnieje sposób, by wilk był syty i owca cała. Warto zatem raz jeszcze wskazać rozwiązanie, warto ponadto po obywatelsku zorganizować się, by wprowadzić je w życie.

Polsce należy się więcej, może nawet dwa razy więcej miejsc leczenia substytucyjnego. Nie jest jednak ani potrzebna, ani wskazana ich koncentracja w jednej małej warszawskiej dzielnicy, tak doświadczonych problemami uzależnień i przestępczością.

Niniejsze opracowanie skierowane jest do szerokiego i różnorodnego grona osób zainteresowanych problemami Pragi Północ – przede wszystkim do jej mieszkańców i radnych, do władz samorządowych oraz służb porządkowych, ale też do związanych z Warszawą parlamentarzystów.

Problemy warszawskiej Pragi

Jadąc niedawno komunikacją miejską, trafiłem w sieci na ciekawą reklamę społeczną. Chodziło w niej o prosty i oczywisty przekaz, że świat przewidująco i rozumnie zaprojektowany staje się lepszy. Materiał przykuwał uwagę, bo pokazywał widowiskowo świat odwrócony, zaprojektowany na potrzeby osób z niepełnosprawnością. W świecie tym osoby w pełni sprawne były mniejszością, telefony wisiły na ścianach na wysokości bioder, piesi musieli uciekać z drogi przed pędzącymi wózkami inwalidzkimi, zamiast schodów podjazdy... Takie odwrócenie pokazuje, **co się dzieje gdy dotyczący nas fragment rzeczywistości zostaje wykluczony z zaprojektowanego porządku.**

Tegoroczny Raport jest opisem rzeczywistości takiej, jaka jest, tego co ją ukształtowało oraz tego, jak możemy zaprojektować ciąg dalszy. Pierwszą intencją autora jest klarowne przedstawienie złożonych problemów warszawskiej dzielnicy Praga Północ w związku z działającym na jej terenie największym w Polsce rynkiem narkotyków. Problemy te w dużej części można rozwiązać na poziomie samorządu i lokalnych instytucji przeciwdziałających uzależnieniom, jednak są i takie, które wymagają zmian systemowych i prawnych, leżących poza kompetencjami samorządu. Nie oznacza to, że władze lokalne mogą uchylać się od wspierania istotnych inicjatyw obywatelskich, zwłaszcza jeśli działają w interesie całego społeczeństwa – skoro w kraju funkcjonuje prawo, którego my, mieszkańcy Warszawy, jesteśmy ofiarami, to nie należy się łudzić, że ktoś bez naszego udziału prawo to poprawi.

Potrzeby ogółu

Bywam na spotkaniach z mieszkańcami i władzami warszawskiej Pragi Północ od 2017 roku i gdy przyglądam się próbom zmian, staraniom, by zapobiec degradacji tej dzielnicy w wyniku piętrzących się problemów społecznych, to brakuje mi tutaj **centralnego elementu**: ośrodka inicjatywnego i koordynującego. Brakuje sztabu

osób, które nie ukryją się za wymówką „to nie moje kompetencje”, który widziałby całość problemów bezpieczeństwa, usług, zdrowia, rekreacji i gwarantował równowagę i sprawność systemu.

Teoretycznie są od tego władze dzielnicy i władze miasta, ale przez kilka lat byłem świadkiem, jak ich przedstawiciele współpracowali ze sobą, delikatnie mówiąc, niechętnie. A przecież przeciwdziałanie rozwijaniu się na Pradze centrum handlu narkotykami wymaga nie tylko porozumienia na poziomie lokalnym, lecz powinno znajdować przełożenie także na instytucje krajowe. Bez tego przegrywamy walkę jako społeczeństwo.

Walczymy z silnym, hierarchicznie zbudowanym narkobiznesem, który ma zastępy ludzi do pracy w dystrybucji ulicznej, gotowych dla zysku na duże ryzyko. Bez interdyscyplinarnego sztabu działającego w trybie ciągłym, jesteśmy w stanie prowadzić jedynie reaktywne akcje: doraźnie zwoływane spotkania urzędników, posiedzenia radnych, gdy tylko mieszkańcy którejś kolejnej ulicy ogłoszą protest i interwencje poprawiające sytuację punktowo, w miejscach, z których wyszedł protest.

W przypadku Pragi istotnym problemem jest koncentracja na małej przestrzeni wielu niskoprogowych serwisów pomocowych dla osób wykluczonych społecznie. Takie skupienie wsparcia wzmacnia uzależnienie środowiskowe beneficjentów, przez co jest kontrefektywne.

W ostatnich latach, dzięki działaniom władz Miasta, koncentracja pomocy w dzielnicy Praga Północ została znacząco zmniejszona, poprzez likwidację największych praskich noclegowni dla osób bezdomnych, czemu towarzyszyło uruchomienie nowych, położonych na obrzeżach miasta, o znacznie lepszym standardzie. W dzielnicy Wola (przy OPS) uruchomiono także centralny punkt skierowań dla tej grupy.

Przykład kooperacji międzysektorowej: *Restart*

Kiedy warszawska *Branżowa Komisja Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS* (BKDS) pracowała nad projektem praskiego *Centrum Restart*, współdziałało przy nim też wielu specjalistów i przedstawicieli zainteresowanych grup.

Restart miał być nową jakością w dziedzinie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu i narkomanii w skali krajowej, a nawet europejskiej. Projektowana działalność poszczególnych modułów skierowana była do trzech podstawowych grup beneficjentów: osób w kryzysie bezdomności, uzależnionych od substancji psychoaktywnych i seniorów.

Nie było intencją ekspertów BKDS, by *Centrum* długoterminowo leczyło uzależnionych – nie było to głównym zadaniem. Najważniejsza była wszechstronność i przygotowanie uczestników programów do podjęcia leczenia w placówkach zewnętrznych wobec Pragi.

Projekt *Restartu* został szczegółowo przemyślany, również pod względem zapewnienia bezpieczeństwa otoczeniu, ale nie było dane sprawdzić go w praktyce, gdyż w wyniku protestu mieszkańców i populistycznej polityki władz ogołoco go z kluczowych funkcji. Niezależnie od losu pierwotnej idei *Restartu*, projekt ten może być **przykładem, jak wielowymiarowo i interdyscyplinarnie projektować bezpieczeństwo**, nakładając na obecną tkankę miejską dostosowane rozwiązania, opracowane przez specjalistów z różnych dziedzin.

Dla skutecznego przeciwdziałania problemom związanym z narkomanią, jak wiadomo, kluczowa jest aktywność w wielu dziedzinach: leczenia uzależnień i chorób współwystępujących, opieki socjalnej, bezpieczeństwa, przeciwdziałania bezdomności, monitorowania danych epidemiologicznych, a w przypadku Pragi Północ także monitorowania działania otwartej sceny narkotykowej.

Podkreślmy tu raz jeszcze: nowe rozwiązania wymagają nie tylko współdziałania Dzielnicy i Miasta, nie tylko aktywności mieszkańców, ale też inicjatywy w celu zbudowania współpracy na szczeblu krajowym.

Restart jest jedynym znanym autorowi branżowym projektem ostatniej dekady, nad którym pracowano w kooperacji międzysektorowej. Tutaj jednak istotna uwaga: nie zaproszono do konsultacji mieszkańców. Były ku temu istotne powody. Doświadczenia organizacji pozarządowych uczą, że gdziekolwiek pojawiają się podobne inicjatywy, to, mówiąc oględnie, nie budzą entuzjazmu otoczenia.

W małej dzielnicy jaką jest Praga Północ, zarzewiem konfliktu była ulica Brzeska, oddalona od Restartu o ok. 1000 m. To tam funkcjonowała wspomniana otwarta scena narkotykowa. Przez wiele lat trwał protest jej mieszkańców, postulujących usunięcie z okolicy programu substytucyjnego, kojarzonego z handlem narkotykami. Jednak gdy program zmienił adres, handel pozostał.

Wszyscy już wtedy wiedzieliśmy, łącznie z mieszkańcami Pragi, że klienci dilerów z Brzeskiej przyjeżdżają z całej Warszawy, a pacjenci substytucyjni są tu nieistotnym odsetkiem. Równocześnie, od początku protestu słyszeliśmy, że jest sztucznie podsycany i ma drugie dno. **Obecnie teren, na którym stały "dilerskie kamienice" i budynek po programie substytucyjnym przejął deweloper.**

Działania punktowe

Od kilku lat obserwujemy, jak władze lokalne razem z Policją, niekiedy z werwą i szczerze zajmowały się problemem handlu narkotykami na ulicy Brzeskiej. Skutek tego taki, że handel się rozprasza i ponowne skupia w innym miejscu, wędrując ulicami, Kijowską, Mackiewiczą, Białostocką, Żąbkowską. Teraz w agendzie spraw bezpieczeństwa jest ulica Inżynierska i pewnie tam też służby sobie poradzą: pozamykane zostaną bramy, zamurowane przejścia, powstaną mury, monitoring, będą krążyły patrole... A handel narkotykami, krążąc pomiędzy tymi zaporami i rafami, wkrótce znajdzie kolejne dogodne miejsce.

Polska ma tysiące aktywistów, ogromną siłę organizacji społecznych, bijących w mury biurokracji. Urzędy jednak są niewydolne, nie nadążają za rzeczywistością, jak chcieliby obywatele, bo biurokracja, wbrew potocznym opiniom, jest słaba, niedofinansowana i sama boryka się z trudnościami.

Aktywne w dzielnicy Praga Północ organizacje pozarządowe też nie naprawią sytuacji, o ile za ich działaniami nie pójdą nakłady na istotne zmiany infrastrukturalne – chodzi o takie zmiany, które pozwolą rozłożyć pomoc wykluczonym społecznie osobom równomiernie na terenie całego miasta.

O ile restrukturyzacja opieki nad osobami w kryzysie bezdomności odciąża Pragę, to w przypadku pomocy uzależnionym jest wręcz przeciwnie. Co prawda NFZ pod koniec ubiegłego roku zareagował na opisywany tu problem, ale efekty tego działania okazały się przystawowym "leczeniem gorszym od choroby".

Dla członków warszawskiej BKDS jest jasne, że obcinanie przez Płatnika środków finansowych na praskie programy substytucyjne bez tworzenia nowych miejsc leczenia w innych dzielnicach tylko zwiększy szkody.

Piszemy o tym w dalszej części opracowania.

Jak wpływać na złożone środowisko?

Co zrobić, gdy mamy do rozwiązania istotny problem społeczny ale nie do końca możemy liczyć, że właściwe instytucje podejmą się zadania, unieruchomione przez opisane wyżej przypadłości?

Pasywna siła biurokracji

Profesor **Adam Leszczyński** w wywiadzie Grzegorza Sroczyńskiego dla portalu *Gazeta.pl*¹ mówił:

Polacy często myślą, że mamy jakąś gigantyczną biurokrację państwową, a ona jest bardzo mała. Te wielkie instytucje z szumnymi nazwami to często w praktyce małe komórki kilkuosobowe. Nasza administracja jest drastycznie niedofinansowana, słabo płaci, ma za mało etatów, ludzie, którzy tam pracują, muszą się poświęcać, rezygnować z lepszych opcji zarobkowych.

Gdy zostałem członkiem komisji, największym zaskoczeniem było, że kluczowe instytucje państwowe są biedne już na pierwszy rzut oka, (...) stare krzesła, stare stoły. Niedofinansowanie widać na poziomie pensji, budynków, wyposażenia. I to nie jest problem ostatniego rządu, tylko ponadpartyjnej wieloletniej działalności. Przez długi czas zagrożenia dla bytu państwa polskiego były bardzo odległe, ale teraz trzeba te pieniądze wydać, zatrudnić trzy razy więcej ludzi, jeśli gdzieś to potrzebne, oni muszą dobrze zarabiać. To będzie kosztowało. Bezpieczeństwo kosztuje.

¹ *Pojednania nie będzie. Rację ma ten, kto ma policję*, <https://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/7,114884,30613537,leszczyński-pojednania-nie-bedzie-wladze-ma-ten-kto-ma-policje.html>, [dostęp: 02.12. 2024].

O problemach z biurokracją, w znacznie starszej rozmowie Grzegorza Sroczyńskiego², wypowiadał się też były szef MSWiA, **Ludwik Dorn**:

To nie afery, nie bieda dotycząca przecież wielu polskich rodzin, ale ta nieprawdopodobna niemoc wielu instytucji jest główną przyczyną frustracji społeczeństwa. (...) W efekcie mamy, że lekarstwo okazuje się gorsze od choroby.

Państwo polskie działa poszczególnymi swoimi fragmentami, każdy kawałek osobno. (...) I nie chodzi o to, że jakiś urzędnik się stawia wicepremierowi. Niech się stawia, to ma swój urok. Chodzi o to, że on w ogóle z nikim nie chce współpracować, z żadnym innym kawałkiem tego państwa, jeśli cokolwiek wykracza poza administracyjną rutynę. Jeden resort nie współpracuje z drugim. Jeden urząd z sąsiednim nie rozmawia, chociaż ich kompetencje się zazębiają i powinny sprawy uzgadniać. W ramach tej samej instytucji jeden pokój z drugim pokojem nie wymienia się informacjami, bo mają kosę.

Tak to wygląda od góry do dołu. Ministrowie meldują premierowi i przed nim dygoczą, dyrektorzy departamentów udają, że dygoczą przed swoimi ministrami, potem dygoczą kolejne zastępy urzędników, ale z tego niewiele wynika. Jak pan próbuje coś wprowadzić - zwłaszcza coś nowego - to główny efekt jest taki, że pomiędzy dyrektorami departamentów zaczyna krążyć obficie korespondencja, która ma ich zabezpieczyć na przyszłość. To oczywiście można przełamać, ale wymaga tytanicznego wysiłku. (...)

Dlaczego w naszym kraju tak trudno o sensowne zmiany, zwłaszcza tam, gdzie potrzebna jest współpraca różnych grup i instytucji? (...)

Wielostronny dialog sprawdzony w praktyce

W latach 2010-2013 – w ramach Programu Rzecznika Osób Uzależnionych Stowarzyszenia Jump'93 i Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej – prowadziliśmy działania na rzecz poprawy dostępu do leczenia substytucyjnego oraz uruchomienia pierwszych programów metadonowych w Gdańsku, Olsztynie, Opolu i Wrocławiu.

Na początku konieczne było zorganizowanie w każdym z tych miast spotkania wszystkich zainteresowanych stron, zgromadzenie ich przy jednym stole, skonfrontowanie racji i zbudowanie porozumienia, a potem nadzór realizacji podjętych przez różne instytucje deklaracji. W Warszawie taki proces również miał miejsce, ale dziesięć lat wcześniej.

Zainicjowane przez jedną z warszawskich organizacji pozarządowych spotkanie w formule „okrągłego stołu” zgromadziło przedstawicieli Miasta, NFZ, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz grona ekspertów. W efekcie, wspólnym wysiłkiem, doprowadziliśmy do zwielokrotnienia ilości miejsc w programach substytucyjnych, zniknięcia z rynku tzw. polskiej heroiny i likwidacji otwartej sceny narkotykowej w centrum Warszawy. **Kluczowy jednak był początek, kiedy zostały rozdzielone zadania i wypracowano porozumienie.**

Pomiędzy tym pierwszym spotkaniem, a jego finalnymi rezultatami upłynęły cztery lata. W tym czasie, IPIŃ przeprowadził sfinansowane przez Miasto badania potrzeb społecznych w zakresie leczenia substytucyjnego, KBPN doprowadziło do zmian w prawie narkotykowym, pojawili się świadczeniodawcy zdolni do prowadzenia programów, które na koniec NFZ zakontraktował. Cztery lata to dużo, ale nie za dużo dla tak złożonych, wielopoziomowych zmian.

Monitorujemy praskie problemy

Aby opisać sytuację Pragi Północ w kontekście rozwijającego się na jej terenie rynku narkotykowego, potrzebne są rzetelne i wieloaspektowe dane epidemiologiczne. Rynek ten należy do największych w kraju i jest bardzo dynamiczny, dlatego dane powinny być aktualizowane co najmniej raz w roku.

W szczególności potrzebne są informacje dotyczące używania najbardziej popularnych substancji: katynonów, opioidów i leków bez przepisu lekarza oraz związanych z nimi zatruć, zgłoszeń do leczenia, interwencji pogotowia, zgonów, zatrzymań policyjnych, konfiskat, itp.

Obecne władze dzielnicy, o ile można pokusić się o ocenę kilku miesięcy ich działania, dość odpowiedzialnie traktują te problemy, a mieszkańcy też najwyraźniej akceptują nową i lepszą kulturę dialogu. To wyraźna po-

² Ludwik Dorn: *Mój przyjaciel Kaczyński*, <https://wyborcza.pl/magazyn/7,124059,20934116,ludwik-dorn-moj-przyjaciel-kaczynski.html> [dostęp: 30.12.2024].

prawa w stosunku do działania władz poprzedniej kadencji, gdzie na spotkaniach mieszkańców z władzami i radnymi królował populizm i brak zrozumienia dla potrzeb uzależnionych i bezdomnych.

*W grudniu 2024 r. zostałem zaproszony przez praskich aktywistów z ul. Inżynierskiej, na posiedzenie dzielnicowej Komisji ds. Bezpieczeństwa i Prawa Lokalnego. Zaskoczyła mnie otwartość sporej grupy niedawno wybranych, młodych radnych – nikt nie robi grymasów, lekceważących gestów na słowa "uzależniony", "substytucja opioidowa", za to dopytują, uśmiechają się życzliwie i po partnersku. To rokuje bardzo dobrze. Na spotkaniu okazało się, że władze dzielnicy nadal nie monitorują rzetelnie i w sposób ciągły praskich problemów. Na początek należy więc odpowiedzieć na pytanie, **jak nadrobić tę zaległość?** Między innymi temu służyć ma niniejszy raport.*

Skąd i jak czerpać dane

Niedawno zwróciłem się do administracji Szpitala Praskiego o dane dotyczące zatruc substancjami psychoaktywnymi i ratowniczego użycia leku *nalokson*, ale nie otrzymałem odpowiedzi. W sekretariacie usłyszałem, że "pismu nie nadano biegu".

Niezrażony, napisałem kolejne pismo, tym razem powołując się na przepisy prawa, mówiące o dostępie do informacji publicznej. Otrzymałem odpowiedź: "nie dysponujemy takimi informacjami, gdyż nie gromadzimy tego typu danych" – choć kilka lat wcześniej podobne informacje były zbierane i udostępniane przez Szpital Praski. Na fali epidemii dopalaczowej, dane toksykologiczne dr. Piotra Burdy trafiały też stale do mediów.

Wygłąda na to, że po ustaniu silnego społecznego nacisku zaniedbano zbieranie informacji. Spróbowałem dowiedzieć się, czy podobnie jest w innych szpitalach i oddziałach toksykologicznych, które niegdyś raportowały zatrucia.

Informacji udzielił mi **dr Leszek Satora** z Krakowskiego Ośrodka Diagnozy i Psychoterapii:

W latach 2001-2012 w skład Kliniki Toksykologii (UJ CM) wchodziła samodzielna jednostka, **Ośrodek Informacji Toksykologicznej** (OIT). Zatrudniata 4 osoby, których zadaniem, oprócz przygotowania informacji toksykologicznej, była sprawozdawczość.

Wszystkie rozmowy konsultacje i informacje toksykologiczne – pytania do dyżurnego lekarza toksykologa na numer alarmowy 411-99-99, były rejestrowane (nagrywane na twardy dysk). Lekarz dyżurny (...) udzielał konsultacji zazwyczaj w nagłym wypadku, przy zatruciu czy udzielał konsultacji toksykologicznej, gdy trzeba było znaleźć substancję czynną zawartą w jakimś preparacie, czy też w przypadku użycia różnych rodzajów środków psychoaktywnych.

Miał też do wypełnienia kartę rejestracji informacji/konsultacji toksykologicznej. Ale, gdy był zajęty na pełnionym dyżurze (tak było w 90% przypadków), podczas rozmowy zadawał pytania i nie musiał wypełniać formularza. Następnego dnia pracownicy OIT odsłuchiwali rozmowy i wypełniali lub uzupełniali kartę. Gdy lekarz dyżurny zalecał wykonanie badań toksykologicznych – po przesłaniu materiałów takich jak krew, mocz, wymiociny, do specjalistycznego laboratorium toksykologicznego – pracownicy OIT kontaktowali się z laboratorium i wyniki badań toksykologicznych wpisywali w kartę rejestracji.

Ten system umożliwiał bezbłędne wykrywanie wszystkich przypadków zatruc substancjami psychoaktywnymi wraz z ich identyfikacją w specjalistycznym laboratorium toksykologicznym. Następnie w systemie miesięcznym przygotowywano raport z udzielonych konsultacji, informacji toksykologicznych, który trafiał do Krajowego Konsultanta ds. Toksykologii.

Z tego co się orientuję, mamy informację z SANEPIDU, że system praktycznie przestał istnieć. Na wzór OIT w Krakowie działały ośrodki w Gdańsku, Poznaniu, Warszawie, Łodzi, Sosnowcu. Ale w wyżej wymienionych z wyjątkiem Łodzi, nie było wyodrębnionego Ośrodka Informacji Toksykologicznej. Krakowski OIT uczestniczył, był głównym Organizatorem akcji: Uczelnie Wolne od Uzależnień, 2004-2006, podczas której badaliśmy zjawisko używania substancji psychoaktywnych wśród studentów za pomocą ankiety.

Po 2012 roku, liczba osób w krakowskim OIT została zredukowana do 2 osób i zasadniczo weszły one w skład Pracowni Informacji Toksykologicznej i Analiz Laboratoryjnych, a Ośrodek Informacji praktycznie przestał istnieć. W latach 2001-2012 dzięki nowoczesnemu systemowi rejestracji rozmów telefonicznych i rozpropagowaniu numeru alarmowego na wszystkie placówki Służby Zdrowia na terenie Polski Południowej praktycznie wszystkie przypadki zatruc były wychwytywane i rejestrowane.

Idea OIT, to pomysł który powstał w 1947 roku, kiedy ogromne zapasy substancji psychoaktywnych przeznaczonych dla walczących żołnierzy trafiły do osób prywatnych. Powołanie OIT, umożliwiło nie tylko szybką pomoc osobom zatrutym, ale również kontrolę i sprawozdawczość zatruc.

Wzór karty rejestracji toksykologicznej – OIT w Krakowie

KARTA REJESTRACJI INFORMACJI TOKSYKOLOGICZNEJ											
OŚRODEK INFORMACJI TOKSYKOLOGICZNEJ						Nr zgłoszenia (miesiąc/rok)					
Data:	Godzina:	Osoba udzielająca informacji:		dzień tygodnia:		nagrana ☐ nienagrana ☐					
				pon wt śr czw pt sob nd							
osoba pytająca:		lekarz ☐		ratownik ☐		pielęgn. ☐		osoba prywat. ☐		inny ☐	
Imię i nazwisko:						Inform. toks. ☐		konsultacja ☐		inne dane:	
Nr telefonu osoby kontaktującej: //						Skąd dzwoni:					
PACJENT:											
Imię i nazwisko pacjenta:											
dziecko ☐		dorosły ☐		płeć:		cięża ☐		kamienie ☐		zatrucie zbiorowe/liczba zwierze/jakie ☐	
lata	miesiące	tygodnie	K	M	N/A	czas od zatrucia:				waga pacjenta:	
			☐	☐	☐						
KSENOBIOTYK: /nazwa /dawka						OBJAWY ZATRUCIA:					

droga narażenia:	rodzaj zatrucia:	miejsce zarażenia:	pytanie dotyczy:
☐ doustna	☐ przypadkowe	☐ dom	☐ właściwości toksycznych preparatu
☐ inhalacyjna	☐ zawodowe	☐ tereny roln.	☐ rozpoznania zatrucia na podstawie objawów
☐ przezskórna	☐ środowiskowe	☐ zakład przem.	☐ objawów zatrucia
☐ doodbytnicza	☐ pożar	☐ inne m. pracy	☐ sposobu leczenia
☐ dożylna	☐ błąd terap.	☐ placówka OZ	☐ składu preparatu
☐ domięśniowa	☐ inne nierozm.	☐ apteka	☐ przyjęcia do Ośrodka Toksykologii
☐ oczy	☐ samobójcze	☐ pl. edukacyjna	☐ wykonania analizy toksykologicznej
☐ ukąszenie	☐ uzależnienie	☐ więzienie	☐ omówienie wyników badań toksykologicznych
☐ nieznanne	☐ nadużycie	☐ pl. wojskowa	☐ działania niepożądane
☐ mieszana	☐ inne rozmyślne	☐ miejsce publ.	☐ interakcje
☐	☐ kryminalne	☐ otw. przestrzeń	☐ informacja o produkcie
☐	☐ inne	☐ inne	☐ nie dotyczy zatrucia
☐	☐ nieznanne	☐ nieznanne	☐ inne
zastosowane leczenie:		zalecane leczenie:	
☐ obserwacja w SOR / innym oddziale		☐	
☐ przyjęcie na oddział szpitalny		☐	
☐ leczenie objawowe		☐	
☐ przyjęcie do Oddziału Toksykologii		☐	
☐ obserwacja kliniczna		☐	
☐ prowokowanie wymiotów		☐	
☐ płukanie żołądka		☐	
☐ leki osłaniające		☐	
☐ płukanie jelit		☐	
☐ węgiel aktywowany		☐	
☐ środki przeczyszczające		☐	
☐ dekontaminacja skóry		☐	
☐ przemywanie oczu		☐	
☐ płyny dożylnie		☐	
☐ alkalizacja		☐	
☐ diureza modyfikowana		☐	
☐ intubacja		☐	
☐ resuscytacja		☐	
☐ BIPAP / CPAP		☐	
☐ hemodializa		☐	
☐ hemoperfuzja		☐	
☐ CRRT		☐	
☐ MARS		☐	
☐ FPSA		☐	
☐ respiratoroterapia		☐	
☐ interwencja laryngologiczna/chirurgiczna		☐	
☐ odtrutki		☐	
☐ inne		☐	
☐ żadne		☐	
pytanie:			
odpowiedź:			
PRODUKT BIOBÓJCZY			
PESEL			
Nr telefonu			
Waga pacjenta			

Podsumowując wątek zbierania danych, zaznaczmy, że najprzydatniejsze dane dotyczące zatruc i zgonów narkotykowych, nie są w Warszawie zbierane i to należy zmienić.

Co najmniej raz w roku władze Dzielnicy i Miasta powinny zbierać istotne dla opisu sytuacji epidemiologicznej informacje od lokalnych instytucji. Wskazać tu można przede wszystkim Policję, Straż Miejską, Pogotowie Ratunkowe, Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR) i Toksykologiczne oraz NFZ.

O aktualne informacje można się zwrócić także do programu Biura Rzecznika. Zbieramy takie dane i co dwa lata publikujemy w naszych "Raportach", dostępnych m.in. na stronie internetowej Stowarzyszenia Jump'93. Od 2016 r. – odkąd opisujemy problemy Pragi Północ – władze Dzielnicy nie zwróciły się do nas ani razu o udostępnienie danych, czy zaprezentowanie aktualnego "Raportu".

Dalsza część raportu poświęcona jest ogólnokrajowym problemom narkotykowym, a po części europejskim, przede wszystkim tym związanym z rosnącą popularnością opioidów, wypierających heroinę. Niemniej jednak nadal będziemy tu wracać do spraw praskich. To konieczne, bo w tej właśnie dzielnicy ogniskują się wszystkie krajowe problemy narkotykowe.

Czy ominie nas kryzys opioidowy?

Opioidy to substancje działające na receptory opioidowe w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. w mózgu. Do grupy tej zalicza się opiaty, czyli organiczne substancje powstałe na bazie opium – jak morfina i heroina – oraz preparaty syntetyczne, wykorzystywane najczęściej w medycynie. Do tych ostatnich należą m.in. fentanyl, czy pojawiające się ostatnio nitazeny, , wielokrotnie silniejsze od opiatów.

Pod hasłem "kryzysu opioidowego" można obecnie umieścić dwa nakładające się zjawiska związane z rozpowszechnieniem syntetycznych opioidów. Z jednej strony są to pojawiające się na nielegalnym rynku substancje o ogromnej mocy, niekiedy setki razy silniejsze od heroiny, przez co zwiększają ryzyko przedawkowań.

Z drugiej – to leki przeciwbólowe, coraz częściej wypisywane przez lekarzy. To one, m.in. słynny *OxyContin*, przyczyniły się do epidemii uzależnień w Stanach Zjednoczonych, o czym mowa w dalszej części Raportu.

Wszystkie opioidy posiadają bardzo duży potencjał uzależniający. Niezależnie od rodzaju, ich regularne używanie najczęściej kończy się przymusem zaspokajania potrzeby organizmu, co oznacza potrzebę przyjęcia jakiegokolwiek opioidu – legalnego, czy nielegalnego – w postaci leku, czy "ulicznego" narkotyku.

Coraz większe znaczenie syntetycznych opioidów

To co może wywołać poważne zmiany na globalnej i krajowej scenie narkotykowej, to ogłoszenie w 2021 r. walki z uprawami maku przez rządzący w Afganistanie reżim talibów. Doprowadziło to do **likwidacji 95% afgańskich upraw**, co spowodowało zmniejszenie podaży heroiny na światowym rynku o 75%.

Heroina pozostaje popularna, jednak jej udział spada wraz z wyczerpywaniem się światowych zapasów, a zastępują ją syntetyczne opioidy – te wytwarzane przez narkobiznes, ale i produkowane legalnie przez przemysł farmaceutyczny.

Europejski raport narkotykowy 2024 r., w części poświęconej heroinie i opioidom³, zwraca uwagę na szereg konsekwencji związanych z ekspansją rynku syntetycznych opioidów:

W 2023 r. **nowe syntetyczne opioidy** zostały wykryte przez unijny system wczesnego ostrzegania (...) w co najmniej 16 unijnych państwach członkowskich, w Norwegii i Turcji. W tym samym roku w 5 krajach zgłoszono ogniska zatruc i przedawkowań z udziałem opioidów nitazenowych. Odnotowano również przypadki sprzedaży opioidów nitazenowych jako heroiny w Irlandii i Francji....

Większą dostępność syntetycznych opioidów i **wzrost powodowanych przez nie szkód**, w tym zgonów związanych z narkotykami, odnotowano w 2022 r. w niektórych krajach północnych i bałtyckich, a wstępne dane z 2023 r. z niektórych krajów potwierdzają tę tendencję. (...)

Chociaż w 2022 r. heroina nadal była najczęściej zgłaszanym opioidem w przypadkach ostrej toksyczności związanej z narkotykami w szpitalach objętych nadzorem Euro-DEN, w niektórych miastach inne opioidy (...) **wyprzedziły pod tym względem heroinę**.

Jak reagować na zmiany

W związku z przewidywanym spadkiem produkcji opiatów, jak i ich przemytu do Europy, eksperci zwracają uwagę na nowe zagrożenia. Jednym z nich jest coraz większe rozpowszechnienie na rynku opioidowym substancji syntetycznych, **często wielokrotnie silniejszych** od "tradycyjnych" opiatów, o czym mówi przytaczany wyżej *Raport EMCDDA*⁴:

Pojawiły się również spekulacje, że jeśli dostępność heroiny w Europie zmniejszy się (...) może to stworzyć warunki dla większej dostępności i używania syntetycznych opioidów. (...) Europa musi być lepiej przygotowana do redukcji szkód i radzenia sobie z innymi problemami, które może przynieść ta zmiana rynkowa.

Obawy w tym obszarze dotyczą **falszowania heroiny nowymi syntetycznymi opioidami**, sprzedaży nowych syntetycznych opioidów wprowadzających nabywcę w błąd oraz, w ekstremalnym scenariuszu, **zastąpienia heroiny nowymi syntetycznymi opioidami**. Taki rozwój sytuacji może zwiększyć ryzyko przedawkowania i zgonów związanych z używaniem środków odurzających wśród konsumentów opioidów.

³ "Europejski raport narkotykowy 2024", *Heroina i inne opioidy – bieżąca sytuacja w Europie*, https://www.euda.europa.eu/node/31876_pl, [dostęp: 30.12.2024].

⁴ Ibidem.

Drugim zjawiskiem, wynikłym z ograniczenia dostępu do heroiny, jest zastępowanie jej przez użytkowników stymulantami – wskazuje się tutaj głównie kokainę – zwłaszcza *crack* – oraz syntetyczne katynony.

Jak pokazują przykłady wstrząsów na rynku heroiny w przeszłości, możliwe jest jednak, że substancje podobne, takie jak kokaina i syntetyczne katynony, mogą być również potencjalnie stosowane jako substancje zastępcze dla heroiny.

W obu przypadkach, aby uprzedzić potencjalne szkody stosowania silnych syntetyków, czy przechodzenia namieszany model używania substancji, zaleca się zwiększenie dostępu do leczenia uzależnień:

Jedną z ważnych implikacji może być potrzeba zapewnienia odpowiedniej dostępności leczenia odwykowego dla osób szukających pomocy, ponieważ **zakłócenia na rynku nielegalnych opioidów mogą zwiększyć zapotrzebowanie na leczenie**. (...)

O ile **rosnąca politoksykomania** i zjawisko przestawiania się na inne substancje są prawdopodobnymi skutkami ograniczonej dostępności heroiny, to jednak kluczowym sposobem, aby zapobiec takiemu scenariuszowi, byłoby rozszerzenie szybkiego dostępu do leczenia z zastosowaniem agonisty receptorów opioidowych i powiązanego wsparcia, a także do programów dystrybucji igieł i strzykawek.

W podobnym, jednoznacznym tonie wypowiadał się dyrektor EUDA – byłego EMCDDA - **Alexis Goosdeel**. W rozmowie z Arturem Malczewskim opublikowanej w Serwisie Informacyjnym UZALEŻNIENIA, tak podsumowuje aktualną sytuację:

Obawy budzi możliwość przyszłego niedoboru heroiny, co mogłoby doprowadzić do wypełnienia luk na rynku przez silne opioidy syntetyczne lub syntetyczne stymulanty. Mogłoby to mieć potencjalnie znaczące negatywne skutki dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa.

W obliczu takiej sytuacji musimy wzmocnić naszą czujność na ewentualne zmiany na rynku, zapewniając odpowiednie działania w zakresie prewencji i leczenia, w tym dostęp do leków agonistycznych opioidów i usług redukcji szkód, a także zapewniając odpowiednie zapasy naloksonu, leku odwracającego działanie przedawkowania.

Wdrożenie wieloagencyjnych planów reagowania i szybkiej komunikacji może również pomóc we wzmocnieniu gotowości na **nagłe pojawienie się bardzo silnych substancji** na nielegalnym rynku narkotykowym w UE⁵.

Polski rynek leków opioidowych

W Polsce pojawiają się nowe syntetyczne opioidy, ale trudno dokładnie ocenić jak duży to problem. Monitor rynku leków w czasopiśmie OSOZ 8/2022⁶ wykazuje, że rynek opioidów farmaceutycznych znacząco wzrósł. W 2021 roku wartość zakupionych leków przekroczyła 400 mln zł, gdy dziewięć lat wcześniej wartość rynku nie przekraczała 200 mln zł. Szacowano ponadto, że w 2023 r. wartość zakupionych preparatów opioidowych przekroczy 450 mln zł.

Podobne dane przytaczają Artur Malczewski i Greg Los w artykule nt. sytuacji opioidowej w Polsce, *Synthetic opioids in Poland – a cause of concern or a media distraction?* Autorzy wyliczają, że w latach 2001–2022 wartość sprzedanych leków opioidowych wzrosła o 255%, do ponad 404 mln zł.

Zauważalny jest także liczbę recept wystawionych na te leki. W ciągu 4 lat, od 2019 do 2023 r., znacząco wzrosła liczba recept na *Oxycontin* – w tym **ponad siedmiokrotnie tych bez refundacji**. Ogólna ilość preskrypcji fentanylu spadła, jednak **prawie dwukrotnie wzrosła liczba recept na fentanyl bez refundacji**.

Rodzaj recepty	2019	2023
OxyContin (refundowany przez NFZ)	165,482	203,630
OxyContin (na koszt pacjenta)	7760	54,496
Fentanyl (refundowany przez NFZ)	138,983	123,094
Fentanyl (na koszt pacjenta)	5901	11,389

Tabela. 1 Liczba recept na leki opioidowe wystawianych w latach 2019 i 2023; źródło: *Synthetic opioids in Poland...*⁷

⁵ A. Malczewski, wywiad z Alexisem Goosdeelem, "Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA" nr 3/2024.

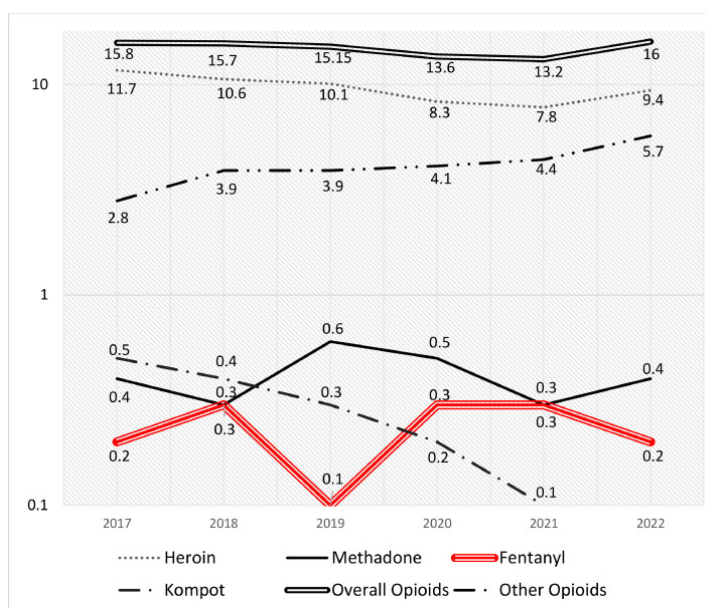
⁶ *Opioidowe leki przeciwbólowe*, "OSOZ Polska", nr 8/2022.

⁷ Los G., Malczewski A., *Synthetic opioids in Poland...*, op.cit.

Zatem w Polsce, tak jak w innych krajach Europy, *lekarze zdają się coraz chętniej wypisywać opioidy jako leki przeciwbólowe*⁸ – czemu towarzyszy rosnące zapotrzebowanie, na co wskazywałaby ilość recept bez refundacji, opłacanych przez pacjentów.

W kontekście powyższego, warto dodać, że w ostatnich latach, po stałym, wieloletnim spadku zaczęła znów rosnąć zgłaszalność do leczenia z powodu opioidów, co również zauważają A. Malczewski i G. Los.

Użytkownicy opioidów byli w 2022 r. trzecią co do wielkości grupą osób przystępujących do leczenia, co stanowiło 16% wszystkich pacjentów. Jest to **wzrost o 2,8% w porównaniu do 2021 r. – pierwszy po wielu latach spadków**. Przy tym stosunkowo niewielkim odsetku, ważny wydaje się wyraźny i stały wzrost kategorii „inne opioidy”, obejmującej m.in. leki opioidowe, głównie zawierające kodeinę, morfinę, tramadol, czy oksykodon – substancję czynną *OxyContinu* i co najmniej dwóch innych leków dostępnych w aptekach.



Wykres 1. Rodzaje opioidów w zgłoszeniach do leczenia; źródło: *Synthetic opioids in Poland...*⁹.
Podwójną linią na górze oznaczono ogólny udział pacjentów opioidowych w lecznictwie; linia z dwoma kropkami – trzecia od góry – to wskazanie „innych opioidów” jako przyczyny leczenia.

Autorzy artykułu *Synthetic opioids in Poland...* starają się studzić nastroje powstałe na fali epidemii opioidowej w USA, której odbicia w Polsce, w takiej skali, nie należy się spodziewać. Odnieśli się do publikacji prasowych o alarmistycznym tonie, wprowadzających panikę do dyskursu nt. opioidów, choć znacznie poważniejszym problemem wydają się aktualne zmiany w używaniu stymulantów, zwłaszcza katynonów.

Nie zmienia to faktu, że zarówno odwrócenie spadkowych trendów w używaniu i zgłaszalności do leczenia z powodu opioidów, jak wydarzenia światowe oraz tendencja do coraz częstszego leczenia bólu lekami opioidowymi, stwarzają realne ryzyko rozpowszechnienia problemów związanych z tymi silnie uzależniającymi, łatwymi do przedawkowania substancjami.

Wobec informacji o rosnącym rozpowszechnieniu opioidów, należałoby – za wskazaniem ekspertów EMCDDA, jak i autorów artykułu "Synthetic opioids in Poland" – przygotować się na wzrost zapotrzebowania na leczenie i podjąć kroki zapobiegające upowszechnieniu używania opioidów zarówno w legalnym, jak nielegalnym obiegu.

Zwiększenie kontroli recept

Za najistotniejszy czynnik stojący za wzrostem sprzedaży legalnie produkowanych leków jest leczenie bólu, przede wszystkim bólu związanego z chorobami nowotworowymi. Jednocześnie znajdujemy tu informację, że spośród osób używających opioidów tylko 25% otrzymuje je za pośrednictwem lekarza, połowa tej grupy otrzymuje leki od rodziny i znajomych, a co dziesiąty od dilerów narkotykowych.

⁸ Ibidem.

⁹ Los G., Malczewski A., *Synthetic opioids in Poland...*, op.cit.

Tu jednak należy zadać sobie dodatkowe pytanie, jak wiele opioidów trafia na rynek przez tzw. receptomaty. Ministerstwo Zdrowia zaczęło od niedawna skrupulatniej monitorować e-recepty. Kontrola nad receptomata-
tami, wskazywana jako kluczowy problem zdaje się ze powoli poprawiać.

7 listopada 2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia w sprawie środków opioidowych i innych. Rozporządzenie ma wzmocnić kontrolę niektórych substancji, w tym fentanylu, oksykodonu, morfi-
ny, oraz wydawanych na receptę produktów z konopi. Wypisanie przez lekarza recepty na te substancje musi być poprzedzone osobistym kontaktem z pacjentem i jego zbadaniem. W przypadku kontynuacji leczenia, ry-
gory te nie obowiązują lekarza POZ. Rozporządzenie zatem zabezpiecza osoby, które leków opioidowych po-
trzebują w związku z przewlekłymi chorobami, np. nowotworowymi.

*W mediach często wskazuje się amerykańską epidemię opioidową jako możliwy scena-
riusz dla Europy i Polski. Pomija się przy tym ważną różnicę systemową:
sytuacja w USA jest w dużej mierze wynikiem niefrasobliwości lekarzy przy wydawaniu
recept na leki przeciwbólowe. Kraje Europy mają znacznie dostępniejszą od amerykań-
skiej i często bezpłatną opiekę medyczną, która w stosunkowo niedługim czasie jest w
stanie usunąć przyczyny bólu, podczas gdy w USA ból najczęściej bywa leczony obja-
wowo.*

Zatrucia opioidami w Polsce

W tabelach poniżej prezentujemy dane NFZ, dotyczące zatruć opioidami. Pochodzą z artykułu pt. *Opioidy co-
raz bardziej ciężą systemowi*¹⁰ z czerwca 2024 r.

rok	liczba pacjentów	liczba świadczeń
2021 r.	1194	1679
2022 r.	1515	2077
2023 r.	1716	2395

Tabela 2. Zatrucia opioidami w Polsce: liczba interwencji i liczba pacjentów

Widoczny istotny wzrost zatruć opioidami wydaje się domeną substancji syntetycznych:

typ substancji / rok	2021	2022	2023
heroína	72	117	95
metadon	65	74	95
inne syntetyczne	705	949	1097

Tabela 3. Zatrucia opioidami w Polsce: liczba zatruć wg rodzaju substancji.

Wzrost zatruć w 2022 r. to także wynik napływu uchodźców z ogarniętej wojną Ukrainy. Znalazły się wśród
nich osoby uzależnione od opioidów, włączone do polskiego systemu leczenia, co widać w danych NFZ nt.
pacjentów substytucyjnych.

Liczba obcokrajowców w programach leczenia substytucyjnego (dane: NFZ)			
2020	2021	2022	2023
34	71	367	429
Liczba obywateli Ukrainy w programach leczenia substytucyjnego (dane: NFZ)			
2020	2021	2022	2023
bd	bd	196	140

Tabela 4. Obcokrajowcy w polskim systemie leczenia uzależnień.

¹⁰ *Opioidy coraz bardziej ciężą systemowi*, Rynek Zdrowia, 18 czerwca 2024 r., <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Opioidy-coraz-bardziej-cięża-systemowi-Ekspert-leczenie-bolu-jest-nieumiejetnie-koordynowane,259778,14.html>, [dostęp: 30.12.2024].

Znaczna część zagranicznych pacjentów substytucyjnych leczy się w programach na warszawskiej Pradze. Dane nt. zatruć w tej dzielnicy dobrze odzwierciedlają trend związany najpierw z efektem *lockdownu*, a następnie z wybuchem wojny w Ukrainie, czyli gwałtowny spadek i odbicie liczby przypadków.

rok	2019	2020	2021	2022	2023
Liczba wyjazdów	155	95	104	190	175

Tabela 5. Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego do zatruć substancjami psychoaktywnymi w dzielnicy Praga Północ. Dane nie uwzględniają podziału na rodzaj substancji (źródło: Meditrans).

Specyfiką Pragi Północ na tle kraju jest **spadek liczby zatruć po 2022 r.**, związany prawdopodobnie z włączeniem znacznej części lokalnych użytkowników opioidów do systemu leczenia substytucyjnego. Jest to przykład pozytywnych efektów dostępu do leczenia.

Przedawkowania i zatrucia domowe osób samotnych rzadziej skutkują wezwaniem pogotowia, natomiast częściej kończą się śmiercią.

Śmiertelność w wyniku przedawkowań

Według raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii¹¹, opioidy są w Europie najczęściej wykrywaną substancją w śmiertelnych przedawkowaniach, przy czym maleje tu rola heroiny na rzecz substancji syntetycznych, jak fentanyl. Zwraca się także uwagę na coraz wyższy wiek użytkowników opioidów, jak i znaczny wzrost – o niemal 70% – ilości zgonów w starszej populacji:

W 2022 r. liczba zgłoszonych zgonów spowodowanych narkotykami nieznacznie wzrosła w niektórych krajach UE, a w innych spadła. Wstępne ogólne szacunki dotyczące około 6 400 zgonów spowodowanych przez narkotyki w 2022 r. stanowią niewielki wzrost w porównaniu z 2021 r., ale liczby tej nie należy nadinterpretować, ponieważ **wiele krajów o dużej populacji nie dostarczyło jeszcze danych**, a do obliczenia tej tymczasowej sumy z konieczności wykorzystano wartości szacunkowe. (...)

Z dostępnych informacji wyraźnie wynika, że opioidy – przeważnie używane wraz z innymi substancjami – pozostają grupą substancji najczęściej przyczyniających się do zgonów związanych z narkotykami. Choć ogólnie trendy dotyczące zgonów, których przyczyną upatruje się w opioidach, pozostają stabilne, to **odsetek zgonów w starszej grupie wiekowej rośnie**.

Szacuje się, że heroina miała związek z ponad 1800 zgonów w Unii Europejskiej. Jest ona również narkotykiem najczęściej identyfikowanym jako przyczyna zgonów spowodowanych opioidami w niektórych krajach Europy Zachodniej. Dostępne dane wskazują jednak, że heroina występuje obecnie w przypadku większości zgonów z przedawkowania tylko w kilku krajach, a **ważniejszą rolę odgrywają teraz zarówno inne opioidy, jak i inne narkotyki**. Opioidy inne niż heroina, w tym metadon i, w mniejszym stopniu, buprenorfina, leki przeciwbólowe zawierające opioidy i inne syntetyczne opioidy są związane ze znacznym odsetkiem zgonów z przedawkowania w niektórych krajach.

Dane dotyczące śmiertelności związanej z narkotykami wskazują również na starzenie się kohorty użytkowników opioidów w Europie, co ilustruje **wzrost o dwie trzecie** liczby zgonów spowodowanych narkotykami wśród osób w wieku od 50 do 64 lat w latach 2012–2022. Mimo że w powszechnym odczuciu przedawkowanie narkotyków to problem dotyczący przede wszystkim ludzi młodych, przypadki zgonów związanych z używaniem narkotyków dotyczą zazwyczaj mężczyzn w wieku 40 lat i starszych.

Leki ratujące życie

Dostępność tzw. antagonistów receptorów opioidowych – czyli leków hamujących działanie opioidów na ośrodkowy układ nerwowy – może odgrywać ważną rolę w zapobieganiu śmiertelnym przedawkowaniom. Jednak zakres, w jakim to podejście jest dostępne, różni się w zależności od kraju.

Do 2022 r. wdrożenie programów dystrybucji *naloksonu* – leku ratującego życie – w celu zapobiegania zgonom spowodowanym przedawkowaniem, zgłosiło 16 krajów europejskich. W Polsce lek ten jest dostępny, lecz w ograniczonych formach i pod restrykcjami, o czym w wywiadzie dla Polskiej Agencji Prasowej z 08 lip -

¹¹ "Europejski raport narkotykowy 2024": *Zgony związane z narkotykami*, https://www.euda.europa.eu/node/31888_pl, [dostęp: 30.12.2024].

ca 2024 r.¹², wskazywał dr Piotr Jabłoński, były dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom:

PAP: Jaka jest pana opinia w sprawie naloksonu – odtrutki na zatrucia opioidami, w tym również fentanyl. W wielu krajach dostępny jest on powszechnie w ramach programu *Take Naloxon Home*, czyli „Weź nalokson do domu”. Czy Polska powinna iść tym śladem i zwiększyć dostępność do antidotum na fentanyl?

Piotr Jabłoński: Tak, ponieważ nalokson jest skuteczny i ratuje życie. To antagonistą receptorów opioidowych, który niweluje działanie zarówno pełnych agonistów, takich jak heroina czy morfin, jak i częściowych, np. buprenorfiny. Działa jako antidotum na depresję oddechową i krążeniową spowodowaną przez opioidy, a jednocześnie pozbawiony jest prawie całkowicie efektów ubocznych, nie wpływa negatywnie na inne funkcje organizmu ani nie wykazuje działania psychoaktywnego. Dostępny jest w postaci roztworów do iniekcji, tabletek oraz aerozolu do nosa. Właśnie ta ostatnia postać uznawana jest za tę, która mogłaby być szerzej stosowana niż zastrzyki – także przez osoby bez podstawowej wiedzy medycznej. Przyczyniłoby się to do lepszej ochrony zdrowia i życia osób sięgających po opioidy.

Powinniśmy zwiększyć dostępność do naloksonu jak najszybciej, by miały go w domu osoby uzależnione, ale też np. ich bliscy – by reagować w razie potrzeby. Aby to było możliwe, należałoby też doprowadzić do polskiej rejestracji tego leku, bo obecnie dostępny jest tylko w wersji zarejestrowanej w Unii Europejskiej. A to znaczy, że jest droższy niż byłby po zarejestrowaniu go na polskim rynku.

PAP: Co odpowiedzieć osobom, które twierdzą, że upowszechnienie naloksonu może zmniejszyć lęk przed opioidami, bo skoro jest antidotum, to można brać te substancje bez ryzyka?

P.J.: To błędny tok myślenia, podobny do stwierdzenia, że lepiej nie rozmawiać z młodymi ludźmi o narkotykach, bo to może ich zachęcić do brania. Z naloksonem chodzi o to, by pomóc człowiekowi w sytuacji zagrożenia jego zdrowia bądź życia. Skoro mamy środek, który może to zapewnić, to czemu z niego nie skorzystać? Może też nie ma co utrzymywać oddziałów odwykowych, bo to też przecież siatka asekuracyjna dla osób uzależnionych?

Jestem absolutnie przeciwny takiemu sposobowi myślenia. Należy wybierać to, co jest korzystne dla pojedynczych ludzi i dla zdrowia publicznego. Uważam, że znacznie więcej korzyści jest w sytuacji, gdy mamy dostęp do skutecznych narzędzi ratowania ludzkiego życia, niż kiedy obawiamy się, że to może przyczynić się do tego, że ktoś będzie bardziej skłonny sięgnąć po jakąś substancję.

Kiedy kilka lat temu przez Polskę przechodziła fala dopalaczy, to zdarzało się, że w ciągu doby karetka przywoziła do szpitala dwa-trzy razy te same osoby. Dostawali pomoc, wychodzi i znowu brali. A gdy wracali, znów im pomagano. I tak powinno być zawsze. **Nikomiu i w żadnych okolicznościach nie wolno odmówić pomocy medycznej.**

*Przedawkowanie silnych syntetycznych opioidów może wymagać podania nawet kilku dawek naloksonu w celu odwrócenia działania opioidów.
Tam, gdzie obecne są wielokulturowe i nowe populacje imigrantów, pożądane jest rozpowszechnianie obcojęzycznych komunikatów dotyczących redukcji szkód dla użytkowników z grupy wysokiego ryzyka.*

Substytucja opioidowa jako odpowiedź na potencjalny kryzys

Leczenie z zastosowaniem **agonisty receptorów opioidowych**, zwane w skrócie leczeniem substytucyjnym, to jedna z form leczenia farmakologicznego uzależnień. Według informacji na stronie KCPU:

polega na zastąpieniu substancji powodującej uzależnienie lekiem, który wywołuje podobny efekt farmakologiczny i przez to eliminuje objawy abstynencyjne oraz głód narkotykowy, ale nie posiada właściwości euforyzujących, a jego właściwości farmakodynamiczne utrzymują pacjenta w stabilnym stanie przez całą dobę.

Dodatkowo, substytut opioidowy otwiera często drogę do odstawienia innych substancji w przypadku poliktosykomanii oraz może wspierać u wybranych pacjentów walkę z innymi zaburzeniami psychicznymi, jak depresja, lęk czy psychoza¹³.

¹² Nalokson ratuje życie uzależnionych od opioidów. Zwiększmy dostępność jak najszybciej, <https://www.pap.pl/aktualnosci/nalokson-ratuje-zycie-uzalezniionych-od-opioidow-zwiekszmy-dostepnosc-jak-najszybciej>, [dostęp: 30.12.2024].

¹³ Leczenie farmakologiczne, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, <https://kcpu.gov.pl/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienia/leczenie-farmakologiczne> [dostęp: 30.12.2024].

Jak wykazaliśmy powyżej, jedną z reakcji na zmiany na rynku opioidowym może być wzrost zapotrzebowania na leczenie. Raport EMCDDA 2024¹⁴ zwraca uwagę, że :

Jedną z ważnych implikacji może być potrzeba zapewnienia odpowiedniej dostępności leczenia odwykowego dla osób szukających pomocy, ponieważ zakłócenia na rynku nielegalnych opioidów mogą zwiększyć zapotrzebowanie na leczenie. (...)

Pojawiły się również spekulacje, że jeśli dostępność heroiny w Europie zmniejszy się ... może to stworzyć warunki dla większej dostępności i używania syntetycznych opioidów. (...) Europa musi być lepiej przygotowana do redukcji szkód i radzenia sobie z innymi problemami, które może przynieść ta zmiana rynkowa.

W Polsce dostęp do substytucji nadal jest na poziomie poniżej potrzeb, w dodatku pozostaje silnie zróżnicowany terytorialnie, w niektórych regionach i poza dużymi miastami praktycznie niedostępny.

Warszawa i reszta kraju

W Warszawie leczy się tą metodą ponad 1650 osób¹⁵, czyli ponad połowa wszystkich pacjentów programów leczenia substytucyjnego w Polsce. Niewiele ponad 3 tys. pacjentów przyjmujących metadon i buprenorfinę w naszym kraju, to liczba niska, biorąc pod uwagę standardy europejskie, jak i wobec oszacowań zapotrzebowania na leczenie, wskazujących zasadność nawet dwukrotnego zwiększenia liczby miejsc w programach.

Kolejny problem wynika z nierównego rozmieszczenia miejsc leczenia, zarówno na mapie miasta jak i kraju. Gdy spojrzymy na ich warszawskie lokalizacje widzimy, że działa tu sześć programów, trzy po lewej i trzy po prawej stronie Wisły, co stwarza pozory równowagi.

W Warszawie lewobrzeżnej programy mają jednak charakter bardziej restrykcyjny, z wyżej ustawionym poziomem kontroli i wsparcia, przez co liczba leczonych w nich pacjentów to niewiele ponad 500 osób. Po drugiej stronie Wisły, w dzielnicy Praga Północ, leczonych jest ponad 1150 osób, z czego ok. 900 korzysta z dwóch programów niskoprogowych.

Nierozwiązane kłopoty Pragi

Sytuacja na Pradze się zmienia, jednak w niepożądanym kierunku – następuje *odgórna* redukcja liczby pacjentów. Do tej pory, pomimo niskich kontraktów, świadczeniodawcy otrzymywali dopłaty za nadwykonane usługi. Obecnie mazowiecki NFZ zmniejsza drastycznie finansowanie programom praskim oraz przestał dopłacać do niezakontraktowanych usług, co prawdopodobnie spowoduje, że kilkuset pacjentów bez możliwości leczenia wróci do ulicznych narkotyków.

Redukcje funduszy to zapewne wynik złej sytuacji finansowej NFZ, jednak jest i inny powód, wskazywany przez osoby zainteresowane. Oprócz tego, że programy substytucyjne na Pradze Północ sąsiadują z innymi niskoprogowymi placówkami dla osób wykluczonych społecznie, np. ze schroniskami, to w ich sąsiedztwie działa **największy w Polsce rynek nielegalnych substancji psychoaktywnych**. Nie trzeba wiedzy ekspertów, by zauważyć, że zarówno duże skupienie pacjentów, jak i otoczenie placówek wsparcia handlem narkotykowym działają kontrefektywnie dla celów programów.

Redukcja liczby miejsc w placówkach nie jest rozwiązaniem problemu – za to grozi jego wzmocnieniem.

Osoby pozbawione dostępu do leczenia staną się ponownie klientami ulicznego rynku nielegalnych substancji. W konsekwencji doprowadzi to do **wzrostu kosztów NFZ**, przez m.in. wzrost liczby zatruć, oznaczający konieczność wyjazdów ratownictwa medycznego i hospitalizacji toksykologicznych.

Zaniedbania w tej mierze stwarzają też ryzyko wzrostu przestępczości związanej z handlem narkotykami, co obniża poziom bezpieczeństwa – istotny kapitał stolicy, przyciągający turystów i generujący dochody, ale przede wszystkim ważny dla jakości życia mieszkańców.

Dla Płatnika – w tym wypadku NFZ – powinno być oczywiste, że problem nierównomiernego dostępu do leczenia w Warszawie i w kraju nie zostanie rozwiązany przez równanie do dotu, obniżanie kontraktów i nakła-

¹⁴ "Europejski raport narkotykowy 2024", op.cit.

¹⁵ Dane na podstawie materiałów z czerwca 2024 r. uzyskanych od KCPU.

dów na leczenie czy obniżanie parametrów opieki. Poprawa sytuacji nastąpi dzięki likwidacji białych plam na mapie dostępu do leczenia, czyli przez **kontraktowanie świadczeń w nowych lokalizacjach i dbanie o równowagę terytorialną w dostępie do opieki zdrowotnej w skali kraju jak i lokalnej**.

Postulat równowagi terytorialnej w dostępie do leczenia substytucyjnego jest dla Warszawy bardzo istotny. Stołeczne placówki od wielu lat doświadczają skutków nierównowagi w dostępie do leczenia na poziomie kraju, stymulującej **migrację leczniczą** – m.in. z terenów Podkarpacia i Podlasia – a w jej wyniku także **bezdromność**. Dla Warszawy zatem równowaga w dostępie do świadczeń oznacza wzrost liczby pacjentów terapii substytucyjnej po lewej stronie Wisły – co odciążałoby programy na Pradze – ale też przyrost miejsc w innych miejscach w Polsce.

Liczba osób korzystających z programów leczenia substytucyjnego w Polsce (opracowanie własne na podstawie materiałów KCPU)			
rok	Polska	Warszawa	Warszawa Praga PN
2020	2622	1235	737
2021	2732	1280	786
2022	2879	1369	857
2023	2845	1506	1007
2024 (czerwiec)	3114	1659	1151

Tabela 6. Pacjenci programów substytucyjnych na poziomie kraju, w Warszawie oraz w dzielnicy Praga Północ.

Efekty współpracy widoczne na ulicach

Dzięki opisanej wcześniej współpracy władz miasta, administracji państwowej, jednostek naukowych i organizacji pozarządowych, już w 2002 r. poczyniono w Warszawie kroki, w efekcie których wielokrotnie wzrosła liczba miejsc leczenia substytucyjnego.

Towarzyszył temu szereg innych pozytywnych rezultatów: znacząco spadł popyt na uliczne opiaty, a "kompot" praktycznie zniknął z rynku narkotyków; ponadto zmniejszono znacząco bezdromność narkotykową; okolice dworca Centrum i otoczenie Pałacu Kultury, gdzie działała otwarta scena narkotykowa, stały się miejscami bezpiecznymi, otwartymi dla sklepów i usług. Postać stereotypowego dla lat 90. "bezdromnego narkomana" niemal zniknęła z ulic Warszawy, bo potrzebujący otrzymali leczenie, byli w stanie o siebie za- dbać, wrócić do rodzinnego domu, podjąć pracę.

Wiele polskich miast jednak z doświadczeń stolicy nie skorzystało przez kilka a nawet kilkanaście lat. Gdańsk, Olsztyn, Opole nie udostępniały leczenia substytucyjnego. We Wrocławiu uruchomiono program wielokrotnie poniżej potrzeb. Połączone działania organizacji pozarządowych wspierane przez KBPN i Warszawę zmieniły sytuację w tych miastach.

Wsparcie readaptacyjne – systemowa luka

Warszawa, tak jak w latach dziewięćdziesiątych stała się miastem oferującym szeroko pomoc osobom w kryzysie bezdromności, tak obecnie jest miejscem dostępnego leczenia substytucyjnego. Ponosi w związku z tym koszty tej dostępności, ponieważ ściąga do siebie osoby z miejscowości tego leczenia pozbawionych. Osoby takie przyjeżdżają do Warszawy i często zostają, zamieszkując pustostany, walcząc o miejsca w hostelach, schroniskach, mieszkaniach readaptacyjnych – walcząc beznadziejnie. Powiedzieć, że dedykowana pacjentom substytucyjnym baza opiekuńcza i readaptacyjna jest niewystarczająca, to powiedzieć za mało. Ona nie tylko w Warszawie, ale też w całym kraju prawie nie istnieje, o czym więcej w dalszej części Raportu.

Rozwiązania systemowe dla dostępu do leczenia

Obecnie najistotniejsze w przygotowaniu się na ewentualny kryzys opioidowy jest udostępnienie leczenia substytucyjnego w każdym miejscu kraju, gdzie zamieszkują osoby uzależnione od opioidów. Według przyję-

tego w Europie standardu, **dostęp do leczenia substytucyjnego powinien zabezpieczać średnio 50% potrzeb – w Polsce sięga ok. 20%.**

Obecny w naszym kraju, oparty na formule "programu" model tego leczenia utrudnia, jeśli nie uniemożliwia, osiągnięcie pożądanej dostępności – jest kosztowny dla systemu oraz promuje duże placówki, gdyż przy małej liczbie pacjentów przynosiłby świadczeniodawcom straty finansowe.

Od wielu już lat szuka się sposobu zastąpienia bądź uzupełnienia tej formuły przez modele bardziej przyjazne odbiorcom, dające się implementować wszędzie tam, gdzie osoby uzależnione potrzebują pomocy.

Od 2010 r. *Stowarzyszenie Jump'93* i *Polska Sieć Polityki Narkotykowej* zajmują się tym problemem, pomagając skutecznie tworzyć nowe programy substytucyjne. Z naszą pomocą substytucja została udostępniona w latach 2010-2012 w Gdańsku, Opolu, Olsztynie. We Wrocławiu pomogliśmy przekonać NFZ do istotnego zwiększenia kontraktowania. Ale nie tu leży istota problemu dostępności.

Substytucja opioidowa działa w Polsce od ponad 30 lat, ale jej rozwój był bardzo wolny, mimo że w miejscach, gdzie funkcjonował duży rynek heroiny, czy tzw. "kom-potu", wprowadzanie leczenia przynosiło widoczne sukcesy.

Substytucja bliżej domu

Znacznie istotniejszy projekt powstał w 2014 r. w Krajowym Biurze Przeciwdziałania Narkomanii pod roboczą nazwą *Substytucja bliżej domu*. Dotyczył zmiany prawa tak, aby leczenie substytucyjne było tańsze i bardziej dostępne.

Niestety, projekt już od dekady jest w Ministerstwie Zdrowia i wydaje się obecnie niemożliwy do zrealizowania. Przez kolejne lata najpierw był ignorowany, potem osłabiany, a na koniec został zablokowany. Podejmowaliśmy wielokrotnie próby wznowienia prac jako *Branżowa Komisja Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS* interweniując w MZ – bezskutecznie.

Tymczasem władze Warszawy oraz inne, np. postowie związani ze stolicą, mają i przesłanki, i możliwości by proces zmian reanimować – i powinni to zrobić. **Jest to istotny krok, pozwalający zredukować bezdomność narkotykową i migrację leczniczą w całym kraju.**

Warto tu dodać, że w wielu miejscach świata trwają prace nad optymalnym modelem leczenia agonistami opioidów. Prof. Edward Gorzelańczyk tak objaśnia zalecenia *Grupy Pompidou* – unijnego *think-tanku*:

Ekspersi Grupy Pompidou podjęli próbę opracowania całościowych i spójnych zaleceń oraz wypracowania powiązań między poszczególnymi działaniami istotnymi w leczeniu osób uzależnionych od opioidów. Zgodnie z tymi zaleceniami **należy uzyskać poprawę równowagi między kontrolowaniem ryzyka związanego ze specyfiką substancji opioidowych a dostępem do opieki osób uzależnionych od opioidów.** Nowe podejście powinno umożliwić wprowadzenie osób uzależnionych od opioidów do podstawowego systemu opieki zdrowotnej i usunięcie ich z marginesu społecznego.

Ekspersi Grupy Pompidou sformułowali cztery kluczowe zalecenia:

- usunięcie systemów uprzedniej zgody,
- zniesienie barier finansowych w dostępie do opieki,
- ustanowienie doraźnego organu monitorującego i koordynującego
- zwrócenie szczególnej uwagi na terminologię dotyczącą uzależnień od opioidów.

Zalecono **całkowitą likwidację modelu leczenia** osób uzależnionych od opioidów **poprzez systemy wymagające uprzedniej zgody** – takie, jakimi są w Polsce programy leczenia substytucyjnego. Zgodnie z przedstawianymi zasadami, leczenie polegające na przepisywaniu agonistów opioidów (takich jak metadon czy buprenorfina) powinno podlegać **zwykłym przepisom dotyczącym przepisywania i wydawania kontrolowanych leków** i nie wymagać specjalnego zezwolenia, czy dotyczy to osoby poddawanej leczeniu, czy też zaangażowanych specjalistów lub infrastruktury.

Kwalifikacja i podział zadań i obowiązków pomiędzy różne podmioty systemu powinny być takie same, jak dla wszystkich innych form dozwolonego leczenia obejmującego leki kontrolowane. Zgodnie z przytaczanymi w zaleceniach argumentami wyeliminowanie programów uprzedniej zgody powinno skutkować poprawą dostępności, przystępności i akceptowalności leczenia.

Wprowadzenie leczenia substytucyjnego **bez specjalnych ograniczeń prawnych**, jakie występują w programach substytucyjnych, umożliwia osobom leczonym łatwiejszy i szybszy dostęp do leczenia agonistami opioidów – prowadzenie leczenia zwłaszcza przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy ogólnych, których liczba jest wystarczająca, a samo rozwiązanie korzystne dla osób leczonych.

Eksperci grupy Pompidou twierdzą, że system leczenia agonistami opioidów osób uzależnionych wymagający uzyskanie wcześniejszej zgody, jest **odstraszający dla lekarzy**, którzy albo nie są upoważnieni do przepisywania lub wydawania leków (koncepcja dostępności), albo zniechęcają się do tego z powodu ograniczeń administracyjnych, do których muszą się stosować, aby uzyskać i zachować autoryzację.

Z perspektywy osoby uzależnionej od opioidów taki system (jaki mamy w Polsce) ma również efekt odstraszający, gdyż leczenie podlega ograniczeniom, zwłaszcza harmonogramem lub innymi ustaleniami organizacyjnymi, które albo są dla pacjenta **niemożliwe do spełnienia** (ograniczenie dostępności), albo są zbyt skomplikowane, by leczenie rozpocząć (koncepcja dopuszczalności). Niechęć osób uzależnionych do leczenia w programie substytucyjnym pogłębianą jest przez konieczność rejestracji w systemie danych osobowych pacjenta i **wywołuje obawę** wykorzystania informacji na szkodę osoby leczonej.

Ponadto, występowanie systemu leczenia wymagającego zgody urzędników powoduje, że nadzór nad specjalistami (którzy leczą osoby uzależnione od opioidów) staje się obowiązkiem organów, które wydały zezwolenia, a nie zwykłych organów odpowiedzialnych za nadzór nad lekami lub specjalistami – takich jak organy nadzoru zawodowego. Ustalenia dotyczące leczenia są określone przez organy administracyjne odpowiedzialne za wydanie niezbędnego zezwolenia. **Władze te zazwyczaj nakładają dodatkowe wymagania dotyczące przypisywania lub wydawania leków, których nie wymieniono w Charakterystyce Produktu Leczniczego.**

Zalecenia sformułowane przez zespół ekspertów Grupy Pompidou skłaniają do zrewidowania dotychczas funkcjonującego systemu leczenia uzależnień w Polsce.

Starzenie się użytkowników opioidów a wyzwania opieki społecznej

Gdy ponad czterdzieści lat temu powstawały w Polsce pierwsze ośrodki Monaru i pojawiły się osoby kończące terapię, środowisko terapeutyczne stanęło przed problemem dalszej dla nich pomocy: szukano rozwiązań w zakresie opieki nad osobami bez wsparcia rodzin, starszymi i niepełnosprawnymi.

Wtedy jednak do leczenia zgłaszały się głównie osoby młode. Placówki stacjonarne, pracujące przeważnie metodą społeczności terapeutycznej, początkowo organizowały opiekę tak, by końcowy etap programu rehabilitacji skupiał się na usamodzielnieniu pacjenta. Czas pobytu w społeczności terapeutycznej był skracany lub wydłużany ze względu na ocenę jego stopnia przygotowania do samodzielności, posiadanie pracy, czy dachu nad głową.

Readaptacja – problem pracy i mieszkania

W kolejnych latach uruchomiono pierwsze **mieszkania readaptacyjne i hostele**. Obecnie, według danych KCPU, na terenie kraju udostępnionych jest ponad 400 miejsc w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych. Taka liczba teoretycznie powinna wystarczyć w świetle tego, że polskie ośrodki rehabilitacji udostępniają ok. 2000 miejsc, a **tylko 20% ich pacjentów potrzebuje dalszego wsparcia w stacjonarnych programach reintegracji społecznej**.

Fundamentalnym problemem readaptacji/reintegracji społecznej osób po ukończonej terapii jest to, że **większość hosteli jest usytuowana z dala od miast i rynku pracy**. Hostele takie mogą być przydatne dla osób starszych i niepełnosprawnych oczekujących na mieszkania socjalne czy miejsca w domach pomocy społecznej, są jednak mało efektywne w przypadku osób młodych.

Więcej informacji o stanie i zasobach polskiego systemu reintegracji społecznej można znaleźć w naszych starszych publikacjach, zwłaszcza w Raporcie z 2022 r.

Jest bardzo wiele powodów, by **działania z zakresu readaptacji społecznej skupiać w dużych miastach** z dużym rynkiem pracy i mieszkań. Rozwinięte ośrodki miejskie posiadają istotne dla celów reintegracji atuty: posiadają wiele **darmowych zasobów**, w tym biblioteki, obiekty kultury, parki, boiska sportowe, ścieżki rowerowe, grupy abstynenckie, centra integracji społecznej, organizacje wolontariatu, rozbudowaną opiekę zdrowotną i socjalną.

Z kolei liczne **dzienne placówki leczenia uzależnień** oferują programy wsparcia dla osób utrzymujących abstynencję po terapii, warsztaty zapobiegania nawrotom, czy doradztwo zawodowe. Co do mieszkań readaptacyjnych (treningowych), jest to dobro nadal rzadko osiągalne i tylko w niektórych miastach.

Funkcjonujące gdzieś dobre praktyki, jak np. miejskie hostele Monaru w Krakowie i Łodzi, **wpłynęły na skrócenie programów rehabilitacji** we wszystkich ośrodkach stacjonarnych wokoło tych miast i wydaje się, że znacząco podniosły efektywność leczenia. Nie ma badań na poparcie tej tezy, a tylko obserwacje i logiczne przesłanki.

Readaptacja a skuteczność leczenia

W przypadku osób leczonych substytucyjnie deficyt programów readaptacji społecznej ujemnie wpływa na jakość i efektywność leczenia. Przy organizowaniu wsparcia leczenia substytucyjnego od podstaw, należy wziąć pod uwagę, że mamy do czynienia ze znacznie starszą grupą od tej opuszczającej ośrodki rehabilitacji. Pomoc dla starszych pacjentów powinna opierać się na serwisach zintegrowanych bądź na współpracy wielu instytucji i specjalistów.

Tak wynika m.in. z zaleceń EMCDDA w zawartych w Europejskim Raporcie Narkotykowym z 2023 r. Zauważono w nim starzenie się populacji użytkowników i pacjentów opioidowych oraz wynikające z tego nowe potrzeby¹⁶:

Według obecnych szacunków w Unii Europejskiej w 2021 r. leczenie agonistami opioidów otrzymała około połowa, czyli orientacyjnie 511 000 (524 000 w tym Norwegia i Turcja) osób używających opioidów. (...) Dostępne dowody przemawiają za leczeniem agonistami, (...) zaobserwowano pozytywne skutki zdrowotne i społeczne (...),[w tym] zmniejszenie ryzyka śmiertelności.

Ponad 60% pacjentów leczonych agonistami opioidowymi ma obecnie co najmniej 40 lat, a mniej niż 10% ma mniej niż 30 lat. Oznacza to, że usługi muszą zaspokajać bardziej złożony zakres potrzeb zdrowotnych w populacji, która staje się coraz bardziej wrażliwa.

Potrzebne są skuteczne ścieżki kierowania do większej liczby usług oferujących leczenie chorób związanych z procesem starzenia się. Leczenie tej często wysoce zmarginalizowanej grupy musi również odpowiadać na złożone problemy związane nie tylko z używaniem narkotyków, ale także z kwestiami zdrowia psychicznego, izolacji społecznej, zatrudnienia i warunków mieszkaniowych. Konieczne jest zatem położenie większego nacisku na ustanowienie skutecznego partnerstwa wielu agencji z ogólnymi usługami opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego.

"Narkotykowa bezdomność"

W Warszawie i w całym kraju działa wiele schronisk dla osób w kryzysie bezdomności, ale brakuje takich które są dedykowane klientom używającym narkotyków. W naszej pracy spotykamy tylko pojedyncze osoby korzystające z takich schronisk. Programy substytucyjne czasami oferują pomoc pracownikom socjalnych, jednak gdy pacjent mieszka na ulicy, nie ma dużych szans na schronisko czy mieszkanie w programie *housing first*.

O tej słabej stronie wsparcia dla osób zmarginalizowanych pisała Bogusława Bukowska¹⁷, obecnie wicedyrektorka KCPU:

Słabość działań sprzyjających reintegracji społecznej ma związek z ogólną słabością systemu opieki społecznej w Polsce. Od wielu lat Krajowe Biuro postuluje większe zaangażowanie tego sektora w pomoc i wsparcie dla osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin – jak do tej pory z miernym rezultatem.

Wydaje się, że jest to obszar, w którego rozwój powinien w większym zakresie włączyć się także samorząd lokalny. Mieszkania readaptacyjne, hostele, noclegownie mogą być dofinansowywane przez samorząd w ramach projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty. Warto pamiętać, że **brak troski o zwiększenie dostępu do interwencji sprzyjających reintegracji społecznej, to często zaprzepaszczenie wysokich nakładów na leczenie i spychanie osób uzależnionych na margines życia społecznego.**

Autorka pisała powyższe słowa przed blisko dekadą, ale jak dotąd niewiele się w tej materii zmieniło. Jest bardzo trudno zrozumieć, że w Warszawie, gdzie leczy się ponad połowa wszystkich osób otrzymujących le-

¹⁶ *European Drug Report 2023: Trends and Developments*, https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en, [dostęp: 30.12.2024].

¹⁷ Bogusława Bukowska, *Společna reintegracja uzależnionych od narkotyków – najślabsze ogniwo*, „Świat Problemów”, nr 1/2015.

czenie substytucyjne, brakuje dedykowanych miejsc całodobowej opieki i programów reintegracji społecznej, które zabezpieczałyby potrzeby choćby kilku procent tej grupy.

Pomijając sam cel jakim jest skuteczne leczenie – kosztowne, a zarazem osłabiane w przypadku osób nocujących w pustostanach czy na klatkach schodowych – są jeszcze problemy bezpieczeństwa i handlu narkotykami, widoczne w Warszawie, nie tylko, ale przede wszystkim po prawej, "praskiej" stronie Wisły.

Co zrobić?

Aby skutecznie się odnieść do problemu opieki nad osobami w kryzysie bezdomności używającymi narkotyków, wystarczyłoby utworzyć w Warszawie dedykowaną im noclegownię na **kilkadziesiąt miejsc**, kilka niewielkich hosteli do 12 miejsc, a w dalszej kolejności udostępnić kilka mieszkań treningowych.

Należy też podjąć kroki w celu utworzenia dedykowanego Domu Pomocy Społecznej. Dodajmy tu, że żaden DPS w kraju nie przyjmuje osób leczonych substytucyjnie, jak i żaden zakład opiekuńczo-leczniczy. Zatem, jeżeli nie Miasto, to...?

Podsumowanie – bezpieczeństwo jako kapitał

W doniesieniach medialnych, w internecie wszyscy dowiedzą się, że Warszawa pojawia się w czołówce rankingów miast przyjaznych turystom. Oczywiście, nasza stolica posiada dobrą i coraz lepszą infrastrukturę turystyczną, ale to co ją wyróżnia na tle innych dużych miast i powoduje, że jest celem czy przystankiem w podróży po Polsce, to wysoki poziom bezpieczeństwa.

29 listopada 2024 r. urząd miasta informował na swojej stronie¹⁸:

Gospodarka turystyczna osiągnęła rekordowy wkład w PKB Warszawy. Warszawa odnotowuje dynamiczny wzrost w tym sektorze, co potwierdza najnowszy raport opublikowany przez Stołeczne Biuro Turystyki. Jak wynika z szacunków, aż **34 mld zł PKB miasta** pochodziły z działalności związanych z transportem, zakwaterowaniem, gastronomią czy rozrywką.

Stołeczne Biuro Turystyki opublikowało coroczną edycję raportu „Turystyka w Warszawie”. W najnowszym wydaniu zostały podsumowane wyniki badań, które służą ocenie gospodarczego znaczenia turystyki dla Warszawy. Jak wynika z oszacowań przeprowadzanych przez ekspertów, **w 2023 r. sektory typowo turystyczne**, takie jak baza noclegowa, gastronomiczna, organizatorzy turystyki, ale **także sektory powiązane z turystyką**, takie jak działalność w zakresie kultury, rekreacji, handlu czy transport, **wygenerowały w sumie 34 mld zł**, co stanowi 7,3% PKB Warszawy.

W ostatnim roku przed pandemią Covid-19, która na prawie trzy lata ograniczyła ruch turystyczny, wkład w PKB wynosił **20,1 mld zł, co stanowiło wówczas 6,4% PKB** miasta. Wzrost udziału gospodarki turystycznej w stosunku do 2019 r. to efekt rozwoju kilku branż, głównie gastronomii i transportu lądowego, które obsługują nie tylko turystykę przyjazdową, ale przede wszystkim mieszkańców.

„Wzrost znaczenia turystyki dla gospodarki Warszawy to bardzo dobra informacja. Przede wszystkim potwierdza, że **atrakcyjność turystyczna miasta**, która została potwierdzona tytułem European Best Destination przyznany Warszawie w 2023 roku, **przekłada się na konkretne zyski** – mówi Paweł Moras, dyrektor Stołecznego Biura Turystyki. – Według szacunków, turyści i odwiedzający jednodniowi, którzy przyjechali do Warszawy w 2023 r. wydali w sumie ponad 12 mld zł. Najwięcej – obok Polaków – turyści z Wielkiej Brytanii i Niemiec.(...)”

Dla tych liczb istotnym objaśnieniem jest wpis z 4. września 2024 r.:

Zawsze gdy rozmawiam z ludźmi, którzy do Warszawy przyjeżdżają, to pierwsza rzecz, o której mówią to to, że **Warszawa jest bardzo bezpiecznym miastem w porównaniu z innymi miastami tej wielkości. Wszyscy cudzoziemcy to potwierdzają**, ale co najważniejsze – potwierdzają do również warszawianki i warszawiacy – powiedział podczas uroczystości prezydent m.st. Warszawy Rafał Trzaskowski.

W okresie 2019-2023 Urząd m.st. Warszawy przeznaczył na rzecz Komendy Stołecznej Policji prawie 24,5 mln zł. W bieżącym roku jest to już ponad 8 mln zł.

¹⁸ Jakie korzyści przynosi Warszawie turystyka, <https://um.warszawa.pl/-/jakie-korzysci-przynosi-warszawie-turystyka>, [dostęp: 30.12.2024].

Widać zatem, że Ratusz wspiera Policję, wspiera Komendę Stołeczną, ale skoro bezpieczeństwo przynosi tak ogromne dochody, to czy nie warto o nie lepiej zadbać w najbardziej gorących punktach na mapie bezpieczeństwa – wydatkowane fundusze traktując jako inwestycję w bardzo dochodową dla Miasta branżę?

Skoro bezpieczeństwo, to promowany kapitał Warszawy – czy warto pomijać jakiekolwiek punkty?

Oto jak na tle Miasta wygląda wykrywalność przestępstw narkotykowych w dzielnicy Praga Północ:

Warszawa - Liczba interwencji Policji dot. przestępstw narkotykowych			
M. St. Warszawa		Dz. Warszawa Praga PN	
		liczba interwencji	udział procentowy
2018	3394	590	17%
2019	4100	622	15%
2020	4113	541	13%
2021	4333	563	13%
2022	5695	856	15%
2023	6568	1299	19%

Tabela 7. Interwencje policji w przestępstwach narkotykowych na Pradze Północ w stosunku do Miasta.

Policja tłumaczy wzrost „narkotykowych” zatrzymań nie wzrostem liczby przestępstw, tylko własnej aktywności, która owszem, miała miejsce. Jednak wzmożenie aktywności odnotowujemy też w działalności przestępczej na Pradze, co świadczy o potrzebie nieustannego wzmacniania bezpieczeństwa tej dzielnicy.

Rekomendacje

Na koniec podsumujemy rekomendacje pojawiające się w tym opracowaniu:

Rekomendacje dla Miasta St. Warszawy:

- opracowanie we współpracy z Branżową Komisją Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS strategii zabezpieczenia potrzeb socjalnych osób leczonych substytucyjnie w kryzysie bezdomności, opartej na rzetelnym badaniu potrzeb tej grupy.
- istotne zwiększenie nakładów na bezpieczeństwo w dzielnicach i miejscach, gdzie działa ulicznych handel narkotykami.
- przeprowadzenie spotkania przedstawicieli krajowych i lokalnych instytucji przeciwdziałania narkomanii w celu nakreślenia planu działań dotyczącego rozwiązania problemu nadmiernej koncentracji leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opioidów w dzielnicy Praga Północ.

Rekomendacje dla Dzielnicy Praga Północ, M.St. Warszawy, NGO i aktywistów

Powołanie grupy inicjatywnej i komitetu obywatelskiego ds. zabezpieczenia potrzeb mieszkańców Dzielnicy Praga Północ w związku z problemem działającej na jej terenie otwartej sceny narkotykowej. Zadaniem tej grupy byłaby współpraca z Miastem i Dzielnicą oraz lobbing wśród parlamentarzystów na rzecz:

- zmiany modelu terapii substytucyjnej w kierunku szerszego udostępnienia na terenie całego kraju i w mniejszych miastach,
- zwiększenia udziału pomocy społecznej we wsparciu osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu,
- poprawy jakości monitorowania zatruc substancjami psychoaktywnymi,
- szerszego stosowania naloksonu, leku ratującego życie w przypadku przedawkowania opioidów.

Komentarze do Raportu

Prof. Edward Gorzelańczyk

Profesor Edward Jacek Gorzelańczyk jest naukowcem, klinicystą i nauczycielem akademickim - specjalistą w neuropsychiatrii, neurofizjologii, neuropsychologii i addyktologii. Od lat zajmuje się naukowo i klinicznie uzależnieniami. Jest członkiem Rady Naukowej EURO-PAD (European Opiate Addiction Treatment Association) i Rady Naukowej Grupy Pompidou działającej w ramach Rady Europy opracowującej strategię zapobiegania uzależnieniom, leczenia oraz redukcji szkód związanych z narkotykami. Jest założycielem i prezesem Stowarzyszenia Substytucyjnego Leczenia Uzależnień „MAR”. Jest autorem i współautorem wielu publikacji naukowych dotyczących uzależnień o zasięgu światowym. Współtworzył wytyczne leczenia substytucyjnego uzależnień.

Epidemia opioidów w Stanach Zjednoczonych to poważny kryzys zdrowotny, który rozpoczął się w latach dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku i trwa do dziś i jest skutkiem między innymi błędów w polityce zdrowotnej. Problem ten wynika z masowego nadużywania opioidów którego źródłem jest nadmierne przepisywanie opioidów na receptę a także nielegalnie przyjmowanych, takich jak fentanyl i heroina i w coraz większym stopniu opioidów syntetycznych.

Stany Zjednoczone to nie Polska i nie Warszawa i nie jej dzielnica Praga – jednak problemy osób uzależnionych od opioidów w jednej z dzielnic Warszawy wskazują na podstawowe zaniedbania i błędy w polityce zdrowotnej w Polsce. Błędy są w myśleniu i rozumieniu – a właściwie braku rozumienia problemu uzależnień. Może wynika to także z lekceważenia uzależnień przez zarządzających i psychiatrów.

Rynek opioidów to system naczyń połączonych – zmiany mają charakter globalny i dotyczą Europy i są zagrożeniem także dla polskiego społeczeństwa. Niewydolność systemu leczenia substytucyjnego w Polsce – brak dostępności do leczenia jest zagrożeniem nie tylko dla osób uzależnionych ale może skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, finansowymi i społecznymi o szerokim zakresie. Nie ma próżni na rynku opioidów – brak dostępu do kontrolowanego leczenia substytucyjnego to rozszerzenie dystrybucji heroiny oraz wprowadzania na czarny rynek fentanylu czy syntetycznych opioidów, których produkcja rośnie.

Popyt na opioidy można ograniczać, łagodzić dostępnością leczenia substytucyjnego. Konieczne jest zabezpieczenie osób uzależnionych od opioidów – a dostępność do leczenia substytucyjnego nie tylko jest znacząco systemowo za mała w Polsce ale jest ograniczana politycznie i jest także skutkiem złej dystrybucji środków.

W kraju takim jak Polska nie brakuje środków przeznaczanych na kategorię uzależnienia – są one w sposób skrajnie nieracjonalny wydatkowane. Na skutek tej złej polityki realna dostępność do leczenia substytucyjnego z nieakceptowalnie małej jest jeszcze zmniejszana – o czym można się przekonać w Warszawie i co widać w działaniach NFZ w poszczególnych jego oddziałach. To krótkowzroczne i zwiększające koszty dla podatnika działania. Środki „zaoszczędzone” na drogich z powodów systemowych programach substytucyjnych może prowadzić do bardzo znaczącego zwiększenia kosztów na działania policyjno-penitencjarne, leczenia na oddziałach ratunkowych, toksykologii, zakaźnych, somatycznych bądź urazowych.

Jeśli nie zapłacimy teraz za leczenie osób uzależnionych od opioidów to koszty obsługi tych osób i konsekwencji medycznych i pozamedycznych wielokrotnie przekroczą pozorne oszczędności – nie stać nas na to jako podatników. Oczywiście gdzieś jest też chory człowiek – chory który nie ma pomocy.

Czy nie ma możliwości zoptymalizowania systemu?

Oczywiście są takie możliwości – wiadomo co należy zrobić by system działał i był znacząco tańszy i wielokrotnie bardziej efektywny. Takie wytyczne dotyczące zasad funkcjonowania systemu są opracowane.

Ogólną tendencją w leczeniu psychiatrycznym jest rozwijanie form leczenia możliwych do realizacji w naturalnym środowisku – psychiatria środowiskowa. Błędem systemu w Polsce jest głęboka demedycalizacja leczenia wpisująca się w pozamedyczną tradycję obsługi osób uzależnionych w Polsce. Przeważająca większość środków przeznaczana hasłowo kategorii uzależnienia konsumowana jest na działania pozamedyczne prowadzone często przez osoby bez wykształcenia medycznego i właściwego przygotowania a finansowane przez NFZ. To system niepodatny na zmiany w warunkach prowadzonej przez lata polityki pomijającej dane naukowe i fakty.

Petryfikacja demedycalizacji powoduje, że niemożliwe jest wykorzystanie udokumentowanej faktami naukowymi farmakoterapii a system ograniczył i nadal ogranicza działania medyczne marginalizując w systemie lekarzy. Do odwrócenia demedycalizacji uzależnień konieczna jest wiedza i fachowcy – system opieki z koniecznością zgody urzędniczej na prowadzenie leczenia substytucyjnego u osób uzależnionych jest w tym względzie barierą.

System w Polsce jest anty-przykładem tego co zalecają uznane gremia naukowe i medyczne. Centralizacja leczenia uzależnień w Polsce obwarowana prawnie i zwyczajowo, nakładająca obowiązki na świadczących, drogi oraz restrykcyjny nadzór urzędniczy leczenia substytucyjnego ogranicza dostępność do leczenia – czego przykładem jest opisana w raporcie sytuacja.

Nie mamy środków na leczenie substytucyjne bo źle dysponujemy środkami przeznaczonymi na uzależnienia. Decentralizacja i zwiększenie dostępności leczenia to priorytet dla systemu – to nie urzędnik powinien wprowadzać i nadzorować leczenie substytucyjne.

Konieczne jest rozśrodkowanie leczenia by zwiększyć dostępność oraz akceptowalność leczenia oraz zmniejszyć koszty działań policyjno-penitencjarnych oraz innych kosztów wtórnych ponoszonych przez poddani wynikających choćby z pozostawiania osób uzależnionych poza rynkiem pracy. Leczenie substytucyjne bez restrykcji urzędniczych umożliwiłoby znacząco większy dostęp pacjentom do leczenia agonistami opioidów oraz poszerzyło grono leczących osoby uzależnione lekarzy – nie tylko do tych wybranych przez system i urzędników psychiatrów ale także o lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy ogólnych. Dostępność do leczenia uzależnienia od opioidów to sposób na zmniejszenie kryminalnych działań związanych z handlem i dystrybucją narkotyków.

Obecna sytuacja lecznictwa uzależnień w Polsce jest trudna do zarządzania i niedostosowana do współczesnych trendów w kontrolowaniu tego typu złożonych procesów, które mają nieprzewidywalny przebieg i w obecnej postaci są wyjątkowo kosztowne i nieefektywne. Wyeliminowanie arbitralnych i nieopartych na faktach (EBM) działań w leczeniu uzależnień umożliwiłoby racjonalne wykorzystanie środków. Należy wypracować narzędzia obiektywnej oceny efektywności leczenia uzależnień i zgodnie z tym kształtować politykę dystrybucji środków w uzależnieniach.

Póki co w złym systemie trzeba znaleźć sposoby na rzeczywiste ratowanie ludzi uzależnionych – to racjonalne nie tylko w wymiarze medycznym ale także finansowym.

prof. Edward Jacek Gorzelańczyk

Co jest lepsze dla pacjenta?

Jakub Czerw – socjolog związany z Uniwersytetem Jagiellońskim, koncentrujący się w swojej pracy na krytycznych studiach nad substancjami psychoaktywnymi. Doktorant SDNS UJ, gdzie prowadzi badania poświęcone historii polskiego leczenia substytucyjnego. Psychoterapeuta w trakcie szkolenia.

Użytkownicy substancji psychoaktywnych oraz specjaliści zajmujący się problematyką narkotykową, z nadejściem nowego roku otrzymują kolejny "Raport rzecznika osób uzależnionych" – publikację tyleż ważną, co uwzględniającą wielość perspektyw w ocenie sytuacji osób używających substancji psychoaktywnych.

Z perspektywy badacza, skupionego w swojej pracy głównie na opioidach, ale i praktyka związanego od wielu lat z redukcją szkód, szczególnie istotne wydaje mi się wyróżnienie dwóch kwestii: **dostępu do leczenia** substytucyjnego oraz **przedawkowań i standaryzacji** ich liczenia.

Centralizacja programów substytucyjnych, powiązana z ustawowymi regulacjami jakie odnaleźć można w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii (u.p.n.), od wielu lat pozostaje w ogniu krytyki środowiska związanego z redukcją szkód oraz kształtowaniem progresywnej polityki narkotykowej. To właśnie centralizacja – jak wskazują krytycy – jest barierą w udostępnianiu leków substytucyjnych pacjentom zamieszkującym rejon oddalony od dużych miast.

Niestety, ani podmiotom związanym z redukcją szkód, ani organizacjom pacjentów jakie powstały na przestrzeni ostatnich 25 lat, nie udało się dotąd skutecznie przeciwstawić patologiom wynikającym ze wskazanej ustawy. Na czym one polegają?

W Polsce funkcjonują obok siebie dwie praktyki udostępniania substytutów, lecz jedna z nich, tj. regulowane ustawowo programy substytucyjne, **ogranicza drugą**, jaką jest możliwość wypisania przez lekarza recepty na substytut.

Świadomość wśród lekarzy, że leczenie substytucyjne prowadzone jest w specjalnie przeznaczonych do tego placówkach prowadzi do sytuacji, w której **choć mogą oni wypisywać metadon lub buprenorfinę** jako leki znajdujące zastosowanie w leczeniu uzależnień, dostępne w aptekach na **recepty Rpw** – to jednak – prawdopodobnie z obawy przed złamaniem przepisów – wstrzymują się z tym i odsyłają pacjentów do programów substytucyjnych, gdzie preparaty te są wydawane wg ustawowych obostrzeń.

Obecne uregulowania prawne promują w ten sposób działania lecznicze w scentralizowanych, ulokowanych w dużych miastach placówkach leczenia substytucyjnego, zniechęcając do prowadzenia ich w indywidualnych gabinetach.

W praktyce oznacza to, że mieszkańcy mniejszych miejscowości, mogliby uzyskać lek z apteki, ale najczęściej, jak pokazują prowadzone przez mnie badania, są odsyłani do programów pozostających poza ich zasięgiem z powodu ograniczeń czasowych, czy finansowych.

"Raport rzecznika osób uzależnionych" należy uznać za kolejny sygnał wysłany w tej sprawie do ustawodawcy, wzywający do pilnych zmian.

Kwestia standaryzacji sposobu zliczania przedawkowań wydaje się natomiast istotna dla prowadzenia profilaktyki w oparciu o aktualne dane, co umożliwia zarówno szybkie reagowanie, jak i modelowanie, czy prognozowanie przyszłej sytuacji.

Na ten moment trudno mówić o rychłym nadejściu epidemii opioidowej w Polsce, jednak sytuacja na świecie powinna uwarunkować nas na rolę profilaktyki w zapobieganiu przedawkowaniom i rozwojowi uzależnień. To właśnie w oparciu o dane powinny być tworzone ogólnokrajowe programy profilaktyczne.

Warto tu dodać, że obecny system raportowania wymaga zmian, pozwalających na dokładniejsze oszacowanie liczby użytkowników opioidów. Obecne szacunki powstają bowiem na podstawie spraw karnych z u.p.n. oraz zgłoszeń do leczenia, przez co mogą różnić się z rzeczywistością, gdyż – jak wskazuje EMCDDA – średni czas pomiędzy rozpoczęciem korzystania z opioidów, a podjęciem terapii wynosi ponad 5 lat. Oznacza to spore opóźnienie w systemie raportowania.

Za przykład problemów jakie niosą ze sobą nieadekwatne dane może posłużyć wyskalowanie tworzonego właśnie przez koalicję krajowych punktów redukcji szkód, pilotażowego programu *Take-home naloxone*¹⁹. Przy dostępności odpowiednich informacji, realizatorzy mogliby się znacznie lepiej do niego przygotować, odpowiednio projektując zasięg działań i dopasowując je do potrzeb.

W tym kontekście rekomendowane jest, by odpowiednie jednostki stworzyły system raportowania, zbierający informacje z różnych podmiotów leczniczych oraz około-leczniczych. Miejmy nadzieję, że prezentowany raport stanie się jedną z lektur decydentów przekładając się tym samym, jako interesujące źródło informacji, na opracowywane przez nich rozwiązania.

Jakub Czerw

Czy opioidy przeciwbólowe wypisywane na recepty mogą stać się polskim problemem?

Dorota Rogowska-Szadkowska, dr n. med., jest współorganizatorką jednego z pierwszych w Polsce oddziałów dla zakażonych HIV i chorych na AIDS, autorką ok. 200 publikacji naukowych i popularnonaukowych dotyczących różnych aspektów HIV/AIDS oraz książek "Medyczna marihuana. Historia hipokryzji", Krytyka Polityczna, Warszawa, 1996 i "Komu pomaga medyczna marihuana?", Krytyka Polityczna Warszawa, 2022. Przygotowuje publikację o opioidowych lekach przeciwbólowych.

Opium znane jest ludzkości od tysięcy lat. Wykorzystywano je w terapii wielu chorób, z czasem poznano zarówno jego właściwości uzależniające, jak i ryzyko śmiertelnego przedawkowania. Na początku XX. wieku wyizolowano z opium morfinę, traktowaną początkowo jako znany lek przeciwbólowy, który nie uzależnia. Okazało się to nieprawdą. Nieco później pojawiła się heroina, uznana za wspaniały lek przeciwbólowy, działający pięciokrotnie silniej od morfiny i nieuzależniający. To też nie było prawdą, więc heroinę zdelegalizowano na całym świecie.

Do połowy XX. wieku uważano, także w USA i w Polsce, że opioidowe leki przeciwbólowe, stosowane krótko, są znakomite w leczeniu ostrego bólu, a także w łagodzeniu bólów nowotworowych i cierpień umierających pacjentów. Później lekarze zajmujący się opieką paliatywną zaczęli domagać się szerszego ich stosowania w celu niesienia pomocy nieuleczalnie chorym. Byli niewątpliwie pełni dobrych chęci, ale z nie do końca jasnych powodów uznali, że skoro te leki pomagają ich pacjentom, to będą też skuteczne i bezpieczne dla wszystkich cierpiących przewlekłe z powodu bólu.

Nie było na to żadnych dowodów – jednak zaczęli intensywnie propagować swój pogląd!

OxyContin – znany w kontekście kryzysu uzależnień w USA, półsyntetyczny lek o przedłużonym działaniu – zarejestrowano w USA w połowie lat 90. XX wieku. Producent reklamował go jako skuteczny, bezpieczny i nieuzależniający.

Wzrastała liczba przepisywanych recept na ten i podobne opioidowe leki przeciwbólowe, choć równolegle **rosła liczba zgonów spowodowanych ich przedawkowaniem**. W dodatku były bardzo trudne do odstawienia, nawet po krótkim i zgodnym z zaleceniami lekarskimi przyjmowaniu powodując, tak jak wszystkie inne opioidy, trudne do zniesienia objawy odstawienne. Przez to pacjent potrzebował kolejnych recept, a jeśli nie mógł ich otrzymać, udawał się na czarny rynek, oferujący heroinę, a później fentanyl.

¹⁹ https://www.euda.europa.eu/topics/naloxone_en

Dopiero w 2016 r. dwoje amerykańskich lekarzy zaalarmowało: „*Nie znamy żadnego innego leku rutynowo stosowanego w chorobach niezagrażających życiu, który tak często zabija pacjentów*”²⁰.

Tak zdarzyło się w USA. Czy u nas może się to powtórzyć?

Niestety tak. W 2009 r. *OxyContin* trafił do podlegającej Ministerstwu Zdrowia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – organu opiniującego nowe leki i doradzającego ministrowi w kwestiach finansowania różnych typów leczenia.

Członkowie Agencji nie byli nim zachwyceni – pisali, że wyniki badań, jakie przedstawiła Mundipharma Polska, nie są szczególnie wiarygodne, a sam *OxyContin* nie ma przewagi nad innymi tego typu lekami, w dodatku jest od nich o wiele droższy. Mimo to, dali **zielone światło do jego refundacji**, pod warunkiem obniżenia ceny do średniej rynkowej, tłumacząc, że lek może się przysłużyć starszym, mocno schorowanym pacjentom, którzy źle reagują na morfinę. Nie zgłoszono też sprzeciwu, kiedy firma wpisała do polskiej ulotki sugestię, jakoby jedna tabletkę potrafiła działać aż 12 godzin, i że przy stosowaniu leku zgodnie z zaleceniami ryzyko uzależnienia jest niewielkie²¹.

Mundipharma pozostawała wówczas w partnerstwie z firmą Purdue, reprezentującą *OxyContin* w amerykańskiej *Food and Drug Administration* (FDA), obecnie w stanie bankructwa spowodowanego wypłatą odszkodowań dla ofiar epidemii opioidowej. Mundipharma wspierała, zainicjowaną w 2010 r. akcję Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (PTBB) *Szpital bez bólu*²².

W wydanym w 2022 r. przez PZWL Warszawa, pod redakcją Jerzego Wordliczka i Jana Dobrogowskiego podręczniku „*Leczenie bólu*” napisano: „*Z satysfakcją należy zaznaczyć, że obecnie coraz rzadziej, zarówno wśród personelu medycznego, jak i pacjentów, obserwuje się przejawy „opiofobii”, co przekłada się na poprawę skuteczności leczenia bólu*”²³. Nb. rozdział o opioidach przeciwbólowych podkreśla ich bezpieczeństwo i skuteczność.

9 lutego 2023 r. Minister Zdrowia Adam Niedzielski podpisał **rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych** (Dz. U. 2023, poz. 271). Do oceny nasilenia odczuwanego przez pacjenta bólu używana ma być m. in. 11-punktowa skala numeryczna, w której 0 oznacza „brak bólu”, a 10 „najsilniejszy ból, możliwy do wyobrażenia”.

Na konferencji prasowej zorganizowanej w dniu publikacji rozporządzenia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, Rzecznik Praw Pacjenta, Bartłomiej Chmielowiec, stwierdził: „*Leczenie bólu jest miarą jakości systemu opieki zdrowotnej*” a Prezeska Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska, zaznaczyła, że:

Ból to choroba, której nie widać i pacjenci często boją się o niej mówić lekarzowi. Boją się może tego lekarzującego czasem podejścia, ale miejmy nadzieję i liczymy na to, że to się zmieni (...)

*Rozporządzenie to gwarancja uprawnień pacjenta do leczenia bólu, niezależnie od przyczyny, wieku czy miejsca zamieszkania. W przypadku każdego chorego ból będzie traktowany jako piąty parametr życiowy*²⁴

²⁰ Frieden TR, Houry D., *Reducing the risk – the CDC opioid-prescribing guideline*, „New Eng Jou of Medicine” 2016; 374(16): 1501–4

²¹ Dr Curtis Wright, szef zespołu FDA oceniającego zasadność dopuszczenia *OxyContinu* na rynek, jeszcze w październiku 1985 r. zauważył: „*Ten produkt okazał się tak dobry jak istniejące terapie, ale poza koniecznością przyjmowania mniejszej liczby tabletek nie ma żadnych zalet*” – ale już w grudniu tego samego roku zalecił zatwierdzenie leku do leczenia umiarkowanego i silnego bólu. Dwa lata później pracował w Purdue Pharma. Patrz: Quinones S., *Dreamland. Opiatowa epidemia w USA*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2018.

²² Sturis D., *Lek przeciwbólowy OxyContin uzależnił i zabił już tysiące ludzi w USA. W Polsce jego producent wspiera akcję „Szpital bez bólu”*, wyborcza.pl, <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,24171737,lek-przeciwbolowy-oxycontin-uzaleznil-i-zabil-juz-tysiac.html> [dostęp: 30.12.2024].

²³ *Leczenie bólu*, red. Jan Dobrogowski, Jerzy Wordliczek, wyd. III, PZWL Warszawa, 2017 r.

Termin „opiofobia” powstał w USA, stworzony przez współpracowników firmy produkującej *OxyContin*, żeby przekonywać lekarzy i pacjentów, że opioidy nie są ani niebezpieczne, ani nieskuteczne, więc nie powinni się ich bać.

²⁴ Cztery pierwsze parametry życiowe to: tętno, temperatura, częstość oddechów, ciśnienie krwi. Wszystkie można obiektywnie zmierzyć. Bólu ocenić obiektywnie się nie da.

W 1995 roku w USA za piąty parametr życiowy uznało go American Pain Society (APS), tuż przed wejściem *OxyContinu* na rynek amerykański i to był początek kryzysu opioidowego w tym kraju, który trwa do dziś. W czerwcu 2019 roku APS zostało zmuszone do bankructwa z powodu oskarżeń o zмовę z firmami farmaceutycznymi produkującymi opioidy oraz wyprowadzanie lekarzy i pacjentów w błąd. Zarząd APS stosunkiem głosów 11 do 1 zalecił swoim członkom złożenie wniosku o ogłoszenie upadłości w ramach Rozdziału 7, na mocy którego grupa zostanie rozwiązana, a jej aktywami zajmie się niezależny powiernik; Patrz: Clark C. *American Pain Society seeks OK to call it quits – brochures possible*, Chapter 7 dissolution, MedPage Today, May 25, 2019. <https://www.medpagetoday.com/painmanagement/painmanagement/80054> [dostęp: 20.10.2024].

Czasopismo Chronicle of Higher Education poinformowało, że kilku byłych członków APS zorganizowało nowe stowarzyszenie pod nazwą United States Association for the Study of Pain (US-ASP), wykupiło też czasopismo *The Journal of Pain*. Autor artykułu napisał też, że „w ciągu ostatnich dwóch dekad pojawiło się wiele doniesień, które pokazują, że nawet stosunkowo niewielkie prezenty od przedstawicieli firm farmaceutycznych mogą wpływać na to, co przepisują lekarze, być może nieświadomie. Epidemia opioidów w Ameryce pokazała konsekwencje tej tendencji, doprowadzonej do skrajności. Ale te problemy nie są wyjątkowe dla American Pain Society ani badań nad bólem, twierdzą nawet krytycy APS”. Patrz: Diep F., *After their society was sued out of existence, these scientists are mulling a new*

i trafi do dokumentacji, tak jak np. pomiary temperatury czy ciśnienia tętniczego. Bardzo istotne jest badanie pacjenta, podczas którego lekarz może znaleźć potwierdzenie objawów bólowych opisywanych przez pacjenta w wywiadzie²⁵.

Kilka dni później przedstawicielka Fundacji Eksperti dla Zdrowia pisała na stronie internetowej Medycyny Praktycznej²⁶:

Standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych jest efektem współpracy Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Fundacji Eksperti dla Zdrowia z Ministrem Zdrowia. (...)

Z chwilą wejścia w życie, rozporządzenie zagwarantuje skuteczną realizację prawa do leczenia bólu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszystkim chorym, którzy cierpią z powodu bólu, w ramach świadczeń opieki zdrowotnej, bez względu na źródło tego bólu, wiek pacjenta oraz miejsce jego leczenia. Jednocześnie, w ramach kampanii NIE MUSI BOLEĆ, zostaną przeprowadzone działania edukacyjne dla pacjentów oraz informacyjne dla lekarzy.

Czy lekceważymy ryzyko?

W połowie 2024 r. w środkach masowego przekazu pojawił się niepokój, że w Polsce problemem staje się **fentanyl i jego przedawkowania**. Nieco mniej mówiło się o zjawisku budzącym większe wątpliwości, jakim są leki opioidowe na receptę. Na stronie aptekarpolski.pl autorka zauważa:

Według danych Ministerstwa Zdrowia, «skala osób nadużywających opioidy w Polsce jest jedną z najmniejszych w Europie. Według statystyk jest to 0,55 osoby na tysiąc mieszkańców». Resort podkreśla jednak, że o ile liczba realizowanych recept na fentanyl systematycznie spada, to rośnie preskrypcja oksykodonu, co wzbudza największe obawy (...) informacje o zbyt łatwym dostępie do recept na silne leki przeciwbólowe skłoniły resort do podjęcia konkretnych działań²⁷.

W tym czasie ukazał się też artykuł, w którym dyrektor polskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Artur Malczewski wspólnie z Gregiem Losem, kryminologiem z Uniwersytetu West London zastanawiają się, na ile syntetyczne opioidy są w Polsce problemem realnym, a na ile rozdmuchanym przez media. Zestawiając dane m.in. z policyjnych przejęć, zgłoszeń do leczenia i wystawianych recept, stwierdzają, że w Polsce sytuacja nie wskazuje na początkowe stadium kryzysu opioidowego i uwagę należałoby skierować na poważniejszym problemem syntetycznych katynonów²⁸.

Równocześnie autorzy piszą o odbiciu w ostatnich latach trendu zgłoszeń do leczenia z powodu opioidów, jak i wskazują, że sprzedaż *OxyContinu* w Polsce wzrosła od 2019 r., kiedy wystawiono **165 482** recepty refundowane przez NFZ i **7 760** pełnopłatnych – do **203 630** recept refundowanych i **54 496** pełnopłatnych w 2023 r.

Ilość wystawionych recept wzrosła więc o ponad 84 tys., w tym **ponad 7-krotnie recept pełnopłatnych**. Należy tu również zauważyć, że *oksykodon* – substancja aktywna *OxyContinu* – produkowany jest przez wiele firm farmaceutycznych pod różnymi nazwami²⁹, nie uwzględnionymi w artykule. G. Los i A. Malczewski podsumowują następująco:

Korzystne byłoby dla Polski, aby przynajmniej przygotować infrastrukturę na wypadek rozwinienia się kryzysu zdrowotnego związanego z opioidami. Jeśli taki nie powstanie, dana infrastruktura mogłaby nadal służyć do pomocy na przykład w problemach związanych z używaniem heroiny. Ogólnie rzecz biorąc, obecnie Polska nie wydaje się mieć w poważnego problemu z syntetycznymi opioidami – wbrew niektórym twierdzeniom polskich mediów.

Składania nas to do sformułowania trzech rekomendacji. Po pierwsze, należy monitorować sytuację dotyczącą syntetycznych opioidów i zachęcamy do dalszych badań. Po drugie, należy nadal inwestować w „infrastrukturę”, która może pomóc zapobiec rozwinieniu się kryzysu opioidowego w przyszłości. Obejmuje to inwestycje w rozwój bezpiecznych punktów iniekcyjnych, [łatwego dostępu do] naloksonu i ośrodków

one, "The Chronicle of Higher Education", July 22, 2020, <https://www.chronicle.com/article/after-their-society-was-sued-out-of-existence-these-scientists-are-building-a-new-one> [dostęp: 10.11.2024].

²⁵ MZ, RCL, BPP, *Profesjonalizacja w leczeniu bólu*, Polska Agencja Prasowa, za: <https://www.mp.pl/bol/aktualnosci/316769,profesjonalizacja-w-leczeniu-bolu>, [dostęp: 30.12.2024].

²⁶ Domańska-Sadynica M., <https://www.mp.pl/bol/aktualnosci/317280,nie-musi-bolec> [dostęp: 30.12.2024].

²⁷ Sierpniowska O., *Czy grozi nam kryzys opioidowy?*, "Aptekarz Polski", <https://www.aptekarzpolski.pl/aktualnosci/czy-grozi-nam-kryzys-opioidowy> [dostęp: 30.12.2024].

²⁸ Los G., Malczewski A., *Synthetic opioids in Poland – a cause of concern or a media distraction?*, Int J Drug Policy Nov. 2024; doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104595>; podkreślenia pochodzą od red.

²⁹ Na stronie gdziepolek.pl widnieje interesująca informacja przy leku *OxyContin*, 60 tabl po 80 mg: *To lek refundowany, jego cena 100% wynosi 313,33 zł. Jeśli masz receptę ze zniżką zapłacisz: 37,60 zł - Ryczałt ; 0,00 zł - Dla seniora ; 0,00 zł - Dla dziecka do 18 r.ż.*; jest też informacja o przynajmniej dwóch zamiennikach: *Oxydolor*, *Relbeton*, także refundowanych, <https://www.gdziepolek.pl/produkty/58566/oxycotin-tabletki-o-przedluzonym-uwalnianiu/apteki?pvid=137450> [dostęp: 31.12.2024].

testowania narkotyków. W odniesieniu do tych ośrodków, wzmocnienie systemów monitorowania byłoby szczególnie korzystne, ponieważ (...) większość danych na temat stosowania opioidów i powiązanych z tym problemów pochodzi z badań zgłaszanych przez użytkowników. Badania oparte, na przykład, na pozostałościach w strzykawkach, byłyby bardziej wiarygodnym źródłem informacji o tym, jakie rodzaje narkotyków, zwłaszcza opioidów, są używane i czy obserwujemy przejście na ich syntetyczne odmiany.

Na koniec uważamy, że przynajmniej obecnie należy poświęcić więcej uwagi rosnącej podaży syntetycznych katynonów i ich popularności wśród niektórych osób w Polsce — zwłaszcza tych z młodszej kohorty.

17.12.2024 roku na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Medycyny Bólu prezeska PTBB wyraziła ubolewanie z powodu zbyt małej edukacji studentów medycyny w zakresie leczenia bólu³⁰:

Kiedy rozmawiam z młodymi lekarzami różnych specjalności, to w większości reprezentują poglądy PTBB, uważając, że opioidy są bezpieczne i skuteczne w terapii bólu nienowotworowego, więc edukacja podyplomowa wyraźnie idzie lepiej (...).

Dalej podkreśliła konieczność podjęcia rozmów o zakazie reklamowania leków przeciwbólowych, zwłaszcza tych w formie tabletek:

reklamować leki przeciwbólowe można w społeczeństwie, które ma bardzo wysoko rozwiniętą świadomość zdrowotną, a polskie społeczeństwo tej świadomości nie ma. Jesteśmy pod tym względem pod koniec stawki unijnej.

Wskazała także potrzebę umożliwienia lekarzom poradni leczenia bólu kontynuacji przepisywania analgetyków opioidowych w ramach *teleporady* w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej oraz wyraziła też pogląd, że *"pacjenci stosujący silne analgetyki opioidowe nadal są pacjentami dyskryminowanymi. Często są traktowani jak narkomani"*³¹.

Podsumowując, nawet jeśli Polska nie jest jeszcze w stadium kryzysu opioidowego, to nie znaczy, że nie ma przesłanek, by taki kryzys nastąpił, skoro:

- PTBB, którego członkami są przede wszystkim specjaliści leczenia bólu, anesteziolodzy i lekarze zajmujący się opieką paliatywną, dąży do tego, by ból przewlekły leczony był silnymi opioidami³²
- Ministerstwo Zdrowia traktuje przewlekły ból jako odrębną jednostkę chorobową, gwarantując skuteczną realizację prawa do jego leczenia – co oznacza m.in. użycie silnych leków opioidowych
- państwowi eksperci nie widzą aktualnego zagrożenia opioidami wypisywanymi na recepty w naszym kraju, choć ich sprzedaż jak i zgłaszalność do leczenia z ich powodu rosną

Wobec tego, warto raz jeszcze przytoczyć rekomendacje z artykułu G. Losa i A. Malczewskiego, aby *inwestować w „infrastrukturę”, która może pomóc zapobiec rozwinięciu się kryzysu opioidowego w przyszłości.*

Inwestycja taka potrzebna jest już teraz, zważywszy, że przez kilka dekad nie stworzyliśmy w Polsce "infrastruktury" niezbędnej do leczenia osób uzależnionych od zwykłej heroiny.

To racjonalne, aby dokonywać koniecznych zmian w spokoju, nie strasząc społeczeństwa. Tylko pamiętajmy, że doznanie bólu jest złożone i tabletki nie zawsze jest w stanie je złagodzić. A na leczenie wielospecjalistyczne większości pacjentów po prostu nie stać.

dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska

³⁰ Kiedy rozmawiam z młodymi lekarzami różnych specjalności to w większości reprezentują poglądy PTBB, uważając, że opioidy są bezpieczne i skuteczne w terapii bólu nienowotworowego, więc edukacja podyplomowa wyraźnie idzie lepiej.

³¹ Sejm. Poprawić jakość opieki nad pacjentem z bólem przewlekłym. 31.12.2024. <https://www.mp.pl/bol/aktualnosci/369930,poprawic-jakosc-opieki-nad-pacjentem-z-bolem-przewleklym>

³² PTBB odchodzi od drabiny analgetycznej WHO, która zalecała rozpoczynanie leczenia bólu od niesterydowych, przeciwzapalnych leków przeciwbólowych, jeśli nie było poprawy – słabe opioidy, a gdy dalej poprawy nie było – silne opioidy.

Jak powiedziała "Wysokim Obcasom" młoda specjalistka leczenia bólu: „Teraz dobieramy leki na podstawie natężenia bólu. Oceniamy je na podstawie skali numerycznej. Prosimy pacjenta, żeby ocenił swój ból od 0 do 10, przy czym 0 to zupełny brak bólu, a 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból. Zawsze proszę, żeby pacjent ocenił najłagodniejszy i najsilniejszy ból, jaki na co dzień odczuwa, a potem to uśrednił. Jeśli pacjent ocenia ból pomiędzy 1 a 3, powinien dostać leki z pierwszego szczebla drabiny analgetycznej. Jeśli ból ma natężenie od 4 do 6, przepisujemy leki z drugiego szczebla, czyli słabe opioidy. Jeśli ból ma natężenie od 7 do 10, pacjent dostaje leki z trzeciego szczebla – silne opioidy”, Kuffel Z., *Pacjenci się ich boją, lekarze ich nie przepisują. USA mają epidemię opioidów, a my opioidofobię*, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,100961,30075651,pacjenci-sie-ich-boja-lekarze-ich-nie-przepisuja-usa-maja.html> [dostęp_ 31.12.2024].

Rzecz w tym, że pacjent, który nie może odstawić silnego opioidu wypisanego na receptę powie lekarzowi, że boli go na 7, żeby dostać kolejną receptę. A lekarz często nie ma możliwości sprawdzenia, czy naprawdę pacjenta boli tak bardzo. Doświadczenia z USA mówią, że to dobra droga do wykreowania problemu. (Por.: Meier B., Zabić ból. Imperium oszustwa i kulisy epidemii opiatowej w USA, Poradnia K, Warszawa, 2021 r., oraz Keefe PR., Imperium bólu. Baronowie przemysłu farmaceutycznego, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec, 2023 r.).