

# Diagnoza problemu narkotyków i narkomanii Ewaluacja Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

Raport z badań socjologicznych przeprowadzonych w Gdańsku w 2019 roku

Maciej Brosz  
Tomasz Michalski  
Magdalena Popowska-Bracka



ZAKŁAD REALIZACJI  
BADAŃ SPOŁECZNYCH

Redaktor prowadzący:  
dr Maciej Brosz

Projekt okładki:  
Bartłomiej Brosz

Opracowanie graficzne, skład i łamanie:  
dr Maciej Brosz



Creative Commons (CC-BY-NC-ND 3.0 PL)

Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych  
3.0 Polska

Kawle Dolne 2019

**ISBN 978-83-944961-5-9**

Wydawnictwo Zakładu Realizacji Badań Społecznych Q&Q  
e-mail: [info@qqzrbs.pl](mailto:info@qqzrbs.pl)  
<http://qqzrbs.pl>

## Spis treści

<b>Rozdział I: Analiza materiałów zastanych – desk research .....</b>	<b>5</b>
Wprowadzenie .....	5
1. Sytuacja demograficzna i specyfika miasta.....	7
1.1. Obecna i przewidywana sytuacja demograficzna .....	7
1.2. Specyfika miasta .....	10
2. Stan prac nad wdrożeniem monitoringu problemu narkotyków i narkomanii w Gdańsku .....	12
2.1. Organizacja monitoringu .....	12
2.2. Zakres dostępnych danych i ich ocena.....	13
2.3. Opis procedury badawczej.....	15
3. Charakterystyka zjawiska i trendów .....	17
3.1. Używanie narkotyków w populacji generalnej.....	17
3.2. Problemowe użytkowanie narkotyków .....	21
3.3. Konsekwencje zdrowotne i społeczne osób uzależnionych.....	23
3.4. Postawy społeczne wobec narkotyków i narkomanii .....	27
3.5. Dostępność narkotyków .....	31
4. Opis i ocena posiadanych zasobów oraz podejmowanych działań .....	34
4.1. Ograniczenie popytu .....	34
4.2. Ograniczenie podaży.....	41
5. Wnioski i rekomendacje dotyczące dalszych działań w perspektywie krótkoterminowej (3 lata) .....	44
6. Ocena efektywności Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.....	46
7. Streszczenie .....	48
Spis literatury i źródeł danych .....	50
Załączniki .....	52
<b>Rozdział II: Badanie ilościowe wśród mieszkańców Gdańska.....</b>	<b>64</b>
1. Struktura próby badawczej .....	65
2. Używanie substancji psychoaktywnych .....	70
2.1. Leki uspokajające lub nasenne.....	70
2.2. Leki wydawane bez recepty .....	73
2.3. Używanie marihuany .....	75
2.4. Używanie substancji psychoaktywnych a konsumpcja alkoholu .....	79
3. Problemy i zagrożenia związane ze spożywaniem substancji psychoaktywnych .....	81
3.1. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków.....	81
3.2. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem tzw. dopalaczy.....	82
3.3. Zażywanie narkotyków w miejscu pracy.....	84
4. Ryzyko korzystania z używek w ocenie badanych .....	85
5. Używanie narkotyków przez osoby z bliskiego otoczenia respondenta.....	87

6. Pomoc osobom uzależnionym – identyfikowane formy wsparcia .....	92
7. Zestawienie najważniejszych wyników .....	93
<b>Rozdział III: Badanie jakościowe wśród mieszkańców Gdańska .....</b>	<b>96</b>
1. Badanie wśród odbiorców wsparcia – indywidualne wywiady pogłębione .....	96
1.1. Aktualna sytuacja życiowa .....	96
1.2. Aktualna sytuacja życiowa – wnioski .....	97
1.3. Używanie substancji psychoaktywnych .....	98
1.4. Używanie substancji psychoaktywnych – wnioski .....	99
1.5. Ocena systemu wsparcia .....	100
1.6. Ocena systemu wsparcia – wnioski .....	100
2. Badanie wśród ekspertów i ekspertek – zogniskowane wywiady grupowe .....	102
2.1. Wyniki badań ilościowych a doświadczenia ekspertów .....	102
2.2. System wsparcia – aktualne problemy – zjawiska pozytywne i negatywne .....	104
2.3. Problem szpitalnego wsparcia psychiatrycznego .....	105
<b>Wnioski i rekomendacje .....</b>	<b>107</b>
<b>Aneks: Narzędzia użyte w badaniach terenowych .....</b>	<b>111</b>
Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z odbiorcami systemu wsparcia .....	111
Dyspozycje do wywiadu pogłębionego grupowego z ekspertami i ekspertkami .....	112
Kwestionariusz użyty w badaniu ilościowym .....	113

# Rozdział I: Analiza materiałów zastanych – *desk research*

## Wprowadzenie

Niniejsze opracowanie wpisuje się w działania przewidziane do realizacji przez samorząd w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4. sierpnia 2016 r. pt. „Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020” (Dz. U. 2016 poz. 1492).

Treści zawarte w niniejszym opracowaniu odnoszą się pośrednio do działań przewidzianych do realizacji w rozdziałach 2.1–2.5. powyższego rozporządzenia, w szczególności do opisanych w rozdziale 2.5. pkt. 9. „analiza danych na temat aktywności JST w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające, substancje psychotropowe i NSP; Realizator: KBPN we współpracy z JST”, następnie pkt. 11. „rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych; Realizator: KBPN, MZ/KBPN, wojewódzcy eksperci do spraw informacji o narkotykach i narkomanii, JST” oraz pkt. 2., który brzmi „realizacja badań ilościowych w populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej (m.in.: ESPAD, „Młodzież”), prowadzonych co najmniej co cztery lata według metodologii EMCDDA; Realizator: KBPN, PARPA oraz JST”. Gdzie KBPN oznacza Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, PARPA – Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a JST – jednostki samorządu terytorialnego.

W zakresie polityki antynarkotykowej miasta Gdańska analiza odnosi się przede wszystkim do czterech dokumentów opisujących na dany rok działania zmierzające do przeciwdziałania narkomanii. Ponieważ w międzyczasie nastąpiła zmiana nazw ich rocznych wersji, poniżej szczegółowo podano, o jakie dokumenty chodzi. Aby uniknąć zamieszania terminologicznego, w dalszej części jest używana stara nazwa, tj. „Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii”. W zależności od roku, ten termin odnosi się do:

- w 2015 roku – cały dokument o nazwie „Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii”;
- w 2016 roku – cały dokument o nazwie „Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii”;
- w 2017 r. – część dotycząca narkomanii w dokumencie „Szczegółowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska”;
- w 2018 r. – część dotycząca narkomanii w dokumencie „Szczegółowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska”;

Niniejszy raport jest kontynuacją wcześniejszych opracowań. Nowością w stosunku do poprzednich raportów jest rezygnacja z pełnego odwoływania się do wcześniejszych danych, a skupienie się na danych dotyczących bezpośrednio przedmiotowego zakresu badania, czyli obejmujących lata 2015–2018. Jest to reakcja na głosy pojawiające się przy omawianiu poprzedniego raportu (sporządzonego w 2015 r.), że ze względu na przytaczanie danych z wielu lat

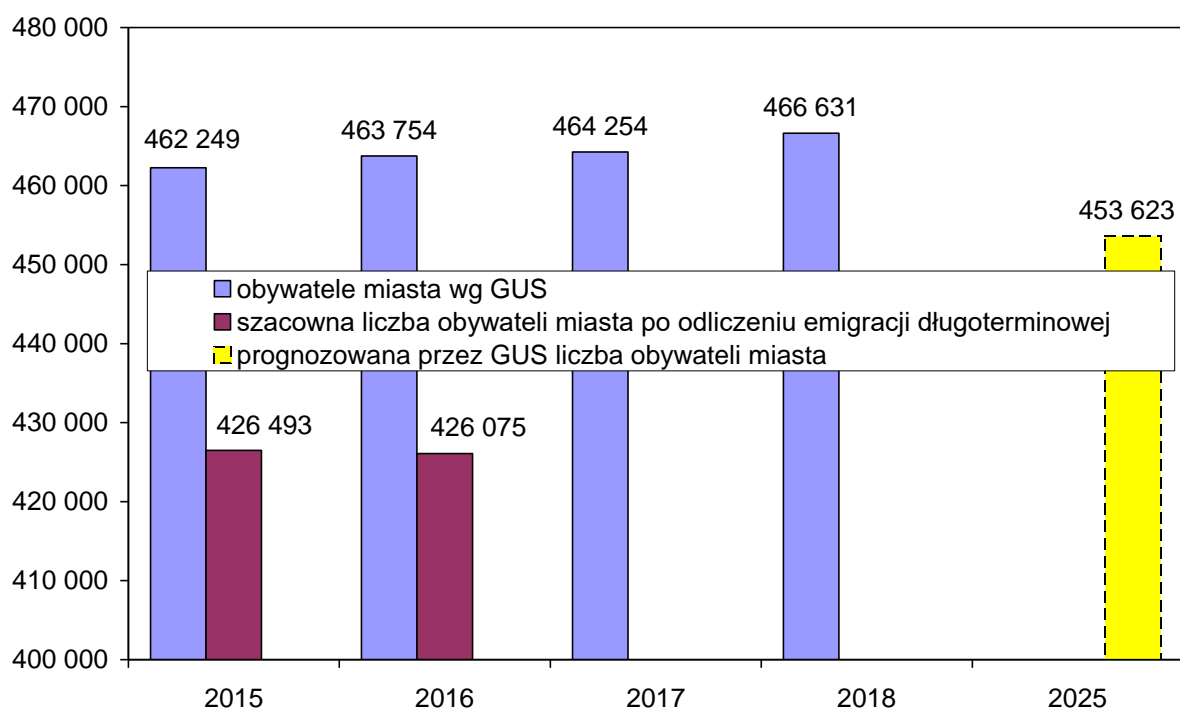
– utrudnione jest zrozumienie najnowszych danych. Stąd uznano, że należy skupić się na prezentacji danych z lat 2015–2018 i tylko w nielicznych przypadkach odwoływać się do danych starszych.

## 1. Sytuacja demograficzna i specyfika miasta

### 1.1. Obecna i przewidywana sytuacja demograficzna

Miasto Gdańsk jest w nietypowej sytuacji demograficznej, ponieważ gdy w większości dużych polskich miast notowany jest ubytek ludności, to w ostatnich latach w Gdańsku odnotowywany jest przyrost. W okresie od wstąpienia Polski do UE występował spadek liczby osób zameldowanych, minimum osiągając w 2008 r. (455,6 tys.) i od tego czasu następuje jej wzrost (BDL GUS). Proces dla ostatnich lat przedstawiono na ryc. 1.1.1. Lecz należy mieć na uwadze, że w Polsce *de facto* nie zamieszkuje 2540 tys. osób (dane dla 2017 r.) (Informacje..., 2018). Są to osoby, które poza granicami kraju przebywają ponad 3 miesiące. Gdyby oprzeć się na danych na temat emigracji długoterminowej w podziale na województwa i miasto<sup>1</sup>/wieś – to liczba osób posiadających meldunek w Gdańsku i faktycznie w nim zamieszkująca będzie mniejsza niż oficjalna (ryc. 1.1.).

Ryc. 1.1. Oficjalna, szacowana i prognozowana liczba obywateli Gdańska



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Wprawdzie GUS prognozuje zmniejszenie liczby mieszkańców Gdańska<sup>2</sup> (ryc. 1.1.), lecz jest to ubytek mniejszy, niż w przypadku innych dużych polskich miast<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Znana jest szacowana liczbą osób, które wyemigrowały długoterminowo ze wszystkich miast województwa pomorskiego liczonych razem (brak bardziej szczegółowych danych). Dlatego przyjęto założenie, że natężenie emigracji we wszystkich miastach województwa pomorskiego było takie samo.

<sup>2</sup> Oparto się na prognozie GUS dla której rokiem bazowym jest 2014.

<sup>3</sup> Prognozowana liczba ludności Gdańska w 2025 r. ma wynieść 97,2% tej z 2018 r. Podczas gdy dla wziętych do porównania dużych polskich miast (+ Gdynia). Większy spadek liczby ludności jest prognozowany dla Łodzi, Poznania, Gdyni, Wrocławia i Szczecina, a mniejszy jedynie dla Krakowa i Warszawy.

Zaprezentowane szacunki liczby osób faktycznie zamieszkujących w Gdańsku należałoby jeszcze skorygować o skutki czterech procesów: Po pierwsze – emigracji dotychczasowych mieszkańców Gdańska na tereny podmiejskie w następstwie procesów suburbanizacji. Część z nich, z różnych względów, nie wymeldowuje się z Gdańska – oficjalnie figurując jako mieszkańcy miasta. Po drugie – imigracji zarobkowej z zagranicy do Polski<sup>4</sup>. Po trzecie – Trójmiasto jest znaczącym ośrodkiem akademickim, który przyciąga studentów. Nieznany odsetek takich osób zamieszkuje w Gdańsku przez większość część roku nie dopełniając obowiązku meldunkowego. Po czwarte – Trójmiasto jest atrakcyjnym miejscem pracy w skali kraju co skutkuje tym, że przyjeżdża do niego także dużo osób do pracy i osiedla się wynajmując mieszkanie – część spośród nich nie dopełnia obowiązku meldunkowego. Lecz oszacowanie zmian w liczbie ludności Gdańska w następstwie tych procesów jest zadaniem bardzo pracochłonnym i przekracza ramy niniejszego opracowania.

Na tak korzystną sytuację demograficzną Gdańska składa się zarówno dodani przyrost naturalny (0,1–1,4% w latach 2015–2018), jak też dodatnie saldo rejestrowanych migracji (1,7–4,2% w latach 2015–2018) (BDL GUS). Należy zaznaczyć, że większość dużych polskich miast odnotowuje zarówno ujemny przyrost naturalny, jak i ujemne saldo migracji rejestrowanych.

Lecz pomimo względnie korzystnej sytuacji demograficznej Gdańska zauważalne są procesy starzenia jego mieszkańców. Skutkuje to zarówno zmniejszaniem się liczebności, jak i udziałów procentowych populacji osób w wieku najbardziej zagrożonym narkomanią (15–39 lat). W pierwszym roku objętym ekspertyzami (2003 r.) liczba osób w tej kohorcie wynosiła 175,5 tys., podczas gdy w 2018 r. było to 149,9 tys. (Tab. 1.1., kolumna A), czyli aż o 25,6 tys. mniej. Także udział procentowy tych osób w całej populacji miasta spadł z 38,1% w 2003 r. do 32,8% (Tab. 1.1., kolumna A). Jeżeli weźmiemy pod uwagę szacunki GUS dotyczące natężenia emigracji długookresowej w podziale na kohorty, to liczebność tej subpopulacji jest jeszcze mniejsza wynosząc w 2016 r. 141,3 tys. osób, co przekłada się na 32,6% ludności miasta (Tab. 1.1., kolumna B). Według najnowszych prognoz GUS – spadkowi liczby ludności miasta będzie towarzyszył dużo szybszy spadek liczebności tej kohorty. Tak, że według prognozy w 2025 r. będzie to już tylko 126,3 tys. osób, co będzie stanowiło zaledwie 27,8% populacji miasta (Tab. 1.1.).

Tak więc można pokusić się o stwierdzenie, że zachodzące zmiany demograficzne wprawdzie nie powodują, jak na razie większych zmian w liczebności populacji Gdańska. Lecz skutkują zmniejszaniem liczebności populacji najbardziej zagrożonej narkomanią. Dlatego też, gdyby założyć niezmiennosć natężenia zjawiska narkomanii, można przyjąć, że liczba problemowych użytkowników narkotyków powinna ulegać zmniejszeniu.

---

<sup>4</sup> Według najnowszych dostępnych danych liczbę cudzoziemców w wieku 18 i więcej lat przebywających w podregionie (NUTS-3) Trójmiejskim oszacowano w 2016 r. na 18,8 tys. osób (Raport końcowy..., 2018).



Tab. 1.1. Oficjalna, szacowana i prognozowana liczba osób w wieku 15–39 lat będących obywatelami Gdańska

	2015 r.		2016 r.		2017 r.	2018 r.	2025 r.
	A	B	A	B	A	A	C
Ludność w kohortach [w osobach]							
15–19 lat	18 892	18 112	18 516	17 950	17 685	17 883	22 196
20–24 lat	23 892	22 493	21 840	20 037	20 446	20 940	18 091
25–29 lat	34 798	31 482	33 632	29 590	30 441	30 970	20 765
30–34 lat	42 199	37 051	42 312	40 856	37 163	41 890	28 873
35–39 lat	40 193	35 835	40 273	41 475	35 585	40 464	36 322
15–39 lat	159 974	144 973	156 573	149 908	141 320	152 147	126 274
Ludność w kohortach [w % całej populacji miasta]							
15–19 lat	4,1	4,2	4,0	3,8	4,1	3,9	4,9
20–24 lat	5,2	5,2	4,7	4,3	4,7	4,5	4,0
25–29 lat	7,5	7,3	7,3	6,3	7,0	6,7	4,6
30–34 lat	9,1	8,5	9,1	8,8	8,6	9,0	6,4
35–39 lat	8,7	8,3	8,7	8,9	8,2	8,7	8,0
15–39 lat	34,6	33,4	33,8	32,1	32,6	32,8	27,8

A – obywatele miasta wg GUS;

B – szacowana liczba obywateli miasta po odliczeniu emigracji długoterminowej;

C – prognozowana przez GUS liczba obywateli miasta.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Istnieje cała gama czynników zwiększających niebezpieczeństwo sięgnięcia po substancje psychoaktywne. Spośród pomierzonych w Gdańsku w ujęciu zbiorowym są to stopa bezrobocia oraz satysfakcja z życia. Aktualnie stopa bezrobocia rejestrowanego w Gdańsku jest bardzo niska. O ile na koniec 2003 r. wynosiła 12,7%, to w objętym analiza okresie była bardzo niska i spadała: 2015 r.: 4,0%; 2016 r.: 3,5%; 2017 r.: 2,7% i 2018 r.: 2,6% (BDL GUS). Stosowne pomiary poczucia jakości życia przez mieszkańców Gdańska są prowadzone co dwa lata, począwszy od 2008 r. O ile ogólny wskaźnik samooceny jakości życia w 2008 r. wyniósł 3,52; to w 2016 r. było to już 3,67 a w 2018 r. 3,70 (Brosz, Załęcki, 2018, ryc. 256, s. 161). Tak więc jakość życia, rozpatrywana w ujęciu makroskalowym, nie powinna raczej „motywować” do sięgania po narkotyki, zwłaszcza te związane z chęcią ucieczki przed problemami życia codziennego.

### Wnioski:

1. Wprawdzie zachodzące w Gdańsku przemiany demograficzne nie powodują na razie zmniejszenia liczby ludności Gdańska, lecz skutkują za to zmniejszaniem liczby osób w subpopulacji (15–39 lat) najbardziej zagrożonej narkomanią. Najnowsza prognoza GUS przewiduje, że w perspektywie kilku lat nastąpi jednak zmniejszenie liczby mieszkańców Gdańska i dalsze szybkie zmniejszanie liczebności subpopulacji w wieku 15–39 lat. Można zatem przypuszczać, że przy zachowaniu dotychczasowego poziomu rozprzestrzenienia narkomanii, liczba problemowych użytkowników narkotyków w Gdańsku powinna maleć.
2. Natężenie bezrobocia oraz deklarowany poziom zadowolenia z życia mieszkańców Gdańska nie są czynnikami sprzyjającymi rozprzestrzenieniu narkomanii (zwłaszcza w odniesieniu do narkotyków zażywanych w celu „ucieczki” od problemów życia codziennego).
3. Mamy w Gdańsku nieznaną liczbę osób (zarówno z innych regionów kraju, jak też i z zagranicy – głównie Ukrainy), które przebywają w mieście od dłuższego czasu nie wypełniając obowiązku meldunkowego. Z tej racji nie mają prawa korzystać z większości miejskich programów przeciwdziałania zjawisku narkomanii (ale mogą korzystać z kampanii ogólnodostępnych, przy realizacji których nie jest sprawdzany meldunek). Lecz osoby te, jeśli są zatrudnione legalnie

mogą korzystać z usług medycznych finansowanych przez NFZ. Ponadto w razie wejścia w konflikt z prawem mogą znaleźć się w statystykach służb odpowiedzialnych za przestrzeganie prawa.

## 1.2. Specyfika miasta

Możemy wyróżnić 3 czynniki decydujące o specyfice Gdańska jeśli chodzi o zagrożenie narkomania oraz o przeciwdziałanie jej. Dwa pierwsze są związane z ulokowaniem w granicach miasta dużego portu morskiego (największy w kraju) i portu lotniczego (trzeci co do wielkości w kraju), a trzeci wynika ze wzmożonego ruchu turystycznego (zwłaszcza latem). Gdańsk jest jednym miastem w kraju na terenie którego zlokalizowane jest jednocześnie duże lotnisko i duży port morski. Dodatkowo granica morska miasta stanowi zewnętrzną granicę Unii Europejskiej.

W Tab. 1.2. przedstawiono międzynarodowy ruch pasażerski obraz międzynarodowy obrót ładunków traktując te wielkości jako potencjalnie sprzyjające przywozowi narkotyków na terytorium Polski. Wprawdzie międzynarodowy ruch pasażerski w porcie morskim nie jest bardzo duży (o wiele większy jest w Gdyni), lecz za to ruch ładunków od czasu ostatniego kryzysu nieprzerwanie rośnie osiągając coraz większe wolumeny. W przypadku portu lotniczego mamy do czynienia z bardzo wyraźnym wzrostem liczby międzynarodowych pasażerów (o ile w 2003 r. było to 162,8 tys., to w 2018 już prawie 26 razy więcej) oraz mniej wyraźnym przyrostem ładunków.

Tab. 1.2. Międzynarodowy ruch pasażerski i towarowy na gdańskim lotnisku i w porcie

	Międzynarodowy ruch pasażerski [tys. osób]			
	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.
Port morski	108,0	103,6	105,7	brak danych
Port lotniczy	3013,1	3254,9	3697,6	4159,7
	Międzynarodowy ruch ładunków [tys ton]			
	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.
Port morski	31427,7	31205,4	33548,3	brak danych
Port lotniczy	5162,8	4864,2	5548,5	6213,3

Źródło: Rocznik..., 2018, Tab. 4.8. i 4.12 oraz mail z Działu Analiz Ekonomicznych i Marketingu Port Lotniczy im. Lecha Wałęsy.

Gdańsk jest jedną z najbardziej atrakcyjnych destylacji turystycznych w Polsce, co jest efektem głównie jego nadmorskiego położenia oraz posiadania licznych atrakcji turystycznych. Nie bez znaczenia jest także ważność Gdańska dla tzw. turystyki biznesowej i kongresowej. Według danych GUS w 2017 r. w Gdańsku z noclegów skorzystało 1,0 mln turystów z czego 38,5% stanowili turyści zagraniczni (Turystyka..., 2018). Natomiast według Gdańskiej Organizacji Turystycznej w 2018 roku w Gdańsku było 3,1 mln gości (w tym 31,0% z zagranicy), z tego 2,0 turystów i 1,1 odwiedzających (Ruch..., 2019). Do tego należy doliczyć turystów korzystających z tzw. wynajmu krótkoterminowego bez rejestracji bądź z noclegów u rodziny i znajomych.

W Polsce mamy dwa wielkie zespoły miejskie w przypadku których nie ma wyraźnie dominującego miasta w ich rdzeniu. Są to Trójmiasto oraz Konurbacja Górnośląska. Nie należy

także zapominać o powiązanej funkcjonalnie (np. poprzez duże dobowe przemieszczenia ludzi) z Gdańskiem rozległej strefie podmiejskiej<sup>5</sup>. Oprócz tego od 2011 roku funkcjonuje stowarzyszenie samorządowe „Obszar Metropolitalny Gdańsk-Gdynia-Sopot”, które za cel stawia sobie zacieśnienie współpracy pomiędzy samorządami i doprowadzenie do harmonijnego rozwoju obszaru. Aczkolwiek w dostępnej na jego stronie internetowej (<https://www.metropoliagdansk.pl/kim-jestesmy/dokumenty/>) strategii nie ani słowa na temat uzależnień (Strategia obszaru..., 2015).

#### Wnioski:

1. W Gdańsku potencjalnie istnieje podwyższone zagrożenie przestępczością narkotykową z racji:  
(1) lokalizacji na jego terenie ruchliwych przejść granicznych w porcie morskim i na lotnisku oraz (2) dużego ruchu turystycznego (zwłaszcza latem).
2. Funkcjonowanie Gdańska w ramach konurbacji oraz posiadanie rozległej strefy podmiejskiej powinny obligować władze miasta do chociaż częściowej koordynacji działań z innymi samorządami (zwłaszcza tworzącymi wraz z Gdańskiem rdzeń aglomeracji, tj. Gdynią i Sopotem).

---

<sup>5</sup> Aczkolwiek jej delimitacja, w zależności od autora – jest zróżnicowana (por. M. Turzyński, 2015).

## 2. Stan prac nad wdrożeniem monitoringu problemu narkotyków i narkomanii w Gdańsku

### 2.1. Organizacja monitoringu

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005 Nr 179 poz 1485 – cytaty poniżej pochodzą z wersji ujednoliconej opracowanej na podstawie Dz. U. z 2019 r. poz 852) do przeciwdziałania narkomanii szczególnie predestynowane są organy administracji rządowej oraz jednostki samorządu terytorialnego (art. 5.1.). Oprócz nich zadania te powinny być realizowane także przez inne instytucje (wymienione w art. 5.2.), jak chociażby przedszkola i szkoły, szkoły wyższe, podmioty lecznicze, ośrodki pomocy społecznej itd. Ponadto zadania te mogą realizować także organizacje pozarządowe i inne podmioty w obrębie swojej działalności statutowej związanej z szeroko rozumianym przeciwdziałaniem narkomanii.

Zgodnie z art. 10.1. przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, które powinny obejmować:

- 1) „zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;
- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo--rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- 4) wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
- 5) pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.”

W kontekście niniejszego opracowania powyższe pięć punktów jest istotnych, gdyż stanowi jedną z podstaw oceny Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Ustawodawca za szczególnie ważne uznał prowadzenie w ramach tego programu działalności w szkołach i placówkach systemu oświaty, gdyż działalności w nich są poświęcone nie tylko punkt 3. z przytoczonego powyżej art. 10 ust. 1, ale także aż dwa całe nowe ustępy w tym artykule, tj. art. 10 ust. 2a i art. 10 ust. 2b. Poniżej przywołano dosłownie ich treść:

„2a. W Gminnym Programie uwzględnia się działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną prowadzoną w szkołach i placówkach systemu oświaty zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ust. 3, a także diagnozę w zakresie występujących w szkołach i placówkach systemu oświaty czynników ryzyka i czynników chroniących przeprowadzaną zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ust. 3.

„2b. W ramach Gminnego Programu w szkołach i placówkach systemu oświaty są realizowane w szczególności działania o potwierdzonej skuteczności lub oparte na naukowych podstawach prowadzone w zakresie działalności, o której mowa w ust. 2a.”

W objętym analizą okresie (2015–2018) początkowo podstawę działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowił „Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016” przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów w dniu 22 marca 2011 r. (Dz.U. 2011, Nr 78, poz. 428). Później nastąpiła konsolidacja działań w zakresie ochrony zdrowia i podstawą jest „Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020” przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz. U. 2016 poz. 1492).

#### Wnioski:

1. Wprowadzenie w znowelizowanej „Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii” (Dz. U. 2005 Nr 179 poz 1485, wersja ujednolicona z Dz. U. z 2019 r. poz 852.) dwóch nowych ustępów (2a i 2b) w artykule 10. spowodowało, że w Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na następne lata należy poświęcić dużo większą wagę działalności w szkołach i placówkach systemu oświaty.

#### **2.2. Zakres dostępnych danych i ich ocena**

Podstawowym czynnikiem decydującym o wyborze źródeł danych do monitoringu są zapisy „Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”. Od strony praktycznej cenne wskazówki zawierają publikacje Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Są podane możliwe do wykorzystania źródła danych oraz propagowane metody monitorowania. Źródła danych na temat narkomanii oraz przeciwdziałania jej możemy podzielić na pierwotne, czyli gromadzone przez autorów raportu oraz wtórne, których wykorzystanie mieści się w ramach procedury tzw. desk research. Poniżej omówiono źródła danych wykorzystane w rozdziałach 1–6.

Źródła danych możemy podzielić według kryterium administracyjnego (gmina/powiat, województwo, ogólnopolskie) oraz funkcjonalnego (administracja samorządowa i administracja rządowa; instytucje służby zdrowia niezależnie od formy własności; instytucje wymiaru sprawiedliwości oraz stosowne służby; organizacje pozarządowe itd.).

W pracy skorzystano głównie z informacji uzyskanych od instytucji, które swoim zasięgiem działania obejmują ściśle miasto na prawach powiatu Gdańsk (Urząd Miasta Gdańska, Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku, Komendę Miejską Policji w Gdańsku, Komendę Straży Miejskiej w Gdańsku) bądź województwo pomorskie (Pomorska Izba Celno-Skarbowa w Gdyni, Morski Oddział Straży Granicznej im. Karola Bacza, Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, Wydział Zdrowia – PCZP Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku). Trzecią grupę stanowią podmioty, których zasięg działania nie został ściśle określony, tym niemniej większość ich działań ogranicza się do Gdańska (lub Trójmiasta),

względnie województwa pomorskiego. Są to przede wszystkim placówki zdrowia, z których za najważniejsze należy uznać: Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku; SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gdańsku; Stowarzyszenie MONAR, Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień u Dzieci i Młodzieży w Gdańsku; Stowarzyszenie MONAR, Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsk.

Do wzmiankowanych instytucji skierowano zapytania. Natomiast zrezygnowano z wysyłania zapytań do dwóch rodzajów instytucji: sądów oraz organizacji pozarządowych których głównym polem działalności nie jest przeciwdziałanie narkomanii. W pierwszym przypadku uznano, że wystarczą dane uzyskane od policji i uzupełnianie ich o dane pochodzące z sądów byłoby bardziej zaciemnianiem obrazu ograniczania popytu na substancje psychoaktywne, niż jej doprecyzowywaniem. W drugim przypadku zadowolono się danymi uzyskanymi na temat tych instytucji z Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (dla objętych analizą 4 lat). Tutaj także uznano, że nadmierne uszczegółowianie informacji w raporcie będzie bardziej dla niego szkodą niż walorem.

Nowością w tym raporcie jest zwrócenie się do Kuratorium Oświaty w Gdańsku o informacje na temat realizowanych przez te instytucje programów profilaktyki narkomanii oraz o informacje na temat programów wychowawczo-profilaktycznych opracowywanych przez szkoły.

Nowością jest także zwrócenie się o dane do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku. Przyczyny są dwie. Po pierwsze jest to realizacja od 2016 r. przez PSSE w Gdańsku programu edukacyjnego „Dopalacze – nowe wyzwania” (Nowak, Hrycz (red.), 2015). Druga jest związana z tym, że wprawdzie od kilku lat Główny Państwowy Inspektorat Sanitarny zbiera dane na temat liczby zatruć tzw. dopalaczami. Lecz dopiero nowelizacja „Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii” z dnia 20 sierpnia 2018 r. wprowadziła obowiązek raportowania o nich do tej instytucji (art. 30a). Zatem dopiero 2019 rok będzie pierwszym dla którego dane na ten temat będą dokładnie oddawały stan faktyczny.

Ważnym źródłem danych są także wyniki badań ankietowych przeprowadzanych w latach 2015 i 2019 wśród dorosłych mieszkańców Gdańska oraz wśród uczniów gdańskich szkół (to drugie według metodologii ESPAD).

Ponadto w pracy wykorzystano opracowania udostępniane w Internecie przez Główny Urząd Statystyczny. Są to głównie dane pochodzące z Banku Danych Lokalnych, jeśli korzystano z innych danych GUS – każdorazowo to zaznaczano. Sporadycznie korzystano także z innych, niż wymienione powyżej źródeł – każdorazowo ten fakt stosownie opisywano.

Wnioski:

1. Natomiast w przypadku raportów z badań ankietowych powinna być dołączana do nich bardzo szczegółowa część z załącznikami, w których w formie tabelarycznej (w postaci liczb bezwzględnych lub udziałów procentowych z dokładnością do jednego miejsca po przecinku) prezentowano by wszystkie uzyskane wyniki. Najlepszym rozwiązaniem byłoby tutaj opracowanie przez GCPU bardzo dokładnego opisu co w takim raporcie powinno się znaleźć – zapewni to lepszy wybór zmiennych do niniejszego opracowania oraz porównywalność wyników badań z kolejnych lat.

### 2.3. Opis procedury badawczej

Zakres przestrzenny badania obejmuje lata 2015–2018. W niektórych przypadkach sięgano do lat wcześniejszych lub podawano wyniki prognoz. Dodatkowo, pomimo tego że przekracza to zakres czasowy opracowania, sięgnięto do badań ankietowych przeprowadzonych w 2019 roku wśród dorosłych mieszkańców Gdańska oraz wśród uczniów gdańskich szkół. Zakres przestrzenny opracowania obejmuje miasto na prawach powiatu Gdańsk, lecz w niektórych sytuacjach odwoływano się do danych odnoszących się do terenu województwa pomorskiego.

W pracy oparto się na dwóch odmiennych procedurach gromadzenia danych. W przypadku rozdziałów 1–6 jest to analiza materiałów zastanych (ang. *desk research*). Badania te przeprowadzono zgodnie z wytycznymi zawartymi w publikacji B. Czarniawskiej (2014). W drugiej części raportu zawarto wyniki badania ankietowego, którego metodykę omówiono w rozdz. II. Po sformalizowaniu zapotrzebowania na dane do poszczególnych instytucji wysyłano list polecony z prośbą o udostępnienie danych. Odpowiedzi otrzymywano najdalej w ciągu miesiąca mailem lub także listem poleconym. W przypadku braku odpowiedzi – po miesiącu prośbę ponawiano. Jeśli nadal nie otrzymano odpowiedzi: ten fakt zaznaczano w stosownym miejscu w raporcie.

Zakres przeprowadzonej analizy oraz układ wewnętrzny przedstawionego raportu w dużej mierze pokrywa się z wytycznymi zawartymi w publikacjach Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (B. Bukowska i inni (red.), 2008; A. Malczewski (red.), 2013; Tworzenie..., 2010). Natomiast jego forma i zakres tematyczny nawiązuje do poprzedniego raportu (opracowanego w 2015 r.) – powinno tu ułatwić ewentualne porównywanie zawartych w nich treści.

Mając na względzie, przytoczoną we wstępie, treść pkt. 2, 9 i 11 art. 3 ust. 5. rozporządzenia „Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020” (Dz. U. 2016 poz. 1492) sugeruje się synchronizację trzech rodzaju badań: (1) badań ankietowych wśród dorosłych mieszkańców Gdańska w zakresie rozprzestrzenienia uzależnień od substancji psychoaktywnych i ewentualnie behawioralnych; (2) badań ankietowych wśród młodzieży uczącej się w gdańskich szkołach zgodnych z metodologią ESPAD; (3) opracowywanie raportu na temat rozprzestrzenienia narkomanii i przeciwdziałania jej na terenie powiatu grodzkiego Gdańsk, wraz z ewaluacją Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Mając na względzie te wytyczne proponuje się przeprowadzanie tych badań nie rzadziej niż raz na 4 lata w następującym cyklu: badania opisane w

punktach 1 i 2 rok wcześniej niż badanie opisane w punkcie 3. W ten sposób np. przygotowany w 2023 roku raport opisany w punkcie 3. zawierałby analizę z lat 2019–2022, a w szczególności wyniki badań opisanych w punktach 1 i 2, które koniecznie musiałyby być zrealizowane w 2022 roku. Sugeruje się także coroczne uczestnictwo przedstawiciela administracji miasta Gdańska w konferencjach poświęconych monitoringowi zagrożenia narkomanią na poziomie lokalnym organizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

#### Wnioski:

1. Przeprowadzanie badanie jest zgodne z postulatem triangulacji danych. Gdyż z jednej strony zawiera analizę tzw. materiałów zastanych (ang. *desk research*), a z drugiej strony zawiera wyniki badania ankietowego.
2. Zalecana jest synchronizacja trzech rodzajów badań: dwóch ankietowych nt. rozprzestrzenienia narkomanii wśród dorosłych mieszkańców Gdańska oraz wśród uczniów gdańskich szkół (Ścisłe według metodologii ESPAD) oraz raportów dotyczących zagrożenia narkomanią i przeciwdziałania mu wraz ewaluacją Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Sugeruje się aby te badania przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 4 lata. Z tym, że oba badania ankietowe powinny być realizowane rok wcześniej niż raport.



### 3. Charakterystyka zjawiska i trendów

#### 3.1. Używanie narkotyków w populacji generalnej

Istnieje wiele metod szacowania ilości problemowych użytkowników narkotyków (J. Sierosławski, 2008). W dotychczasowych opracowaniach dla Gdańska stosowano metodę wielokrotnego połowu (*capture-recapture*) w wariacie dla dwóch źródeł danych. Lecz z powodu RODO i obaw przed prawomocnością dotychczasowego kodowania danych<sup>6</sup> zrezygnowano ze stosowania tej metody. Szacowania liczby problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych dokonano zatem w oparciu o badania ankietowe. Jest to możliwe, gdyż z jednej strony są one reprezentatywne, a z drugiej znany liczebność badanych populacji.

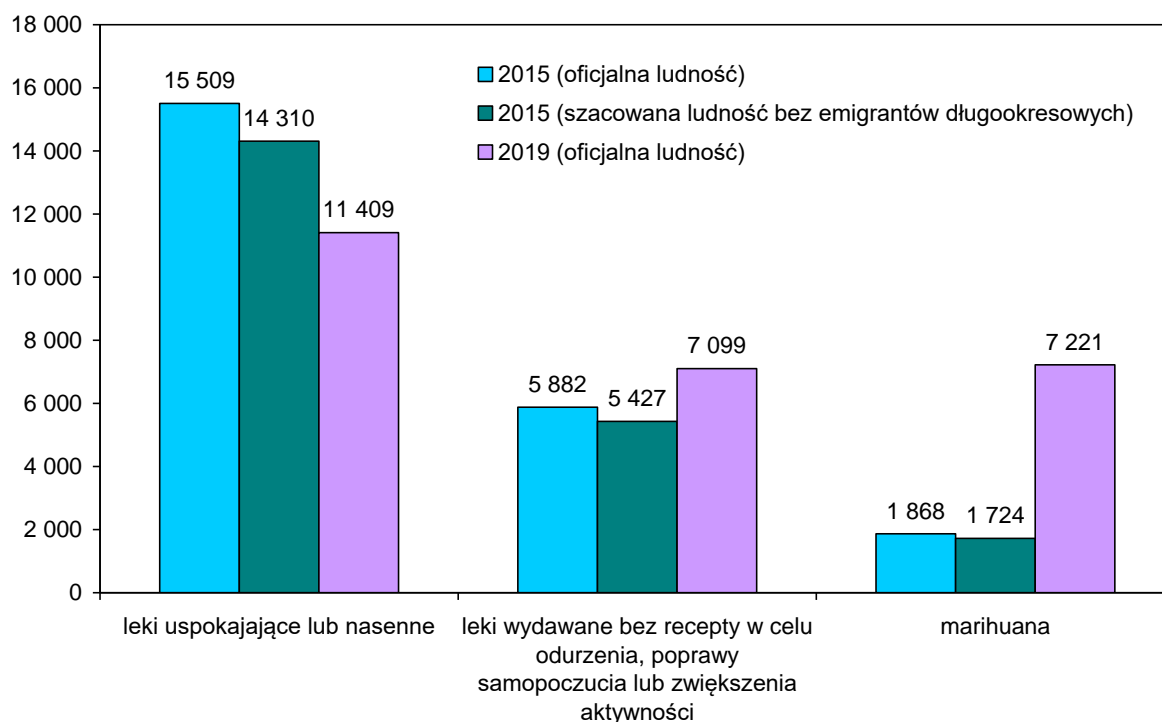
Jak wspomniano powyżej, szacowania liczby dorosłych problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych dokonano nową metodą w oparciu o wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w 2015 r. i w 2019 r. Przy założeniu reprezentatywności tych badań – uzyskane odsetki odnoszono dla 2015 r. do dwóch liczb odzwierciedlających liczbę mieszkańców Gdańska (podawaną oficjalnie i z uwzględnieniem szacunku jej zmniejszenia o emigrantów długookresowych). Natomiast dla 2019 r. odnoszono tylko do oficjalnej liczby mieszkańców miasta (ponieważ niezbędne do szacunku dane GUS opublikuje najprawdopodobniej z około 2-letnim opóźnieniem). Za osoby uzależnione uznawano takie, które deklarują częste zażywanie danych substancji<sup>7</sup> w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Konstrukcja ankiety umożliwia oszacowanie liczby problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych w trzech kategoriach zaznaczonych na ryc. 3.1. Dane dla 2015 i 2019 r. są porównywalne, ponieważ w tym czasie liczba oficjalnej ludności Gdańska zmieniła się w nieznaczny stopniu (387 002 osób w 2015 r. i 385 751 w 2019 r.). Z porównania tych dwóch lat wynika, że o ile liczba osób przyjmujących bardzo często leki uspokajające i nasenne, a także liczba osób przyjmujących leki wydawane bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności – nie uległa poważniejszym zmianom, to drastycznie wzrosła liczba osób deklarujących częste zażywanie marihuany. Zmiana ta jest szczegółowo omówiona w rozdziale II.2.3.

---

<sup>6</sup> Wątpliwości co do tego były już zgłaszane przy okazji opracowywania raportu w 2015 roku.

<sup>7</sup> Liczono łącznie odpowiedzi „codzienne lub prawie codziennie” i „5–6 razy w tygodniu”.

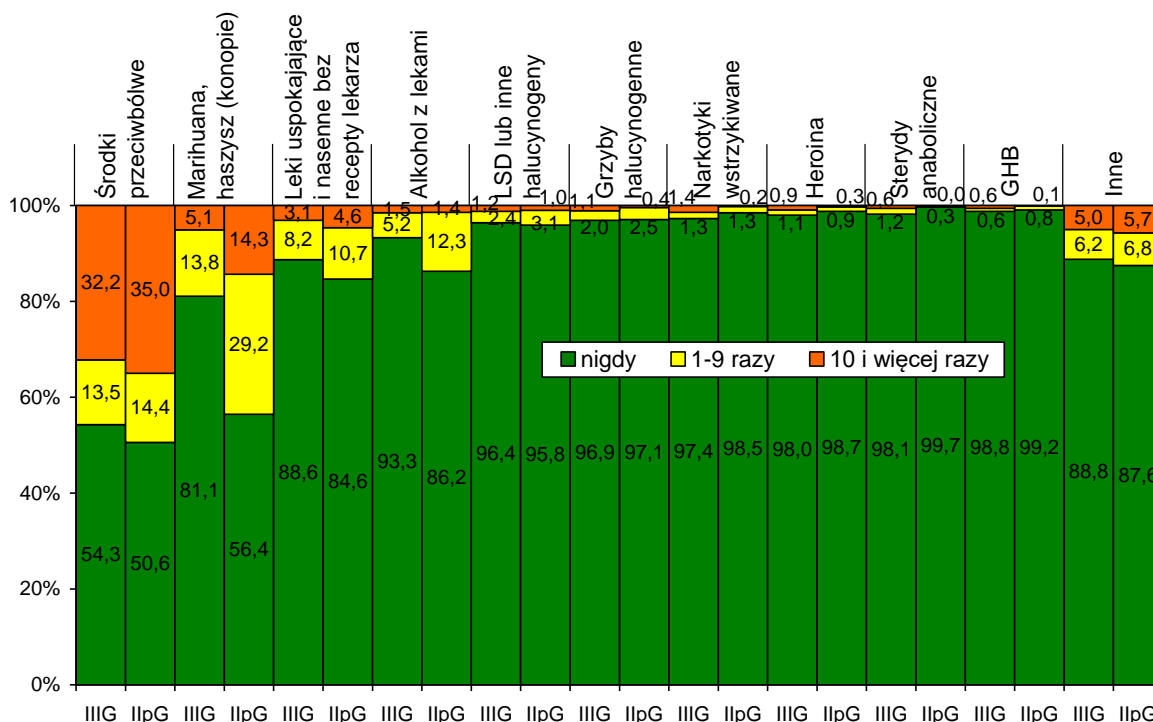
Ryc. 3.1. Deklarowane rozpowszechnienie używania wybranych substancji psychoaktywnych wśród dorosłej populacji Gdańska w 2015 roku (ocenione na podstawie odpowiedzi łącznie „codziennie lub prawie codziennie” i „5–6 razy w tygodniu” na pytanie o używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy) i w 2019 r. (ocenione na podstawie odpowiedzi „5–6 razy w tygodniu lub częściej” na pytanie o używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy)



Źródło: 2015 r.: obliczenia własne na podstawie danych zawartych w M. Abramowicz i inni (2018), BDL GUS, Informacja..., 2018; 2019 r.: rozdz. II niniejszego opracowania; dane na temat ludności do obliczeń wzięto z Bazy Demografia GUS.

Szczegółowe wyniki ostatniego badania typu ESPAD wśród uczniów gdańskich szkół (2015 r.) przedstawiono w załączniku nr 3.1. Natomiast syntetycznie zaprezentowano je na ryc. 3.2. Wynika z niego, że najpopularniejszym narkotykiem wśród uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych jest marihuana (przynajmniej jeden raz zażyło ją 18,9% respondentów z gimnazjum i aż 43,6% ze szkoły ponadgimnazjalnej). Poważnym problemem jest niewłaściwe przyjmowanie leków – około połowy uczniów obu typów szkół zażywało co najmniej jeden raz środek przeciwbólowy (co potencjalnie może świadczyć o dużych problemach zdrowotnych uczniów gdańskich szkół). Lecz dużo bardziej destrukcyjne dla młodych ludzi jest przyjmowanie leków uspokajających i nasennych bez recepty lekarza (minimum jeden raz zrobiło to 11,4% uczniów gimnazjum i 15,4% szkoły ponadgimnazjalnej) oraz łączenie leków z alkoholem (że zrobiło to chociaż jeden raz zadeklarowało 6,7% uczniów gimnazjum i 13,8% szkoły ponadgimnazjalnej). Pozostałe objęte badaniem substancje psychoaktywne są zażywane raczej rzadko.

Ryc. 3.2. Deklarowane rozpowszechnienie narkomanii wśród uczniów gdańskich szkół w 2015 roku oceniane na podstawie odpowiedzi na pytanie: Ile razy w życiu (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać danego narkotyku?



Źródło: obliczenia własne M. Brosza z dn. 20.03.2016 r. w oparciu o surowe dane z: Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną, Gdańsk, 2015, WRS UMG (tylko dla marihuany wzięto dane bezpośrednio z tego badania).

Lecz do powyższych wyników należy podchodzić ostrożnie. Do sformułowania takiego ostrzeżenia skłaniają da spostrzeżenia:

- uczniowie gimnazjum o wiele częściej, niż szkoły ponadgimnazjalnej deklarowali używanie narkotyków 40 i więcej razy, zwłaszcza chodzi tu o: LSD lub inne halucynogeny (odpowiednio: 0,9% i 0,7%), heroinę (0,6% i 0,1%), grzyby halucynogenne (0,8% i 0,1%), GHB (0,6% i 0,0%), sterydy anaboliczne (0,6% i 0,0%), narkotyki wstrzykiwane (1,1% i 0,2%).
- relatywnie wysoki odsetek uczniów w gimnazjum (0,6%), którzy zadeklarowali, że zażywali 40 razy i więcej relexin<sup>8</sup> – w szkole ponadgimnazjalnej było to 0,1%.

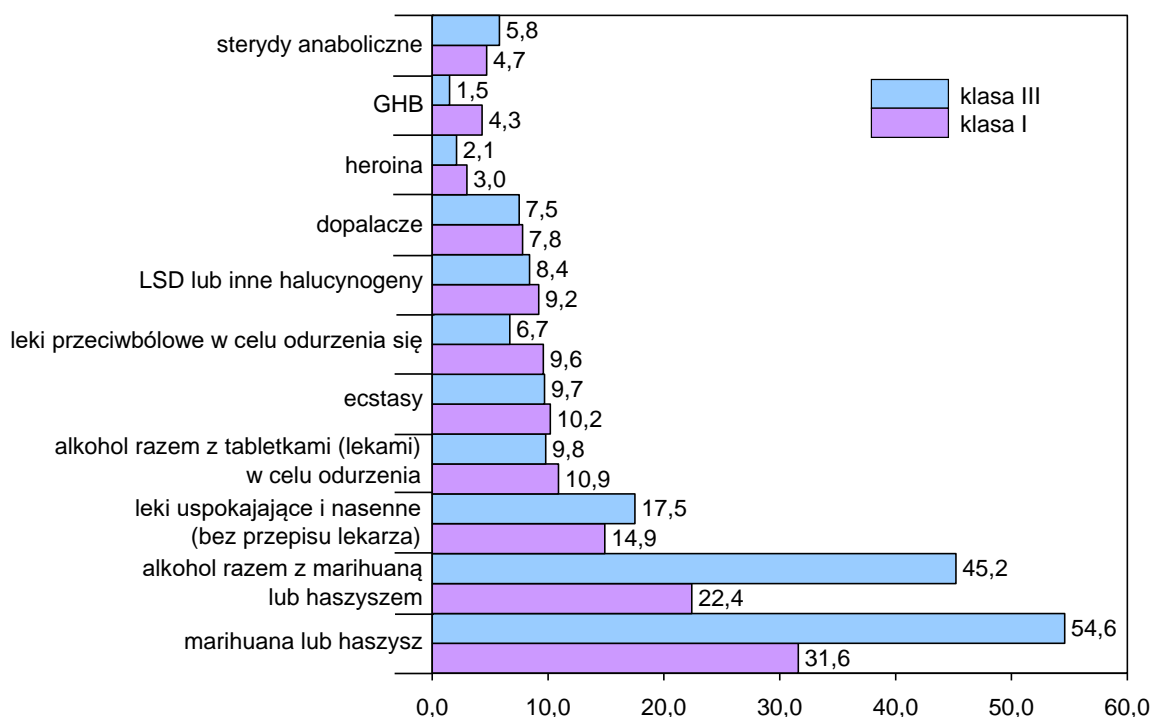
Zatem istnieje uprawnione podejrzenie, że część respondentów (zwłaszcza dotyczy to uczniów gimnazjum) „dla jaj” deklarowało używanie niektórych substancji psychoaktywnych.

Szczegółowe dane na temat zażywania przez uczniów gdańskich szkół substancji psychoaktywnych zawarto w raporcie M. Brosz (2019)<sup>9</sup>, a syntetycznie i dość szczegółowo przedstawiono je w zał. 3.2. W tym miejscu przedstawiono jedynie wyniki dotyczące odpowiedzi o zażywanie kiedykolwiek w życiu wybranych substancji psychoaktywnych (ryc. 3.3).

<sup>8</sup> Jest to wymyślona nazwa, nie będąca określeniem żadnej występującej w rzeczywistości substancji psychoaktywnej.

<sup>9</sup> Brosz M., 2019, Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród uczniów szkół ponadpodstawowych na terenie miasta Gdańska. Raport z badań socjologicznych. Maszynopis w GPCU.

Ryc. 3.3. Używanie kiedykolwiek w życiu [w %] wybranych substancji psychoaktywnych przez uczniów gdańskich szkół średnich w 2019 roku



Źródło: Brosz M., 2019, Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród uczniów szkół ponadpodstawowych na terenie miasta Gdańska. Raport z badań socjologicznych. Maszynopis w GCPU.

Na powyższej rycinie zaznaczono deklaracje „kiedykolwiek w życiu”, ale jeśli spojrzymy na dane w zał. 3.2. to z badania ESPAD 2019 wyłania się niebezpieczny obraz „powrotu” dopalaczy. Na przykład 3,4% uczniów klas III zadeklarowało, że używało ich w ciągu ostatniego roku, podczas gdy wśród o 2 lata młodszych osób jest to 5,9%. Oczywiście z takimi sytuacjami mamy do czynienia także w przypadku innych substancji, np. LSD i innych halucynogenów (kiedykolwiek w życiu: kl. I – 9,2%, kl. III – 8,4%), leki przeciwbólowe w celu odurzenia się (kiedykolwiek w życiu: kl. I – 9,6% i kl. III – 6,7%), czy przyjmowanie alkohol razem z tabletkami (lekami) w celu odurzenia (kiedykolwiek w życiu: kl. I – 10,9% i kl. III – 9,8%)

Ponadto w badaniu ESPAD 2015 zapytano uczniów, ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się wdychać substancje chemiczne (klej, aerozole itp.) po to, żeby być odurzonym? 87,4% uczniów gimnazjum i 89,2% szkół ponadgimnazjalnych stwierdziło, że nigdy w życiu. Natomiast, że 40 razy więcej zadeklarowało odpowiednio 1,6% i 0,7%. Czyli po raz kolejny sytuacja w III klasie gimnazjum przedstawia się gorzej, niż w II klasie szkoły ponadgimnazjalnej.

W badaniu ESPAD 2015 3,3% uczniów III klasy gimnazjum i 6,6% II klasy szkoły ponadgimnazjalnej zadeklarowało, że używało dopalaczy – daje to 354 uczniów gimnazjów<sup>10</sup> i aż

<sup>10</sup> Wyniki z III klasy gimnazjum rozciągnięto na wszystkie trzy klasy gimnazjum, a następnie przeliczono przez liczbę wszystkich uczniów gdańskich gimnazjów w roku szkolnym 2015/2016 (10 713 osób).

970 uczniów szkół poandgimnazjalnych<sup>11</sup>. Jeśli dodatkowo do tych liczb dodamy 6,4% uczniów gimnazjum i 7,7% szkoły ponadgimnazjalnej zadeklarowali że nie widzą / nie są pewni czy zażyta substancja była dopalaczem – wyłania się niepokojący obraz zjawiska<sup>12</sup>.

### Wnioski:

1. Według badań z 2015 r. liczba dorosłych obywateli Gdańska deklarujących, że codziennie lub prawie codziennie zażywają marihuanę wynosiła w 2015 r. 1868 osób i bardzo dramatycznie wzrosła, gdyż w 2019 r. było to aż 7221 osób. Można zatem stwierdzić, że zagrożenie marihuaną jest coraz większym problemem w Gdańsku.
2. Na podstawie badań dorosłej populacji Gdańska widać wyraźnie, że nadmierne używanie leków nasennych, poprawiających nastrój itd. jest w Gdańsku bardzo rozpowszechnione.
3. Nie dość, że przez czas utrzymuje się wysoki poziom zagrożenia młodzieży ze strony marihuany, to porównanie lat 2011 i 2015 wskazuje że nawet rośnie<sup>13</sup>.
4. Cały czas problemem jest niewłaściwe zażywanie leków przez zbyt duży odsetek uczniów gdańskich szkół (dotyczy to zarówno niewłaściwego zażywania leków, jak i łączenia ich z alkoholem).
5. Zaskakujące jest, że przy wielu substancjach psychoaktywnych częstokroć deklarowana w ankiecie przez uczniów sytuacja osób młodszych (III klasa gimnazjum w ESPAD 2015 i I klasa szkoły średniej w ESPAD 2019) była gorsza, niż osób starszych (II klasa szkoły ponadgimnazjalnej w ESPAD 2015 i III klasa szkoły średniej w ESPAD 2019).
6. Potencjalnie problem wśród uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych zlokalizowanych na terenie Gdańska jest próbowanie dopalaczy. Według badania ESPAD 2015 przynajmniej raz spróbowało ich 354 uczniów gimnazjum i aż 970 uczniów klas I-III szkół ponadgimnazjalnych.

### **3.2. Problemowe użytkowanie narkotyków**

Osobę, która podjęła leczenie z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych bez wątpliwości możemy uznać za problemowego użytkownika narkotyków. Na ryc. 3.4. przedstawiono liczbę mieszkańców Gdańska leczonych z tego powodu na terenie województwa pomorskiego w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Widać niewyraźną tendencję wzrostową, a liczba tych osób przekroczyła w ostatnim roku 1000<sup>14</sup>.

---

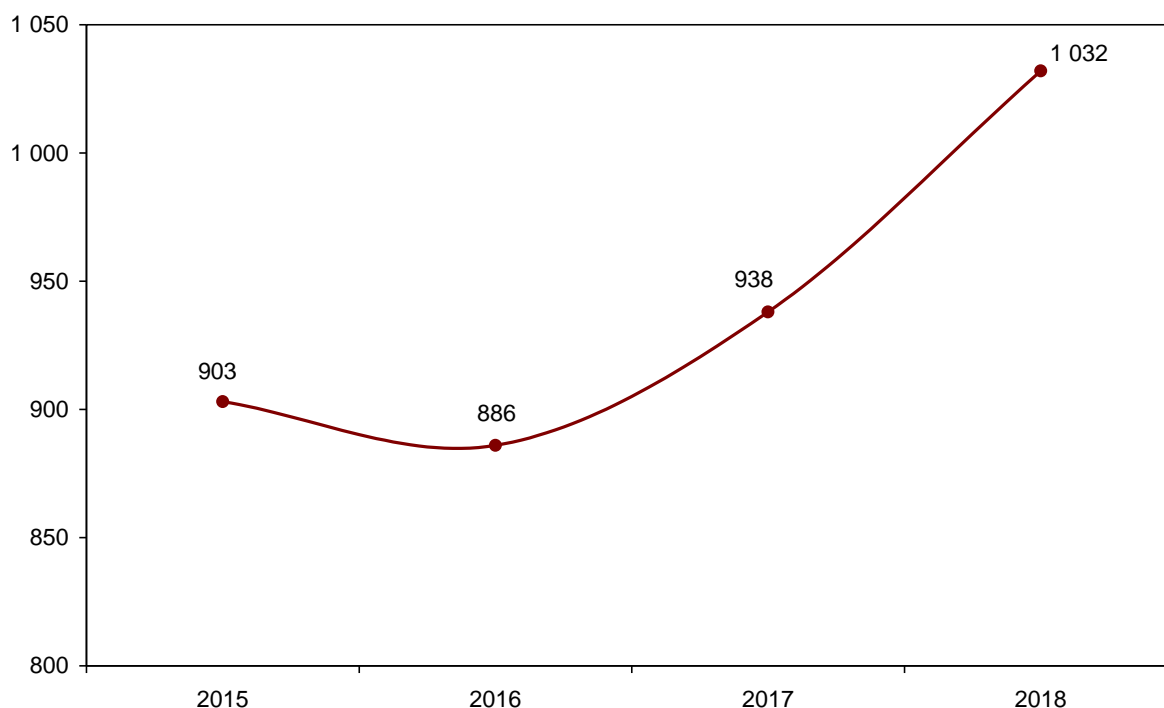
<sup>11</sup> Wyniki z II klasy szkoły ponadgimnazjalnej rozciągnięto na klasy I-III tych szkół, a następnie przeliczono przez liczbę uczniów klas I-III gdańskich szkół ponadgimnazjalnych w roku szkolnym 2015/2016 (14 703 osoby).

<sup>12</sup> Były możliwe trzy odpowiedzi, trzecia to nie, nie zażywałem – wybrało ją 90,3% uczniów gimnazjum i 85,8% szkół ponadgimnazjalnych.

<sup>13</sup> Np. deklarowało że zażywało ją 10 lub więcej razy w 2011 r. 11% uczniów szkół ponadgimnazjalnych, a w 2015 r. było to już 14,3%.

<sup>14</sup> Tym niemniej należy mieć na uwadze, że ostateczna liczba leczonych obywateli Gdańska jest nieznacznie wyższa, ponieważ mogą podejmować oni leczenie w placówkach zlokalizowanych poza województwem pomorskim oraz wprawdzie uzależnienie od narkotyków może być bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się do leczenia, lecz mogą leczyć się w innych rodzajach niż dwa podane wyżej.

Ryc. 3.4. Liczba mieszkańców Gdańska leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych na terenie województwa pomorskiego w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień



Źródło: pismo 2019.76263.WSOZ-M-AS.MS WSOZ-M-AS.0123.1.14.2019.

Z drugiej strony na analizowane zjawisko można spojrzeć od strony badań ankietowych. W 2015 r. osoby zażywające narkotyki w swojej najbliższej rodzinie dostrzegało 7,6% dorosłych respondentów<sup>15</sup> i najbardziej dostrzegają to osoby młodsze (18–29 lat) – 18,8%. Zdaniem respondentów, którzy dostrzegali zażywanie substancji psychoaktywnych wśród znajomych, najczęściej były to<sup>16</sup> marihuana lub haszysz (31,4%), leki uspokajające lub nasenne dostępne tylko na receptę przyjmowane bez przepisu lekarza (19,3%), amfetamina (11,5%) (M. Abramowicz, 2018, s. 133–138). Dla porównania w 2019 r. dostrzegało już 11,3% (szczegółowo przedstawiono to w rozdz. II.5., ryc. 5.1.).

### Wnioski:

1. Liczba mieszkańców Gdańska leczonych z powodu uzależnień od substancji psychoaktywnych na terenie województwa pomorskiego w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień nieznacznie rośnie. Trudno jest stwierdzić, czy jest to efekt wzrostu liczby problemowych użytkowników narkotyków, większej chęci leczenia u tych osób, czy lepszej dostępności do leczenia.
2. Powoli wzrasta liczba osób dostrzegających zażywanie narkotyków przez osoby z najbliższej rodziny (ale osobną kwestią jest to, czy jest to efektem wzrostu liczby osób zażywających narkotyki, czy większej spostrzegawczości respondentów).

<sup>15</sup> Liczono razem odpowiedzi „tak” i „raczej tak”.

<sup>16</sup> Zliczono razem wszystkie kategorie inne niż „nikt”.

### 3.3. Konsekwencje zdrowotne i społeczne osób uzależnionych

Dane na temat konsekwencji zdrowotnych i społecznych związanych z zażywaniem narkotyków podzielono na dotyczące umieralności, pomocy społecznej oraz wybranych skutków prawnych. Dodatkowo przedstawiono skutki wśród młodzieży i odsetek osób, które zauważyły niepokojące zachowania związane z narkotykami.

Liczba zgonów z powodu zażywania narkotyków w okresie 2015–2017<sup>17</sup> nie uległa poważnym zmianom oscylując w okolicy 7–9 zgonów rocznie. Była ona podobna do notowanej w latach poprzednich<sup>18</sup>. Łącznie w okresie 2015–2017 odnotowano 24 zgony, z czego większość przypadła na mężczyzn (83,3%). Możemy wyróżnić 4 grupy przyczyn zgonów z powiązane z zażywaniem narkotyków, z czego wyraźnie dominują dwie pierwsze (ryc. 3.5):

- wypadkowe zatrucie przez narażenie na działanie szkodliwych substancji (X40–X49, z tego z narkotykami są związane: X42 i X44): 13 osób;
- zamierzone samouszkodzenie (X60–X84, z czego z narkotykami są związane X62 i X64): 13 osób;
- zdarzenia o nieokreślonym zamiarze (Y10–Y34, z tego z narkotykami są związane Y12 i Y14): 1 osoba;
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99, z tego z narkotykami są związane F11, F12, F14, F15, F16, F19): 0 osób.

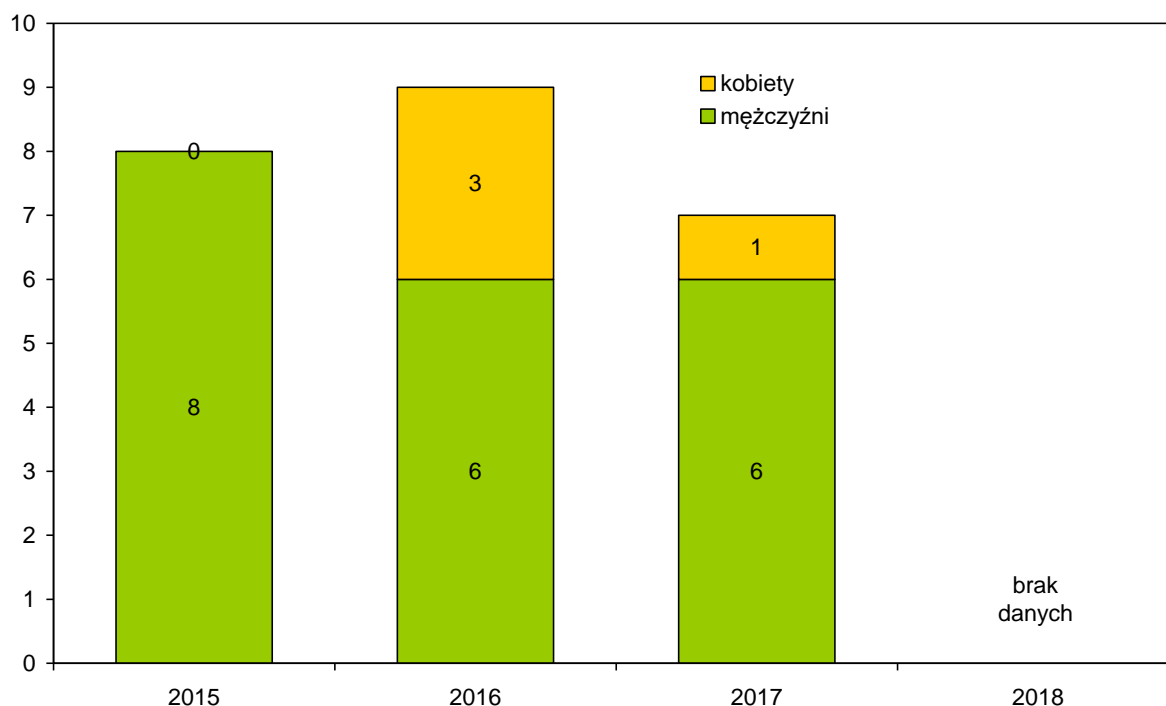
Szczegółowo dane na temat zgonów przedstawiono w zał. 3.3. Tam też jest zawarte wyjaśnienie użytych skrótów.

---

<sup>17</sup> Dane na temat zgonów według przyczyn, płci i powiatów są przez GUS publikowane z dużym opóźnieniem, stąd w momencie przygotowywania raportu nie było jeszcze danych za 2018 rok.

<sup>18</sup> W okresie 2003–2014 maksimum odnotowano w 2009 r. – 13 zgonów, minimum w latach 2005 i 2011 – po 4 zgony.

Ryc. 3.5. Liczba osób zmarłych obywateli Gdańska w latach z powodu używania narkotyków (F11–F12, F14–F16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12, Y14 – objaśnienie skrótów w zał. 3.3.)



Źródło: baza Demografia GUS

Według danych otrzymanych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej<sup>19</sup> liczba zatruć dopalaczami na terenie Gdańska ulega zmniejszeniu, gdyż w 2015 r. było to 48 przypadków (w tym jeden zgon), w 2016 r.: 44, w 2017 r.: 28, a w 2018 r. zaledwie 18 (pismo: OHP.9011.4.185.2019.AK). Ale może to świadczyć o dwóch rzeczach: (1) albo faktycznie dopalacze są zażywane rzadziej, (2) albo producenci dopalaczy lepiej dobierają wielkość dawki do mocy sprzedawanej substancji psychoaktywnej<sup>20</sup>.

Jest cała gama skutków społecznych związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych. System statystyki daje szansę na wychwycenie związanych z biedą oraz przestępczością.

Na ryc. 3.6. przedstawiono liczbę rodzin oraz liczbę osób w rodzinach, które otrzymywały pomoc z powodu narkomanii z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku. Jak widać, nie są to duże wartości. I mało zmieniają się one w ciągu ostatnich lat<sup>21</sup>. Symptomatyczne jest, że liczba osób w rodzinach i rodzin jest zbliżona – świadczy to o małej skłonności osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych do zakładania lub trwania w związkach.

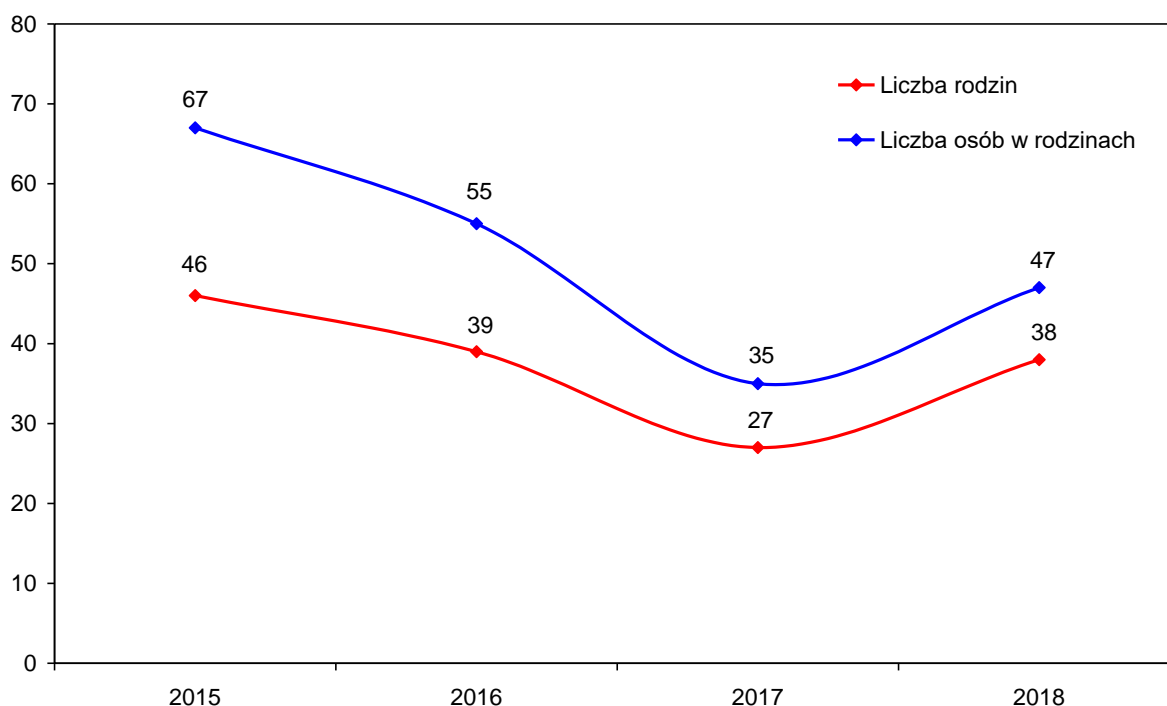
<sup>19</sup> Ale należy pamiętać, że zgłaszanie zatruć dopalaczami do WSS-E jest obowiązkowe dopiero od końca 2018 r.

<sup>20</sup> Potwierdzać tę tezę może przyjrzenie się liczbie decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku wymierzających kary pieniężne dla osób wprowadzających do obrotu środki zastępcze i dopalacze (pismo: OHP.9011.4.185.2019.AK). W 2015 r. były to 2 decyzje, w następnym roku 0, w 2017 r. ponownie 2, a w 2018 r. aż 14 (ale tutaj znowu jest wątpliwość – może to także być skutkiem lepszego ścigania dealerów).

<sup>21</sup> Dla okresu 2008–2014 wartości były podobne wynosząc 32–42 rodziny oraz 36–48 osób. Wcześniej maksimum odnotowano w 2004 r. kiedy to było 96 rodzin jednoosobowych.



Ryc. 3.6. Liczba rodzin i osób w nich, którym Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w latach 2015–2018 udzielił pomocy w związku z narkomanią



Źródło: pismo PS.SAMRAR.0162.5.19.

Należy jednakże mieć na uwadze, że ze względu na ostre kryteria dochodowe uprawniające do otrzymania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej – liczba rodzin zagrożonych narkomanią i jednocześnie otrzymujących pomoc społeczną jest na pewno mniejsza, niż rzeczywiście zagrożonych narkomanią. Zarazem wielkości zmian w liczbie rodzin korzystających z tejże pomocy nie możemy traktować jako wskaźnika zwiększania lub zmniejszania skutków społecznych narkomanii na tym obszarze, gdyż pomoc ta zależy nie tylko od zgłoszonej liczby osób uzależnionych i zarazem potrzebujących pomocy, ale także od kryteriów dochodowych podawanych w rozporządzeniach Rady Ministrów<sup>22</sup>.

Kontakt z narkotykami często powoduje także kolizję z prawem. Informacje na ten temat umieszczono w dwóch miejscach. W tym podrozdziale omówiono liczbę stwierdzonych przez Policję przestępstw, natomiast w rozdziale 4.2. skupiono się na rodzajach oraz wielkości zatrzymanych wolumenów środków.

Na ryc. 3.7 przedstawiono liczbę stwierdzonych przestępstw z „Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”. Natomiast w załączniku 3.4. przedstawiono ich rozkład przestrzenny w podziale na

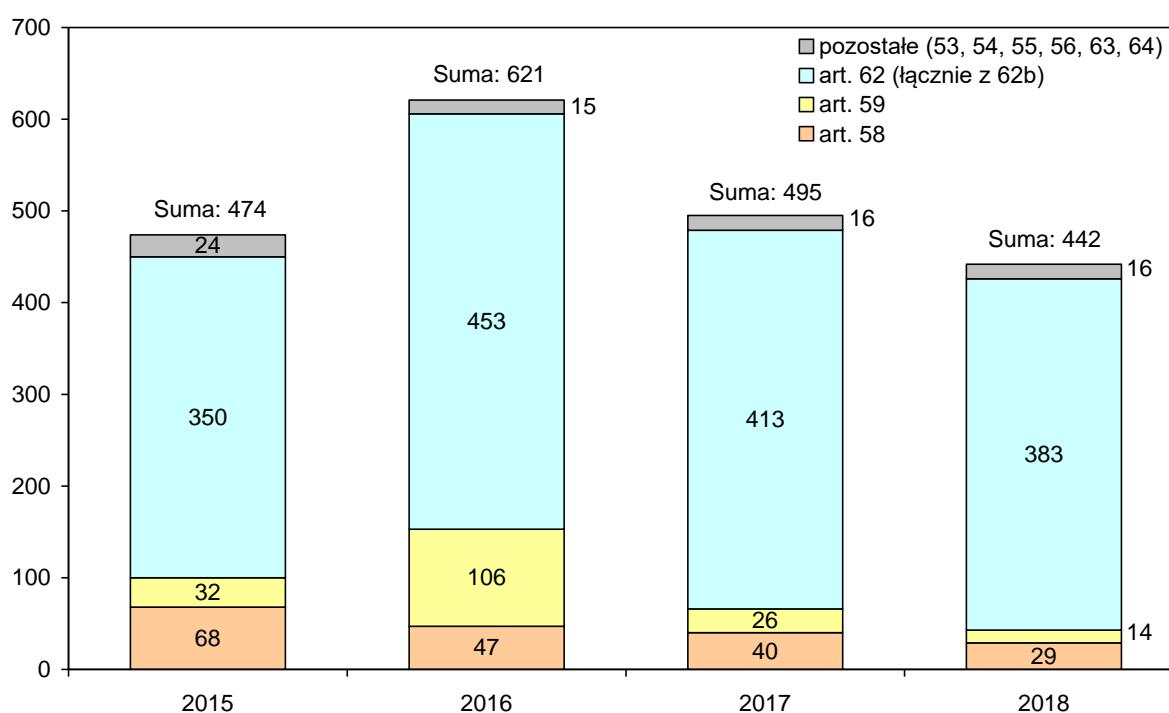
<sup>22</sup> Kryteria dochodowe ulegają zmianie. Na początku analizowanego okresu było to dla osoby samotnie gospodarującej wynosiło 634 zł, a dla osoby w rodzinie 514 zł [Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. poz. 1058)]. Pod koniec analizowanego okresu było to już dla osoby samotnie gospodarującej 701 zł, a dla osoby w rodzinie 528 zł [Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. 2018 poz. 1358)].

komisariaty i inne jednostki Policji w ramach Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku. Także w załączniku przedstawiono wyjaśnienie poszczególnych artykułów.

W latach 2015–2018 liczba stwierdzonych przestępstw wahała się w przedziale 442–621<sup>23</sup>. Zdecydowanie dominowały przestępstwa z artykułu 62 (łącznie z 62b) dotyczące posiadania substancji psychoaktywnych (78,7% całości przestępstw w okresie 2015–2018). Na dalszych miejscach znalazły się przestępstwa z powodu art. 58 „udzielanie itd. innej osobie substancji psychoaktywnych itp.” (9,0%) i art. 59 – to samo co poprzedni artykuł, ale czynione w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (8,8%). Przestępstwa z powodu pozostałych artykułów wyniosły zaledwie 3,5%).

W tym badanym okresie na 2032 stwierdzone przestępstwa – 7,4% popełnili nieletni<sup>24</sup>.

Ryc. 3.7. Liczba stwierdzonych przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku przestępstw w oparciu o Ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2015–2018



Źródło: pismo N 517-1/2019.

Badając konsekwencje społeczne można także oprzeć się o badania ankietowe. Poniżej omówiono wyniki dwóch z nich – badania typu ESPAD przeprowadzonego w 2015 i w 2019 wśród uczniów gdańskich szkół oraz badania wśród dorosłej populacji Gdańska w 2015 i 2019 roku.

W badaniu typu ESPAD z 2015 roku zapytano uczniów o to, czy mieli w ciągu ostatnich 12 miesięcy problemy (bójka, wypadek, problemy w szkole itp.) związane z paleniem marihuany.

<sup>23</sup> I nie widać tutaj specjalnych różnic w stosunku do lat wcześniejszych. W okresie 2003–2014 (ale są dane tylko dla przestępstw z art. 58, 59 i 62) minimum odnotowano w 2012 r. (346), a maksimum w 2004 r. (1595). Z tym że występują znaczne wahania dla poszczególnych lat.

<sup>24</sup> Było to 59 stwierdzonych przestępstw w 2015 r., 30 w 2016 r., 46 w 2017 r. i 15 w 2018 r.

89,0% uczniów szkół gimnazjalnych i 92,1% ponadgimnazjalnych stwierdziło, że nigdy; że rzadko lub od czasu do czasu odpowiednio 6,7% i 4,2%; a że stosunkowo często bądź bardzo często odpowiednio 4,3% i 3,8%. A więc po raz kolejny wyniki dla uczniów III klasy gimnazjum są gorsze, niż dla II klasy szkoły ponadgimnazjalnej.

W 2019 r. 4,5% uczniów klasy I i 7,2% klasy III zadeklarowało, że nie poszli do szkoły lub się do niej spóźnili z powodu marihuany.

Opierając się o badania ankietowe przeprowadzone pod koniec 2015 roku (M. Abramowicz, 2018, s. 127–130) i pod koniec 2019 roku (zawarte w rozdz. II) stwierdzono, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy od daty przeprowadzenia badania:

- świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem marihuany lub narkotyku było 1,3% respondentów (2015 r.) oraz 2,3% (2019 r.);
- świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem tzw. dopalaczy było 2,9% badanych (2015 r.) oraz 3,2% (2019 r.);
- do zażywania marihuany lub innych narkotyków w miejscu pracy przyznało się 1,5% respondentów.

#### Wnioski:

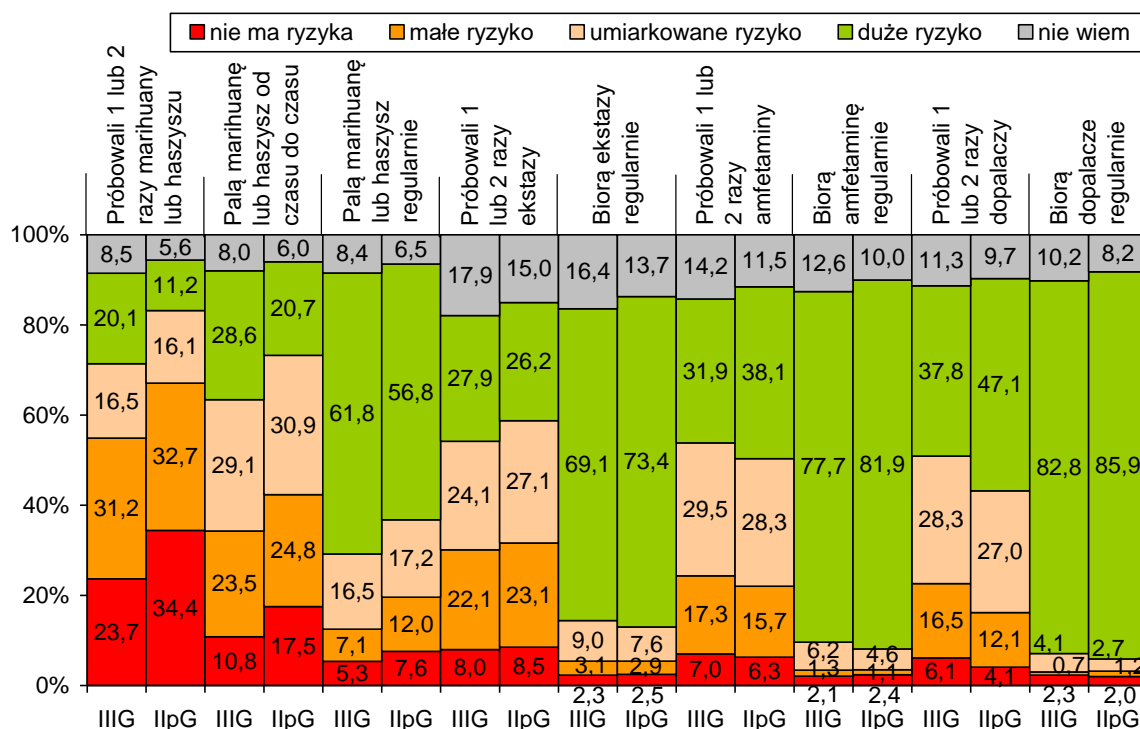
1. Zbadane w okresie 2015–2018 skutki zdrowotne (umieralność) i społeczne (pomoc społeczna, przestępstwa stwierdzone) narkomanii nie wykazują dużych wahań w okresie 2015–2018.
2. Coraz powszechniej dostrzegane jest kierowanie pojazdami mechanicznymi przez osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych (porównanie lat 2015 i 2019)

#### **3.4. Postawy społeczne wobec narkotyków i narkomanii**

Postawy wobec narkotyków i narkomanii przedstawiono w odniesieniu do uczniów szkół gdańskich szkół, pedagogów w nich pracujących oraz dorosłych obywateli miasta.

Do postaw wobec narkotyków zaliczamy subiektywną ocenę szkodliwości zażywania narkotyków. Informacji na ten temat dostarcza badanie ESPAD 2015, którego wyniki przedstawiono na ryc. 3.8.

Ryc. 3.8. Subiektywne przekonanie uczniów gdańskich szkół o szkodliwości zażywania narkotyków, stan na 2015 r.



Źródło: ESPAD 2015.

Z analizy tej ryciny nasuwają się trzy wnioski. Bardzo wyraźnie widać to, że uczniowie uzależniają zagrożenie zdrowia od częstotliwości zażywania danej substancji<sup>25</sup>. Widać wyraźnie mniejsze przekonanie że zażywanie marihuany/haszyszu jest ryzykowne w porównaniu do innych substancji psychoaktywnych ujętych w badaniu<sup>26</sup>. Po trzecie nie widać wyraźnego zróżnicowania między oboma typami szkół w przekonaniu o szkodliwości zażywania substancji psychoaktywnych<sup>27</sup>.

W badaniu ESPAD 2019 zapytano uczniów o oczekiwania wobec marihuany i haszyszu. Najczęściej respondenci podawali odpowiedzi o hedonistycznym wymiarze: zwiększenie intensywności radości (42,8%<sup>28</sup> uczniów klasy I i 47,9% klasy III), zwiększenie otwartości (odpowiednio: 39,0% i 40,7%) oraz zwiększenie intensywności doświadczeń (odpowiednio: 34,4% i 43,4%).

W opinii wychowawców i psychologów oraz pedagogów szkolnych pracujących w gdańskich placówkach rozprzestrzenienie zachowań ryzykowanych związanych z przyjmowaniem

<sup>25</sup> Na przykład według 23,7% uczniów III klasy gimnazjum nie ma ryzyka jeśli ktoś próbował 1 lub 2 razy marihuany lub haszyszu, odsetek ten spada do 10,8% jeśli ktoś pali te substancje od czasu do czasu oraz do 5,3% jeśli pali je regularnie.

<sup>26</sup> Na przykład o dużym ryzyku regularnego brania marihuany/haszyszu jest przekonanych 56,8% uczniów szkół ponadgimnazjalnych, w przypadku ekstazy jest to 73,4%, amfetaminy 81,9%, a dopalaczy 85,9%.

<sup>27</sup> W większości przypadków uczniowie szkoły gimnazjalnej są bardziej przekonani o szkodliwości zażywania marihuany/haszyszu, natomiast w przypadku amfetaminy i dopalaczy bardziej przekonani o ich szkodliwości są uczniowie szkoły ponadgimnazjalnej, a w przypadku ekstazy rezultaty są niejednoznaczne.

<sup>28</sup> Liczono razem odpowiedzi „całkiem prawdopodobne” i „pewne”.

narkotyków wśród ich uczniów w 2015 roku było spore. I tak 11,8% spośród tych osób stwierdziło, że ryzykowne zachowania związane z substancjami psychoaktywnymi (branie narkotyków lub dopalaczy) dotyczą prawie połowy klasy<sup>29</sup>. Paradoksalnie korzystniejsze wyniki uzyskano w przypadku szkół ponadgimnazjalnych, gdzie problem ten u prawie połowy klasy dostrzega 5,6%<sup>30</sup>. Lecz otwartym pytaniem pozostaje to, czy faktycznie problem ten jest większy w gimnazjach, czy też uczniowie szkół ponadgimnazjalnych lepiej się kamuflują.

Podobne do dwóch pierwszych wniosków na temat szkodliwości zażywania substancji psychoaktywnych z badania uczniów gdańskich szkół (2015 r.) płyną z badania przeprowadzonego w 2015 r. wśród dorosłych mieszkańców Gdańska (M. Abramowicz, 2018, ryc. 4.2.). Wynika z nich, że wysoce ryzykowne<sup>31</sup> jest regularne używanie substancji psychoaktywnych jest dużo bardziej szkodliwe w ocenie respondentów, niż ich używanie 1 lub 2 razy w życiu. W odniesieniu do dopalaczy jest to 93,0% do 77,0%<sup>32</sup>, kokainy lub cracku jest to 91,4% do 75,4%, heroiny jest to 92,7% do 77,5%, ectasy jest to 87,8% do 70,7% i marihuany lub haszyszu jest to 89,0% do 48,6%. Także wysokie jest przekonanie o ryzykowności odnośnie regularnego zażywania leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarskich – 86,2%. Do zbliżonych wniosków prowadzą badania zrealizowane w 2019 r. (szczegółowo przedstawiono to w rozdz. II.4., ryc. 4.).

Z badania zrealizowanego w 2015 r. wynika (M. Abramowicz, 2018, ryc. 2.7.), że co drugi respondent (50,5%) nie zgadza się na legalizację marihuany, a za jej legalizacją jest co czwarty (25,3%). Pozostali ani się zgadzają ani nie zgadzają (12,9%) lub nie mają zdania w tej kwestii (11,3%). Bardziej pozytywny stosunek do tego narkotyku mają mężczyźni, niż kobiety oraz osoby młodsze, niż starsze. W badaniu z 2019 r. (rozdz. II.2.3., ryc. 2.7) przeciwko legalizacji marihuany wypowiedziało się 48,8%, za legalizacją było 28,8%. Nie zgadzało się, ani zgadzało 13,3%, a nie mało zdania 9,1%. Widać zatem, że społeczne przyzwolenie na używanie marihuany nieznacznie wzrosło.

Ponadto w badaniu przeprowadzonym w 2015 r. wśród dorosłej populacji Gdańska poproszono o wyrażenie opinii o 18-latku, który od czasu do czasu zażywa różne substancje psychoaktywne (M. Abramowicz, 2018, ryc. 4.1.). Uzyskane wyniki przedstawiono na ryc. 3.9. Wynikają z nich dwa wnioski. Po pierwsze dorośli mieszkańcy Gdańska bardziej potępiają zażywanie narkotyków niż palenie papierosów czy picie alkoholu. Po drugie w przypadku prawie wszystkich wymienionych narkotyków ponad 90% respondentów raczej lub zdecydowanie potępia ich używanie przez ludzi

---

<sup>29</sup> Nikt nie stwierdził, że dotyczą: połowy klasy, ponad połowy klasy, zdecydowanej większości.

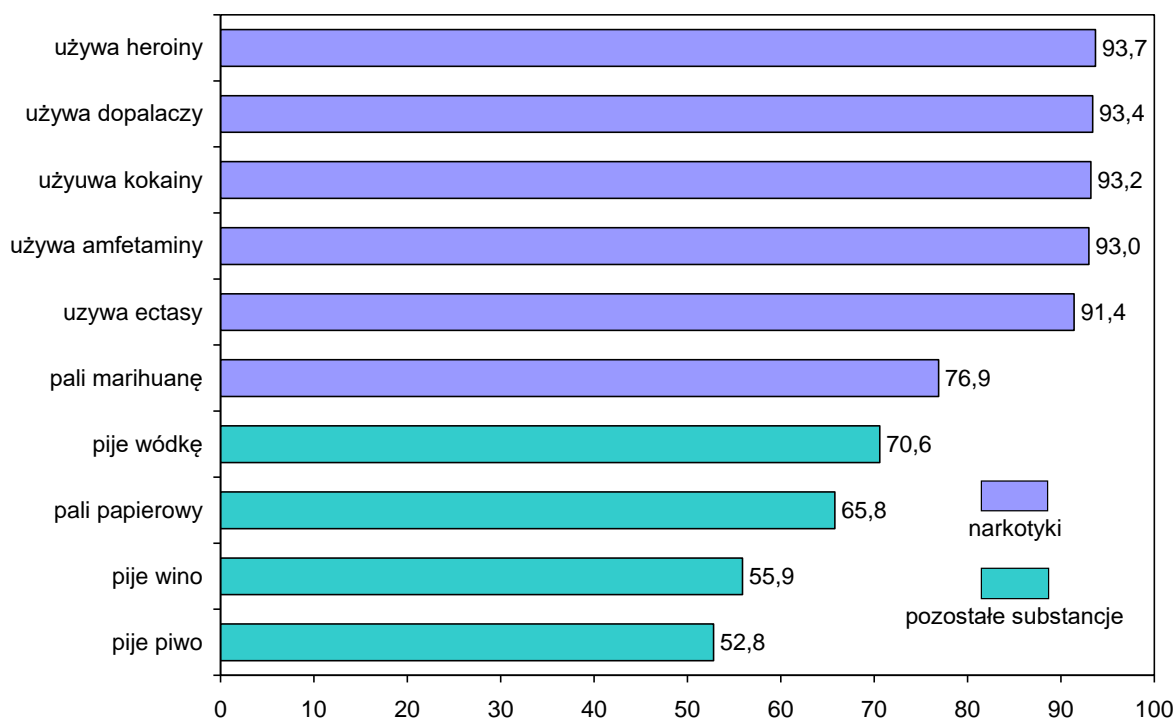
<sup>30</sup> W innych kategoriach odpowiedzi ponownie było to po 0%.

<sup>31</sup> Liczono razem odpowiedzi „duże ryzyko” i umiarkowane ryzyko”.

<sup>32</sup> Znając przypadki licznych zatruć dopalaczami wynik tylko 77,0% należy uznać za wysoce niepokojący.

młodych – wyjątek stanowi marihuana<sup>33</sup>. Zaprezentowane tu wyniki badań odnośnie marihuany współgrają z innymi, prezentowanymi już we wcześniejszych podrozdziałach.

Ryc. 3.9. Odsetek dorosłych respondentów, którzy zdecydowanie potępiają lub raczej potępiają korzystanie przez 18-latkę od czasu do czasu z wymienionych używek, stan na 2015 rok



Źródło: M. Abramowicz i inni, 2018.

Do najbardziej rozpowszechnionych form reakcji dorosłych mieszkańców Gdańska w 2015 r., które podjęliby badani gdyby okazało się, że ktoś z ich bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami należą (M. Abramowicz i inni, 2018, tab. 10) „wysłanie na leczenie (ogólne), terapię, pomoc u specjalistów, odwyk, przychodnia odwykowa, terapia odwykowa w przychodni” (42,0%), do tego należy doliczyć także odpowiedzi bardziej szczegółowe lecz także skierowane na pomoc instytucjonalną<sup>34</sup> (13,5%), co daje łącznie 55,5%. Na drugim miejscu jest działanie respondenta skierowane na pomoc takiej osobie, ale bez wsparcia instytucjonalnego<sup>35</sup> (24,8%). Niezdecydowanie<sup>36</sup> zadeklarowało 15,4% respondentów, a niechęć do udzielenia pomocy<sup>37</sup> 7,6%.

### Wnioski:

<sup>33</sup> O liberalnym stosunku do niej świadczy to, że w tym samym badaniu wprowadzie 50,5% respondentów nie zgadza się na jej legalizację, ale za to aż 25,3% zgadza się.

<sup>34</sup> Liczono razem odpowiedzi „nakłaniałbym do zgłoszenia się AA, do grupy wsparcia”, „szukanie pomocy u psychologa”, „zadzwoiłbym do poradni po informacje, spotkałbym się ze specjalistą”, „szukałbym pomocy w MONARze”, „Centrum Leczenia Uzależnień, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień”, „skierowałbym do Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień”.

<sup>35</sup> Liczono razem odpowiedzi „porozmawiałbym, opowiedział o negatywnych skutkach używek”, „próbowałbym pomóc (ogólnie), walczyć”, „powiadomiłbym rodzinę tej osoby”, „namawiałbym, żeby zainteresowany podjął walkę (sam)”, „skłaniałbym do zmiany pracy, środowiska”.

<sup>36</sup> Odpowiedź „nie wiem, to zależy”.

<sup>37</sup> Liczono razem odpowiedzi „nie, każdy jest odpowiedzialny za siebie, to i tak nic nie da”, „unikałbym takiej osoby, zerwałbym kontakty”, „nie, bo w przeszłości nie uzyskałem wsparcia, nic to nie dało”.

1. Społeczne pozwolenie na legalizację marihuany jest realtywnie wysokie i powoli rośnie.
2. Uczniowie gdańskich szkół uzależniają identyfikację zagrożenia zdrowia substancji psychoaktywnych od częstotliwości zażywania danej substancji. Ponadto widać wyraźnie mniejsze przekonanie o szkodliwości zażywania marihuany/haszyszu względem innych narkotyków. Oprócz tego nie widać wyraźnego zróżnicowania między oboma typami szkół w przekonaniu o szkodliwości zażywania substancji psychoaktywnych (wnioski dla ESPAD 2015).
3. Uczniowie gdańskich szkół zażywający marihuanę i haszysz mają hedonistyczne nastawienie do skutków zażywania tych substancji psychoaktywnych (wnioski dla ESPAD 2019).
4. Gdańszczanie uważają narkomanię za poważny problem. Szczególnie wyraźnie widać to po ich stosunku do młodego człowieka, który od czasu do czasu korzystałby z narkotyków. W zdecydowanej większości narkotyków ponad 90% respondentów takie zachowanie potępia. Wyjątek stanowi marihuana, do której jest deklarowany dużo bardziej liberalny stosunek (np. ok.1/4 zapytanych jest za jej legalizacją).

### 3.5. Dostępność narkotyków

Na podstawie zatrzymań narkotyków przez Policję<sup>38</sup> na terenie Gdańska można wysnuć wniosek, że najpopularniejszymi narkotykami (zał. 4.1.) są marihuana, amfetamina, Ectasy. Ponadto zwiększeniu ulega popularność heroiny, LSD, konopi indyjskich oraz dopalaczy.

Według danych otrzymanych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku (pismo: OHP.9011.4.185.2019.AK) w okresie 2015–2018 na terenie województwa pomorskiego nie funkcjonowały stacjonarne punkty sprzedaży w których wprowadzano do obrotu środki zastępcze lub dopalacze. Dominującym trendem jest sprzedaż przez Internet albo za pośrednictwem dealerów.

Informacji, jak wygląda dostępność do narkotyków w ocenie uczniów gdańskich szkół dostarczają badania typu ESPAD przeprowadzone w 2015 roku (ryc. 3.10). Z analizy tejże ryciny wyłaniają się dwa wnioski. Po pierwsze, w 2015 r. w ocenie uczniów trudniej jest zdobyć narkotyki, niż środki uspokajające/usypiające<sup>39</sup>. Po drugie, zgodnie z przewidywaniami – uczniom szkoły ponadgimnazjalnej łatwiej przychodzi zdobycie narkotyków, niż uczniom gimnazjum<sup>40</sup>. Ponadto zastanawiający jest wysoki odsetek odpowiedzi „nie wiem”, co zdaje się wskazywać, że co najmniej tylu uczniów nie próbowało zdobyć substancji psychoaktywnych. Bardzo dziwne jest to, że odnotowano większy odsetek odpowiedzi „nie wiem” wśród uczniów szkół

---

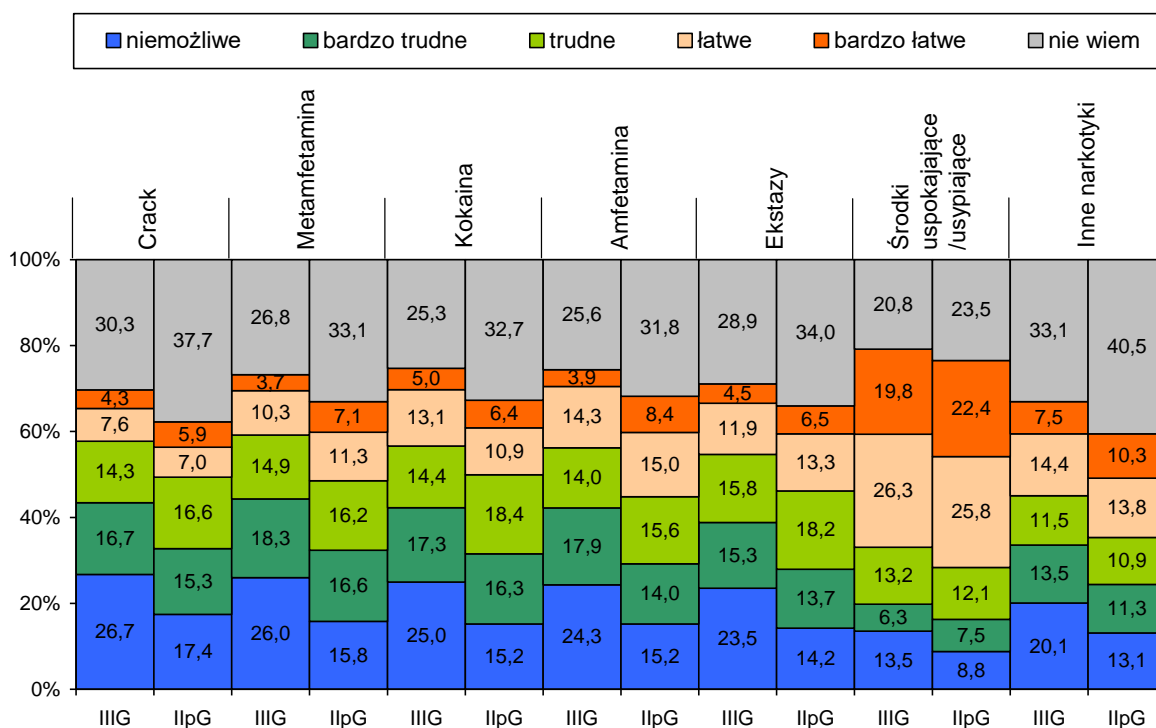
<sup>38</sup> Pominięto w tym rozdziale dane na temat ilości zatrzymanych narkotyków przez służby celne i graniczne (dokładne dane są zawarte w załącznikach), ponieważ założono, że w zdecydowanej większości były one kierowane na rynki ogólnopolskie, lub poza granice naszego kraju. Ponadto większość tych zatrzymań odbyła się z art. Art. 61. i 62, czyli dotyczy wytwarzania, przetwarzania, przerabiania, przywozu, wywozu itd. substancji psychoaktywnych itp. lub dotyczy posiadania substancji psychoaktywnych itp.

<sup>39</sup> Np. w przypadku narkotyków „niemożliwe” odpowiedziało 20–26% uczniów gimnazjum, a w przypadku środków uspokajających/usypiających tego samego zdania było już tylko 13,5%.

<sup>40</sup> Na przykład, że zdobycie amfetaminy jest „łatwe” bądź „bardzo łatwe” stwierdziło 18,2% uczniów gimnazjum i 23,4% uczniów szkoły ponadgimnazjalnej.

ponadgminaszjalnych, niż wśród uczniów gimnazjum<sup>41</sup>. Czyżby uczniowie tych pierwszych mniej interesowali się narkotykami, niż tych drugich?

Ryc. 3.10. Ocena przez uczniów gdańskich szkół trudności w zdobyciu narkotyków w 2015. Odpowiedzi na pytanie: Jak myślisz, czy trudno byłoby Ci zdobyć następujące narkotyki, gdybyś tylko chciał?



Źródło: ESPAD 2015.

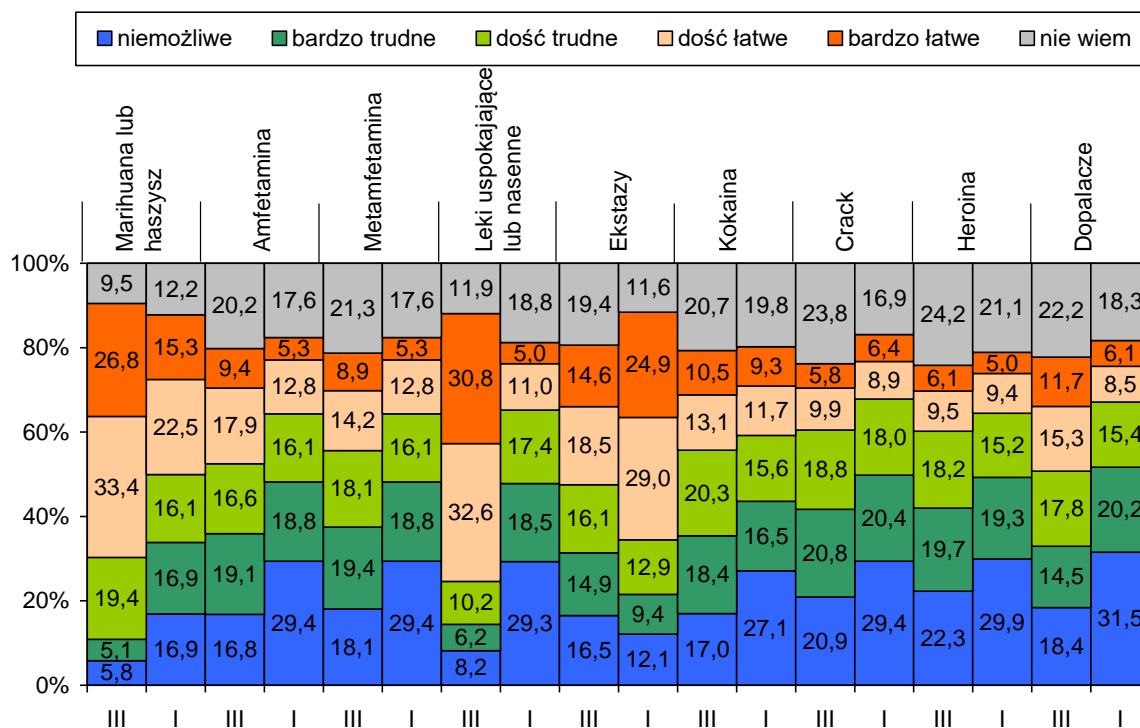
Do podobnych wniosków prowadzą badania przeprowadzone wśród uczniów Gdańskich szkół w ramach ESPAD 2019. Z jednym wyjątkiem – dwa rodzaje substancji psychoaktywnych jest według uczniów łatwiej zdobyć, niż wzmiankowane leki. Według uczniów gdańskich szkół średnich w 2019 r. najłatwiej było zdobyć marihuanę lub haszysz (aż 49,0% odpowiedzi twierdzących<sup>42</sup>). Na dalszych miejscach są Ekstazy (43,5%) oraz leki uspokajające lub nasenne (39,7%). Deklarację łatwego zdobycia amfetaminy, kokainy, dopalaczy i metamfetaminy złożył co 5 uczeń. Po około 15% zadeklarowało, że łatwo jest im zdobyć crack i heroinę.

<sup>41</sup> Na przykład w przypadku kategorii „inne narkotyki” było to 33,1% odpowiedzi „nie wiem” wśród uczniów gimnazjum i 40,5% wśród uczniów szkoły ponadgimnazjalnej.

<sup>42</sup> Policzone razem odpowiedzi „dość łatwe” i „bardzo łatwe” w I i III klasach szkoły średniej, a następnie wynik podzielono na pół.



Ryc. 3.11. Ocena przez uczniów gdańskich szkół trudności w zdobyciu narkotyków w 2019. Odpowiedzi na pytanie: Jak myślisz, czy trudno byłoby Ci zdobyć następujące narkotyki, gdybyś tylko chciał?



Źródło: M. Brosz, 2019 (ESPAD 2019).

### Wnioski:

1. Patrząc na wielkość zatrzymań substancji psychoaktywnych przez Policję w Gdańsku stwierdzamy, że najpopularniejszymi narkotykami są marihuana, amfetamina, Ectasy. Ponadto zwiększeniu ulega popularność heroiny, LSD, konopi indyjskich oraz dopalaczy.
2. W poprzednich latach zaszedł proces „przesunięcia” rozpowszechniania substancji psychoaktywnych ze sprzedaży bezpośredniej do internetowej, w analizowanym okresie to „przesunięcie” uległo utrwaleniu.
3. Z badań ESPAD wynika, że uczniom gdańskich szkół trudniej jest zdobyć narkotyki, niż środki uspokajające/usypiające i że ogólnie zdobycie substancji psychoaktywnych dla uczniów gimnazjów jest trudniejsze, niż dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Duży odsetek (ok. 20% do 40% w zależności od substancji) odpowiedzi „nie wiem” wskazuje, że co najmniej tylu uczniów nie próbowało zdobyć substancji psychoaktywnych (i odsetek ten był wyższy wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych, niż gimnazjum). Najłatwiejsza do uzyskania jest dla uczniów marihuana lub haszysz.

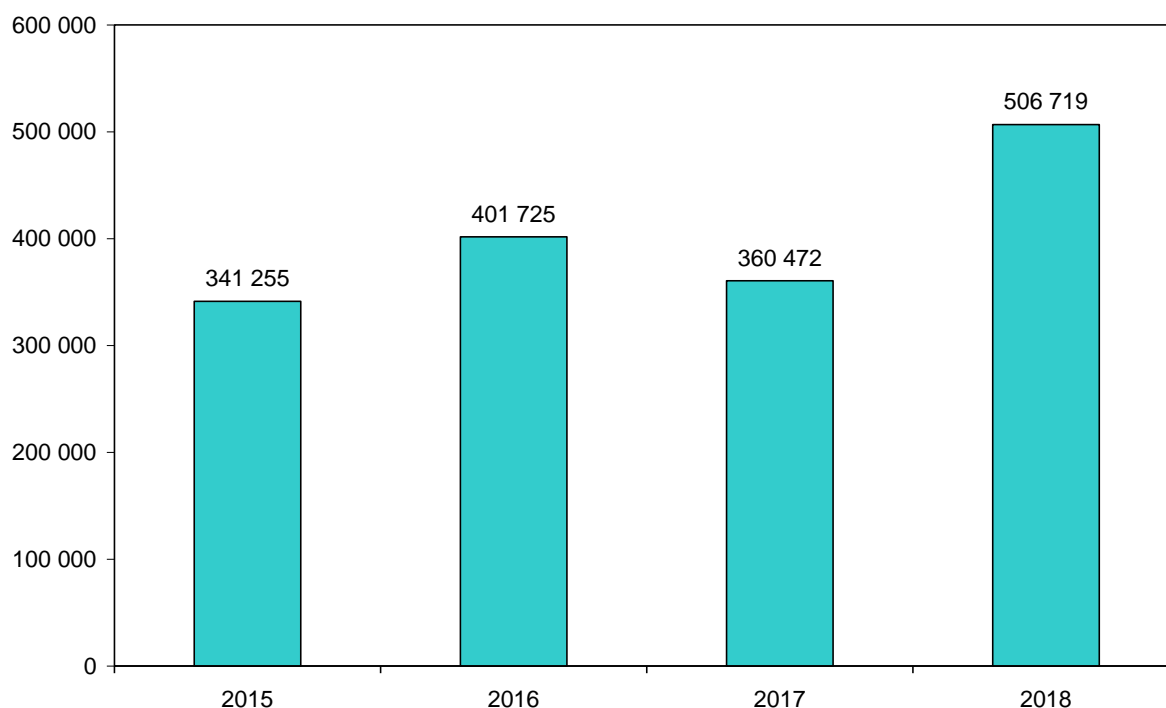
## 4. Opis i ocena posiadanych zasobów oraz podejmowanych działań

### 4.1. Ograniczenie popytu

#### 4.1.1. Profilaktyka

Na podstawie stosownych aktów prawnych (patrz rozdz. I.2.1.) można stwierdzić, że działania o charakterze profilaktyki są głównym zadaniem samorządu w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Na ryc. 4.1. przedstawiono nakłady na to zadanie ponoszone w Gdańsku w ramach Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. W okresie 2015–2018 poziom finansowania programów profilaktycznych był wyrównany oscylując wokół ok. 368 tys. zł<sup>43</sup>. Natomiast dla 2018 roku daje się zauważyć ich znaczący przyrost do wysokości ok. 507 tys. zł.

Ryc. 4.1. Nakłady w zł ponoszone z Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gdańsku na profilaktykę



Źródło: Sprawozdanie..., 2016, 2017, 2018, 2019b.

Działania związane z profilaktyką obejmują kilka zadań ujętych w Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Patrząc na nakłady finansowe możemy stwierdzić, że realizowane zadania koncentrowały się wokół dwóch podmiotów<sup>44</sup>. Dużo większa jest oferta profilaktyczna skierowana do dzieci i młodzieży (w jej ramach realizowano głównie programy profilaktyczne właśnie dla dzieci i młodzieży, ponadto realizowano programy dla ich rodziców i opiekunów oraz

<sup>43</sup> Był zarazem zbliżony do poziomu z lat wcześniejszych, np. średnia z lat 2012–2014 wynosiła ok. 301 tys. zł.

<sup>44</sup> Na przykład w 2016 r. na ok. 402 tys. zł wydanych na profilaktykę: 77,6% wydatkowano na programy adresowane bezpośrednio do dzieci i młodzieży, 10,4% do ich rodziców i opiekunów, 5,0% do osób zawodowo zajmujących się dziećmi i młodzieżą (nauczyciele, pedagodzy itd.), co daje razem 93,0%. 5,0% środków wydatkowano na programy adresowane do studentów, a 2,0% do pozostałych dorosłych (Obliczenia własne na podstawie: Sprawozdanie..., 2017).

dla grup zawodowych zajmujących się nimi). Mniejsze znaczenie mają programy profilaktyczne skierowane do osób dorosłych, lecz dobrze, że w nich uwzględniono studentów<sup>45</sup>. Taka struktura ważności programów profilaktycznych (oceniana za pomocą nakładów finansowych) jest jak najbardziej właściwa. Chociaż oczywiście można dyskutować o nieznacznych przesunięciach środków finansowych pomiędzy poszczególnymi rodzajami programów.

Także szkoły, w ramach swoich zadań własnych muszą realizować programy profilaktyki narkotykowej w ramach tzw. programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły. Z informacji uzyskanych w Kuratorium Oświaty w Gdańsku (pismo SNP.1331.6.2019.SP.AŚ) wynika, że nie jest przez nie prowadzona kontrola jakości programów wychowawczo-profilaktycznych. Także władze Gdańska nie prowadzą kontroli efektywności szkolnych programów wychowawczo-profilaktycznych realizowanych poza Gminnym Programem Przeciwdziałania Narkomanii (pismo WRS.1590377). Tym niemniej wydaje się, że takowy nadzór powinien być prowadzony<sup>46</sup>. Najbardziej predestynowaną do tego instytucją wydają się być władze samorządowe, a to z racji dodania art. 10 ust. 2a i art. 10 ust. 2b do Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii... (dokładniej tę kwestie omówiono w rozdz. I.2.1.). Zatem w kolejnych edycjach Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii powinien być położony większy nacisk na działalność profilaktyczną w szkołach w zakresie podnoszenia jakości programów profilaktyczno-wychowawczych. Można to robić na kilka sposobów, jak np. zachęcanie szkół do realizacji programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>47</sup>; intensyfikację szkoleń dla nauczycieli, pedagogów zatrudnionych w szkołach itd. Z informacji zawartych chociażby w „Sprawozdaniu z realizacji Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2018 roku” (2019b, Tab. C.3.) wynika, że liczba programów rekomendowanych realizowanych w gdańskich szkołach, których realizacja jest wspierana przez władze miasta jest bardzo niska – w 2018 realizowało je 8 szkół i placówek systemu oświaty.

Oprócz tego programy i akcje, które można zaliczyć do profilaktyki – są finansowane z innych źródeł, niż Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii. Są to chociażby działania realizowane przez:

---

<sup>45</sup> Może to się wydawać kontrowersyjne zważywszy, że duży odsetek studentów nie jest obywatelami Gdańska. Lecz w znacznym stopniu są oni potencjalnymi mieszkańcami miasta. Ponadto środowisko to, ze względu na swoje cechy kulturowe oraz fakt, że część ze studentów to imigranci (a więc osoby bardziej podatne na zagrożenia psychiczne) jest szczególnie zagrożona przez narkomanię subpopulacją ludzi dorosłych.

<sup>46</sup> Ta uwaga dotyczy wszystkich aspektów tych programów, a więc także ich roli w przeciwdziałaniu uzależnieniom od alkoholu, tytoniu, behawioralnych etc. (należy jednakże z całą mocą podkreślić, że kontrola jakości tych programów nie jest bezpośrednim zadaniem Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, po prostu wprowadzenie tej kontroli powinno zaowocować podniesieniem jakości tych programów, co powinno przełożyć się na efekt synergiczny w zakresie profilaktyki uzależnień).

<sup>47</sup> Informacja o tych programach jest umieszczona na stronie: [www.programyrekomendowane.pl](http://www.programyrekomendowane.pl).

- Morski Oddział Straży Granicznej im. płk Karola Bacza, który w ramach kreowania pozytywnego wizerunku Służby Granicznej, podczas wizyt w szkołach, festynach itp. prowadzi działania informacyjne wśród młodzieży odnośnie przeciwdziałania narkomanii<sup>48</sup>.
- Straż Miejska w Gdańsku prowadzi zajęcia w szkołach w ramach programu „Dopalacze – czy warto?”<sup>49</sup>.
- Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczną w Gdańsku realizuje program profilaktyczny „Dopalacze – nowe wyzwania”<sup>50</sup> oraz zrealizowała 39 różnorodnych akcji, które także w całości lub częściowo można podciągnąć pod profilaktykę narkomanii.
- Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku realizował w 2015 r. dwa programy finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (e-mail z dn. 20.08.2019 r. z matarnia@monar.org). Lecz były to programy adresowane do wszystkich, a nie tylko gdańszczyzan.

### Wnioski:

1. Władze Gdańska (zgodnie z wolą ustawodawcy) spełniają wiodącą rolę w realizacji programów profilaktyki narkotykowej. A finansowanie tych programów jest stabilne – co jest pozytywnym.
2. Patrząc od strony odbiorców programów profilaktycznych – struktura tych programów jest jak najbardziej właściwa, tzn. dominują programy skierowane do dzieci i młodzieży, a ofertę tę uzupełniają programy dla rodziców i pracowników oświaty. Ponadto są programy skierowane do osób dorosłych (zwłaszcza studentów, jako grupy najbardziej zagrożonej).
3. Należałoby zastanowić się nad budową systemu wsparcia szkół w należytym realizowaniu programów wychowawczo-profilaktycznych aby podnieść ich jakość (jedną z dróg może być zalecanie do realizacji programów rekomendowanych).
4. Występują także inni realizatorzy programów profilaktycznych (co należy uznać za pozytyw), lecz ich znaczenie jest drugorzędne.

#### **4.1.2. Leczenie i rehabilitacja**

Według danych uzyskanych z Wydziału Zdrowia – PCZP Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku w 2018 r., na terenie Gdańska świadczeń w zakresie leczenia od środków psychoaktywnych udzielała 1 placówka w leczeniu stacjonarnym i 4 placówki w leczeniu ambulatoryjnym<sup>51</sup> (pismo: WZ-III.046.9.2019.MK).

Głównym płatnikiem programów leczenia i rehabilitacji w Polsce jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dotyczy to także leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji

<sup>48</sup> W 2015 r. było to 28 spotkań, w 2016 r.: 32, 2017 r.: 46, 2018 r.: 47 (pismo MO-OI-III.0180.13.2019).

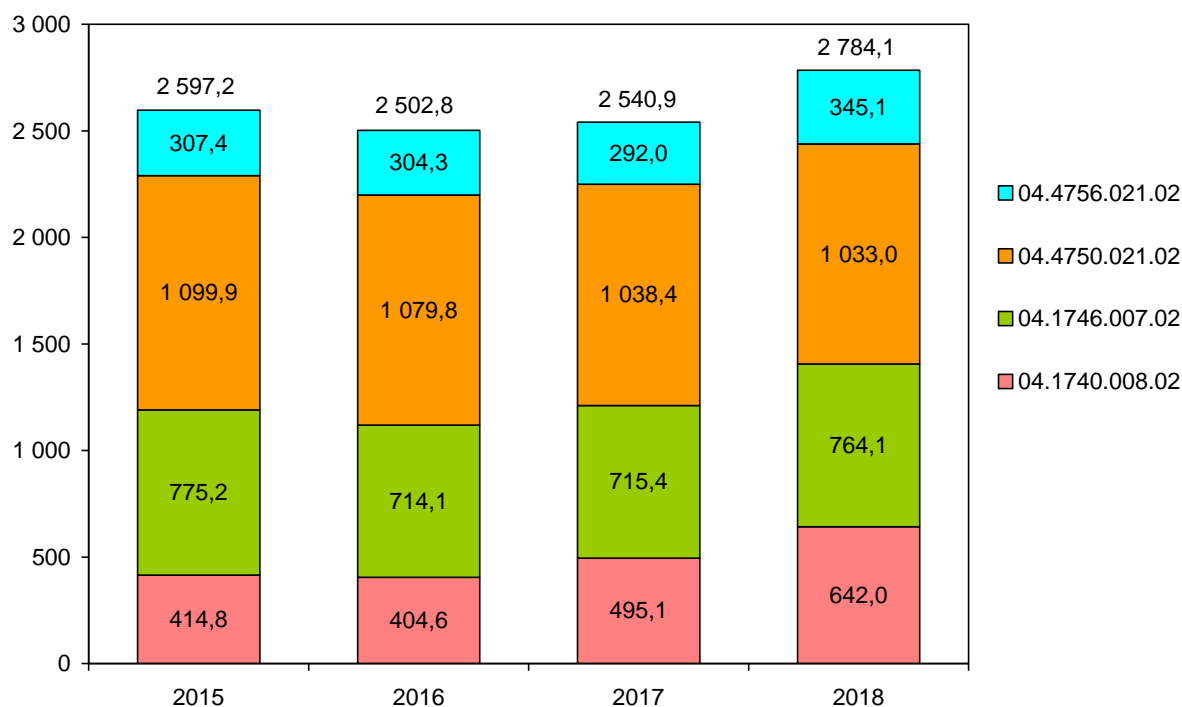
<sup>49</sup> Jest to program realizowany ze środków własnych tej instytucji. Jego główne cele to: prezentacja negatywnych skutków powodowanych przez dopalacze, podnoszenie świadomości odpowiedzialności karnej wynikającej z posiadania środków odurzających, poszerzenie wiedzy na temat zagrożeń związanych z działaniem środków psychoaktywnych. Łącznie w latach 2015–2018 przeprowadzono 735 zajęć (pismo SM.KM.523.13.2019.1.ZS.6953).

<sup>50</sup> Jego głównym celem jest edukacja młodzieży, kadry pedagogicznej oraz rodziców na temat dopalaczy, przy wykorzystaniu różnych form i metod edukacji. Jest on przewidziany do realizacji na lata 2016–2018. Jest on finansowany ze środków Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miejskiego w Gdańsku w ramach „Miejskiego Programu Zapobiegania Przystępczości oraz Ochrony Bezpieczeństwa Obywateli i Porządku Publicznego na lata 2016 – 2018” (<http://www.psse.gda.pl/aktualnosci-i-komunikaty/aktualnosci/664-dopalacze-nowe-wyzwania>).

<sup>51</sup> Liczba leczonych osób w tych placówkach z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych była stabilna i w 2015 r. było to 708 osób, w 2016 r. 652 osoby, w 2017 r.: 708 osoby i w 2018 r.: 829 osoby. Widać więc niewyraźną tendencję wzrostową. W badanym okresie 79,9% leczonych stanowili mężczyźni (pismo: WZ-III.046.9.2019.MK). Lecz w tym miejscu należy wyraźnie podkreślić, że chodzi o osoby leczone w placówkach zlokalizowanych na terenie powiatu grodzkiego Gdańsk, a nie o obywateli miasta Gdańska.

psychoaktywnych. Na ryc. 4.2. przedstawiono zmiany w okresie 2015–2018 finansowania placówek z terenu miasta Gdańska w zakresie świadczeń szczególnie przeznaczonych do leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Przy czym należy wyraźnie zaznaczyć, że nie są to nakłady poniesione na leczenie mieszkańców Gdańska, lecz wartość kontraktów placówek z Gdańska, a z ich usług miał prawo skorzystać każdy obywatel naszego kraju.

Ryc. 4.2. Wartość umów w tys. zł dla placówek działających na terenie Gdańska w zakresach świadczeń szczególnie przeznaczonych do leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.



04.1740.008.02 – Program leczenia substytucyjnego.

04.1746.007.02 – Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.

04.4750.021.02 – Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

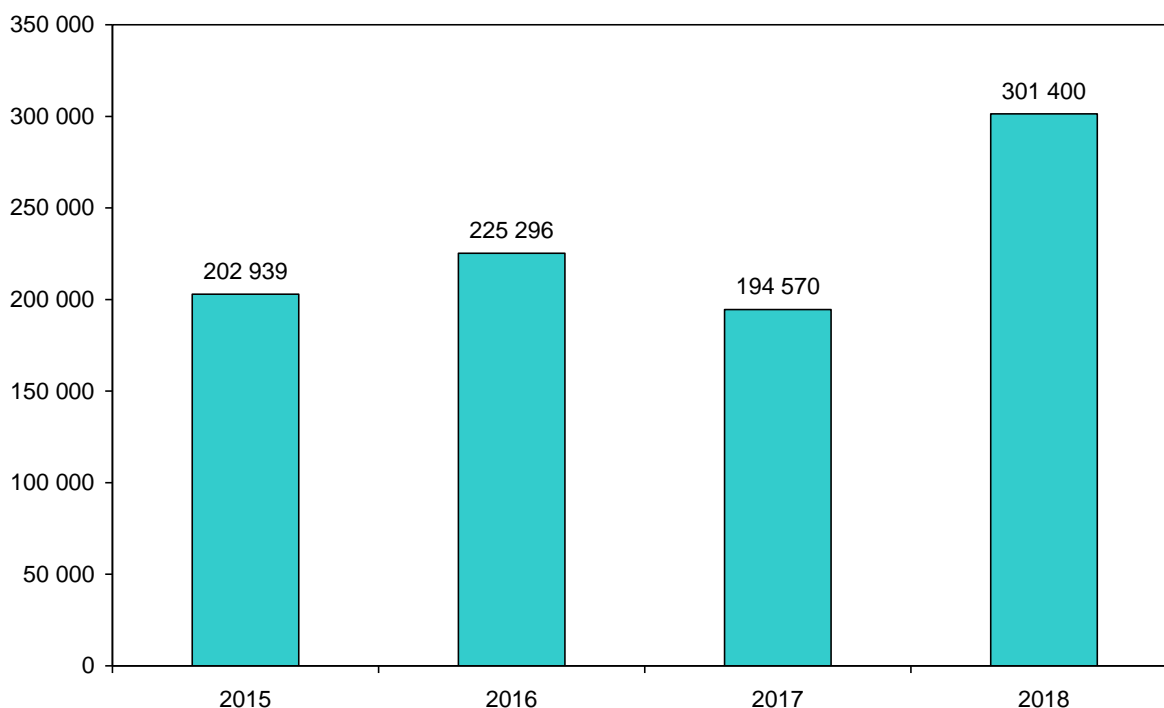
04.4756.021.02 – Świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza).

Źródło: pismo 2019.76263.WSOZ-M-AS.MS WSOZ-M-AS.0123.1.14.2019.

Z danych zaprezentowanych na ryc. 4.2. wynika, że poziom finansowania tych świadczeń przez POW NFZ jest stabilny, a największą pozycją stanowiącą około 40% wszystkich nakładów były świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (04.4750.021.02).

W związku z tym nakłady ponoszone w ramach Gminnego Programu przeciwdziałania Narkomanii przez władze Gdańska na leczenie i rehabilitację mieszkańców miasta są dużo mniejsze (ryc. 4.3.). Leczenie jest to oczywiste, gdyż oferta przygotowana przez władze samorządowe jest jedynie uzupełnieniem oferty finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ryc. 4.3. Nakłady w zł ponoszone z Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gdańsku na leczenie i rehabilitację.



Źródło: Sprawozdanie..., 2016, 2017, 2018, 2019b.

Analizując wielkość nakładów przedstawionych na ryc. 4.3. widzimy, że po stabilnym poziomie w latach 2015–2017 nastąpił duży wzrost w 2018 roku. Było to spowodowane zarówno zwiększeniem nakładów na dwa zadania (3.3.<sup>52</sup> i 3.4.<sup>53</sup>) obejmujące leczenie i rehabilitację, jak i skutkiem wykonania tych zadań na poziomie 100%.

Także inne instytucje wspierają leczenie i rehabilitację. Na przykład Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego finansował (lecz należy mieć na uwadze, że są to programy skierowane nie tylko do gdańszczan):

- w 2015 r. program „Rodzinna Poradnia MONAR-Twoja szansa” realizowany przez Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku (e-mail z matarnia@monar.org).
- w latach 2015–2018 terapia dla uzależnionych od narkotyków pacjentów oraz osób współuzależnionych leczonych w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gdańsku (pismo: DO-ZO.1431.127.2019).
- w latach 2015–2018 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii finansowało program „Na pomoc rodzinie” realizowany przez Stowarzyszenie MONAR, Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku (mail z: gdanskporadnia@monar.org).

#### Wnioski:

<sup>52</sup> Zadanie 3.3. Realizacja wieloletnich (2017–2018, 2018–2020) programów z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego, w tym informacja, terapia indywidualna, terapia grupowa, edukacja, psychoedukacja, porada, konsultacje, treningi umiejętności interpersonalnych, inne, uzasadnione specyficznymi potrzebami uczestników programu oraz potrzebami środowiska.

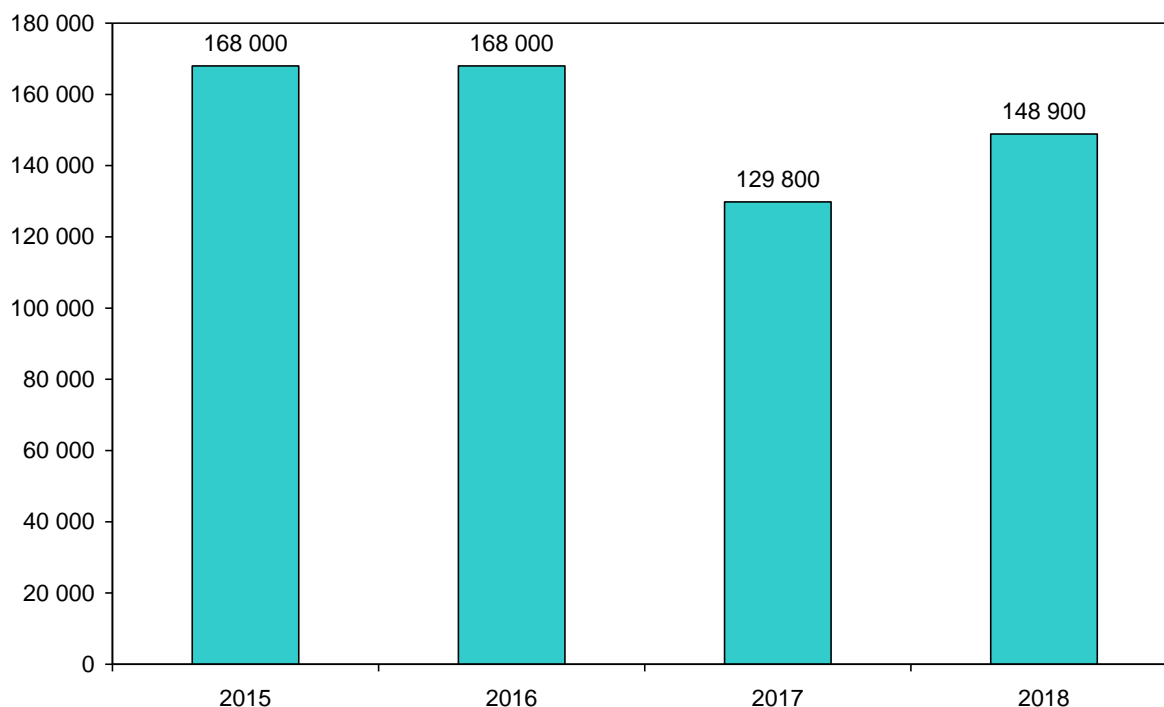
<sup>53</sup> Zadanie 3.4. Realizacja wieloletniej (2017–2018) oferty z zakresu zapobiegania narkomanii dla osób współuzależnionych, w tym: treningi umiejętności wychowawczych, zajęcia informacyjne, zajęcia edukacyjne, terapia indywidualna, grupa wsparcia, poradnictwo prawne, trening interpersonalny.

1. Główny ciężar wyboru programów leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych spoczywa na Narodowym Funduszu Zdrowia. Finansowanie świadczeń z tego zakresu przez placówki zlokalizowane na terenie Gdańska jest stabilne.
2. Oferta leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych adresowana do mieszkańców Gdańska jest uzupełnieniem oferty NFZ. Finansowanie tych programów jest stabilne, a nawet w 2018 zanotowano nawet jego wyraźny wzrost.
3. Dodatkowo Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii także finansowali programy (ale są one adresowane do szerszej grupy osób, a nie tylko gdańszczyzan).

#### 4.1.3. Readaptacja społeczna

Działania związane z readaptacją społeczną spoczywają głównie na władzach Gdańska. Poziom finansowania tych działań przedstawiono na ryc. 4.4. Za niepokojące należy uznać zmniejszenie finansowania w 2017 roku. Po głębszej analizie można stwierdzić, że było to skutkiem mniejszej liczby programów niż zakładano (2 programy czyli 67%).

Ryc. 4.4. Nakłady w zł ponoszone z Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gdańsku na readaptację społeczną



Źródło: Sprawozdanie..., 2016, 2017, 2018, 2019b.

Działania w zakresie readaptacji społecznej mieszczą się zadaniu 3.2.<sup>54</sup> i obejmowały np. w 2018 roku 2 programy (zawierające prowadzenie jednego hotelu i dwóch mieszkań readaptacyjnych).

<sup>54</sup> Zadanie 3.2. Rozwój wieloletnich (2017–2018) programów postterapeutycznych, w tym prowadzenie mieszkania readaptacyjnego dla osób dorosłych, prowadzenie hostelu i mieszkania readaptacyjnego dla młodzieży, wsparcie procesu readaptacji, zajęcia informacyjno-edukacyjne, grupy rozwoju osobistego, warsztaty umiejętności psychospołecznych, grupy zapobiegania nawrotom, interwencja kryzysowa, nauka zawodu, zajęcia psychoedukacyjne dla rodzin.

Jeszcze kilka lat temu oferta nie była pełna, lecz aktualnie obejmuje pomoc w zakresie readaptacji zarówno dla osób dorosłych, jak i dla młodzieży.

Działania w tym zakresie są także finansowane z innych źródeł, np. Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku realizował w okresie program „Odnaleźć siebie”<sup>55</sup> finansowany przez Departament Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego. I są to środki daleko wyższe, niż nakłady ponoszone w ramach Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, gdyż np. w latach 2017 i 2018 wynosiły aż po 621 378,68 zł rocznie (e-mail z matarnia@monar.org). Lecz należy pamiętać, że nie są to środki tylko i wyłącznie przeznaczone na leczenie młodzieży z terenu Gdańska. Ta sama placówka w 2015 ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii realizowała program „Twój styl” adresowany do kobiet używających szkodliwie lub uzależnionych od narkotyków (e-mail z matarnia@monar.org). Z kolei Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gdańsku przez cały analizowany okres otrzymywał wsparcie z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego na realizację programu terapeutycznego dla osób uzależnionych od narkotyków odbywających karę pozbawienia wolności w Areszcie Śledczym w Gdańsku (pismo DO-ZO.1431.127.2019). Ponadto w latach 2015–2018 Stowarzyszenie MONAR, Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku realizowała różne programy finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego (mail z: gdanskporadnia@monar.org). Lecz należy pamiętać, że wszystkie te programy były adresowane do szerszego grona odbiorców, a nie tylko gdańszczan.

#### Wnioski:

1. Władze Gdańska są głównym realizatorem programów readaptacji społecznej. Oferta jest pełna, ponieważ jest adresowana zarówno do osób dorosłych, jak i do młodzieży.
2. Realizowane na terenie Gdańska programy readaptacji społecznej są ponadto finansowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (lecz są one adresowane do szerszej grupy, niż tylko gdańszczanie).

#### **4.1.4. Ograniczanie szkód**

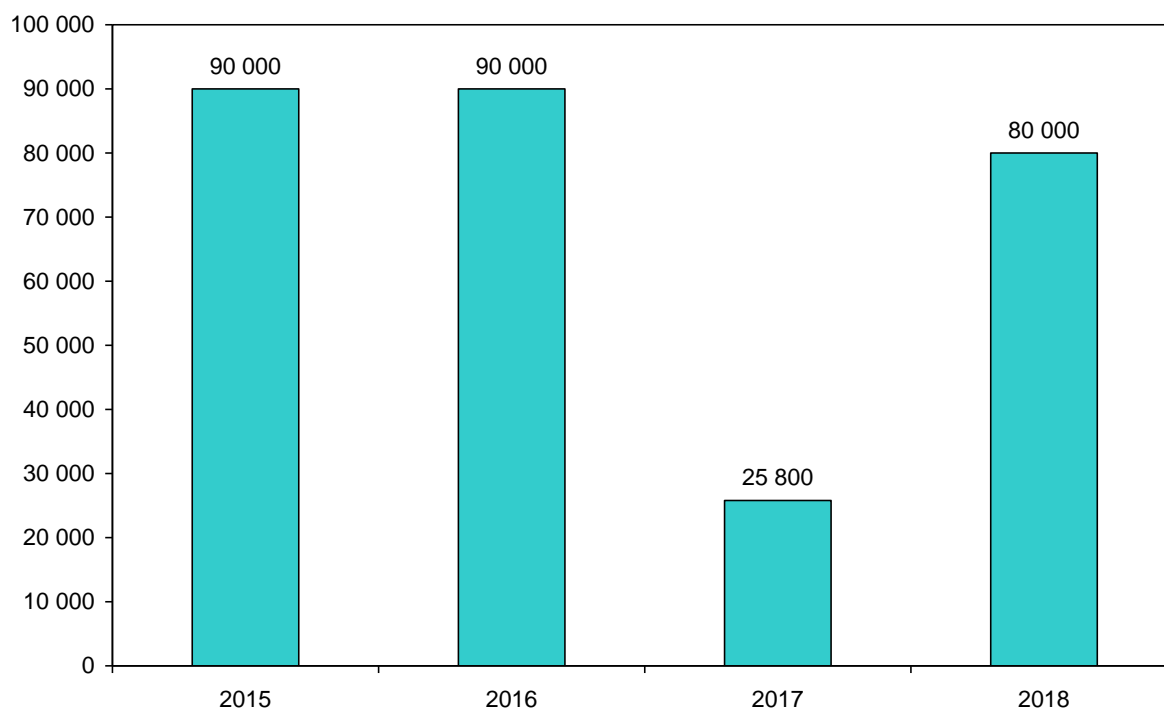
Działania związane z ograniczaniem szkód spoczywają głównie na władzach Gdańska. Poziom finansowania tych działań przedstawiono na ryc. 4.5. Pomijając rok 2017 poziom ich finansowania działań jest stabilny. A wyraźne obniżenie nakładów było skutkiem bardzo niskiego poziomu wykorzystania przez realizatora środków przeznaczonych na realizację tego działania (na poziomie 32,25%).

---

<sup>55</sup> Program ten trudno jednoznacznie zakwalifikować do readaptacji społecznej, gdyż zawiera także elementy, które można zakwalifikować do leczenia i rehabilitacji bądź do profilaktyki wskazującej.



Ryc. 4.5. Nakłady w zł ponoszone z Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gdańsku na ograniczanie szkód



Źródło: Sprawozdanie..., 2016, 2017, 2018, 2019b.

Działania w zakresie ograniczania szkód mieszczą się zadaniu 3.1.<sup>56</sup> i obejmują jeden program.

#### Wnioski:

1. Władze Gdańska są jedynym realizatorem readaptacji społecznej. Realizowany jest jeden program.

#### **4.2. Ograniczenie podaży**

Służby zajmujące się działaniami na rzecz zmniejszenia podaży narkotyków dzielimy na skupione zasadniczo na rynku wewnętrznym (głównie Policja, rzadziej inne służby) oraz na ochronie granic (część celna Krajowej Administracji Skarbowej oraz Straż Graniczna). Ponadto rejestracją zatruć dopalaczami i karaniem za posiadanie ich zajmuje się Państwowa Inspekcja Sanitarna. I to na danych uzyskanych z tych służb oparto się przy analizie działań na terenie Gdańska mających za zadanie ograniczyć podaż narkotyków.

Przed właściwą analizą należy zaznaczyć, że władze Gdańska mają znikomy wpływ na ograniczanie podaży narkotyków. Wprawdzie posiadają straż miejską, lecz nie jest to formacja powołana do działań mających za zadanie ograniczanie podaży narkotyków. Jeżeli strażnik miejski ma do czynienia z sytuacją w której pojawiają się narkotyki, niezwłocznie wzywa Policję, której

<sup>56</sup> Zadanie 3.1. Realizacja umowy wieloletniej dotyczącej redukcji szkód, w tym stacjonarna wymiana igieł i strzykawek, rozdawnictwo środków czystości, opatrunkowych i prezerwatyw, działania środowiskowe, poradnictwo, edukacja, informacja, terapia, badania w kierunku HIV/HCV/Kiły.

funkcjonariusze przejmują wszelkie czynności w tej sprawie (pismo: SM.KM.523.13.2016.1.ZS.6953).

Dokładne informacje na temat zatrzymań narkotyków w latach 2015–2018 na terenie miasta Gdańska przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku oraz Pomorskiego Urzędu Celno-Skarbowego w Gdyni i Morskiego Oddziału Straży Granicznej im. płk Karola Bacza przedstawiono w załącznikach: 4.1, 4.2., 4.3. Poniżej w tab. 4.1. przedstawiono syntetycznie (z dokładnością do jednego grama, ml lub sztuki) zatrzymania najczęstszych substancji psychoaktywnych. Do kategorii substancje psychoaktywne zaliczono inne substancje psychoaktywne pochodzenia syntetycznego (bez prekursorów), w tym uznane za dopalacze.

Tab. 4.1. Liczba zatrzymań wybranych narkotyków na terenie Gdańska

Nazwa substancji	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.
Amfetamina (g)	3320	16652	14254	5336
Haszysz (g)	3	1049	4	480900
Heroina (g)	5	63	24	124
Kokaina (g)	217	286	20227	793
Marihuana (g) (1)	10417	23691	22930	42276
Ectasy (szt.)	779	802	18666	2543
Substancje psychoaktywne (2) (g)	405	817	2181	1460
(szt)		2		1099
(ml)			1252	1

(1) Do tego należy doliczyć likwidację plantacji podczas których dokonywano zatrzymań sadzonek.

(2) Są to substancje psychoaktywne pochodzenia sztucznego (bez prekursorów), w tym uznane za dopalacze.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zał. 4.1, 4.2, 4.3.

A analizy tab. 4.1. wynikają następujące wnioski odnośnie zatrzymań narkotyków w latach 2015–2018 na terenie Gdańska: (1) natężenie zatrzymań większości substancji psychoaktywnych wykazuje duże różnice w układzie rok do roku, (2) rośnie waga zatrzymanej Marihuany, (3) rośnie natężenie zatrzymań substancji psychoaktywnych pochodzenia sztucznego. Porównując to z tendencją z lat poprzednich widać, że trend wzrostowy zatrzymań Marihuany utrzymuje się. Także utrzymuje się notowany od 2009 r. podwyższony/rosnący poziom zatrzymań syntetycznych substancji psychoaktywnych (w tym dopalaczy).

Analiza liczby i rodzaju przestępstw stwierdzonych przez Policję w związku z narkomanią została przedstawiona w rozdz. 3.3. Tutaj można jedynie powtórzyć, że w latach 2015–2018 liczba stwierdzonych przestępstw wahała się w przedziale 442–621 i wyraźnie dominowały przestępstwa z artykułu 62 (łącznie z 62b) dotyczące posiadania substancji psychoaktywnych.

W analizowanym okresie widać zarówno wzrost liczby decyzji wyznaczających kary pieniężne, jak i kwoty kar pieniężnych dla osób wprowadzających do obrotu środki zastępcze i dopalacze, nakładanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku (tab. 4.2.). Wynika z nich wzrost zjawiska.

Tab. 4.2. Liczba kar za wprowadzanie dopalaczy nałożonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

w Gdańsku

Kara	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.
Liczba decyzji wymierzających kary pieniężne	3	0	2	14
Kwota nałożonych kar pieniężnych [zł]	60 000	0	271 370	2 273 445

Źródło: pismo OHP.9011.4.185.2019.AK.

#### Wnioski:

1. Urząd Miejski w Gdańsku i podległe mu służby mają minimalny wpływ na ograniczanie podaży narkotyków na terenie miasta.
2. Natężenie zatrzymań większości substancji psychoaktywnych wykazuje duże różnice w układzie rok do roku, tym niemniej daje się zauważyć wzrost w latach 2015–2018 zatrzymań Marihuany oraz substancji psychoaktywnych pochodzenia sztucznego (w tym uznanych za dopalacze).

## 5. Wnioski i rekomendacje dotyczące dalszych działań w perspektywie krótkoterminowej (3 lata)

Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii<sup>57</sup> w Gdańsku jest realizowany prawidłowo. W stosunku do sytuacji sprzed kilku lat pozytywnie rozwiązano problem braku leczenia substytucyjnego, a oferta readaptacji społecznej może być uznana za pełną ponieważ dotyczy zarówno młodzieży jak i dorosłych.

Zgodnie z wolą ustawodawcy najważniejszą częścią Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii powinna profilaktyka. Nie inaczej jest w przypadku gdańskiego programu. Potwierdza to zarówno analiza finansowa, jak i merytoryczna (w tym np. liczba celów i zadań przeznaczona na nią w stosunku do dedykowanych innym działaniom). Podejmowane w jego ramach działania są wieloaspektowe obejmując zarówno profilaktykę uniwersalną, jak też selektywną i wskazującą. Biorąc pod uwagę bardzo silne zaakcentowanie przez ustawodawcę roli działań profilaktycznych realizowanych w szkole oraz roli w tym „Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (dokładniej omówiono to w rozdz. I.2.1., chodzi tu nie tylko punkt 3. z przytoczonego artykułu 10 ust. 1, ale także o dodane dwa ustępy zawarte w art. 10: 2a i 2b<sup>58</sup>) rekomenduje się zwrócenie jeszcze baczniejszej roli na działania profilaktyczne w szkołach nie tylko w ramach Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Na poziomie operacyjnym rekomenduje się podjęcie/rozwińnięcie dwóch działań:

- 1) Zwrócenie baczniejszej uwagi, aby wszędzie tam, gdzie jest to możliwe i uzasadnione – realizować w szkołach programy rekomendowane (<https://programyrekomendowane.pl/>). Należy wyraźnie zaakcentować, że zalecenie to nie oznacza, że należy bezwzględnie stosować tylko te programy, ale dokonując oceny ofert w przetargach należy zwracać baczniejszą uwagę, czy możliwa jest w danej sytuacji realizacja programu rekomendowanego, jeśli tak – to jego wdrożenie. Na drugim miejscu znalazłyby się programy nie posiadające rekomendacji, ale zarazem takie które w przeszłości były już realizowane, a przeprowadzona ewaluacja potwierdziła ich skuteczność. Inne programy powinny być przewidziane do realizacji na ostatnim miejscu. Przy czym częściowo tej postulat jest już realizowany.
- 2) Należy zwrócić baczniejszą uwagę na realizowane przez szkoły programy wychowawczo-profilaktyczne<sup>59</sup>, które są realizowane poza Gminnym Programem Przeciwdziałania Narkomanii. Sugerowana kolejność działań obejmuje w pierwszym rzędzie zapoznanie się z aktualną

---

<sup>57</sup> Należy przypomnieć, że roczne wersje tych programów zmieniły nazwę w 2017 r. więc przedstawione wnioski dotyczą: dla lat 2015 i 2016 całych dokumentów pn. „Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii”, natomiast dla 2017 r. i 2018 r. części dotyczącej narkomanii w dokumentach pn. „Szczegółowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska”. Użyta tu nazwa „Gminny Program przeciwdziałania Narkomanii” jest więc skrótem myślowym.

<sup>58</sup> Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005 Nr 179 poz. 1485, wersja ujednolicona z Dz. U. z 2019 r. poz. 852).

<sup>59</sup> Zgodnie z art. 26.1 ustawy z dnia 14. grudnia. 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. 2019, poz. 1148, 1078, 1287) szkoły są zobowiązane realizować ten program, a obejmuje on dwa obszary: (1) treści i działania o charakterze wychowawczym skierowane do uczniów oraz (2) treści i działania o charakterze profilaktycznym dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów, przygotowane w oparciu o przeprowadzoną diagnozę potrzeb i problemów występujących w danej społeczności szkolnej, skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców.

sytuacją<sup>60</sup> (np. poprzez pozyskanie tych programów ze szkół, następnie ich analizę przez ekspertów), a w drugiej kolejności opracowanie przez ekspertów rekomendacji, by w trzeciej te zalecenia wdrożyć.

Samorząd ma uzupełniającą rolę w zakresie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych i z tego zadania wywiązuje się właściwie. Podobne wnioski płyną z analizy działań z zakresu ograniczania szkód oraz readaptacji społecznej. Poziom finansowania zadań w tych zakresach jest raczej stabilny, co bezsprzecznie należy potraktować jako pozytyw. Zatem sformułowano wniosek, że nie rekomenduje się przeprowadzania w tym zakresie dużych zmian, natomiast drobne są i zawsze będą konieczne (choćby w związku z pojawianiem się nowych substancji psychoaktywnych i zmianami społecznymi).

Ponadto władze Gdańska wywiązują się z obowiązku badań nad rozprzestrzenieniem narkomanii oraz ewaluacji gminnego programu jej przeciwdziałania – czego dowodem jest niniejsze opracowanie.

Powtórzeniu z poprzednich raportów ulega rekomendacja, aby nawiązać ściślejszą współpracę w zakresie przeciwdziałania narkomanii przez położone blisko siebie samorządy. Dobrą platformą do tego typu działania może stać się stowarzyszenie samorządowe pn. „Obszar Metropolitalny Gdańsk-Gdynia-Sopot”. Powinno to przynieść efekt synergiczny. W początkowej fazie nawiązywania współpracy można skupić się na wymianie informacji i koordynacji działań, w tym celu można wykorzystać wzmiankowane stowarzyszenie. Można także zacząć od tego typu działań skupionych jedynie na samorządach tworzących rdzeń aglomeracji, tj. Gdańsku, Gdyni i Sopocie (co powinno być łatwiejsze w realizacji).

---

<sup>60</sup> Jak to wspomniano wcześniej – Kuratorium Oświaty w Gdańsku nie gromadzi informacji na temat tych programów (pismo SNP.1331.6.2019.SP.AŚ).

## 6. Ocena efektywności Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii<sup>61</sup>

Na samym wstępie należy zaznaczyć, że typowa ewaluacja oparta na zestawieniu poniesionych nakładów z jednej strony i z drugiej strony na liczbie osób, które skorzystały z realizowanych programów – w tym przypadku nie ma zastosowania. Przedstawmy to na przykładzie. W pierwszym przypadku jest realizowany godzinny wykład w którym uczestniczy 80 osób, a koszt tego wykładu wynosi 240 zł. W drugim przypadku jest realizowany cykl pięciu godzinnych warsztatów dla 20 osób, którego koszt wynosi 500 zł. Zatem w pierwszym przypadku wydatkowano w ramach programu profilaktycznego 3 zł na jednego uczestnika, a w drugim 25 zł. Ale przecież były to całkowicie odmienne produkty. W pierwszym przypadku uczestnicy uzyskali jedynie wiadomości, których przyjęcie nie wymagało od nich poważniejszego zaangażowania i zapewne większość z nich szybko je zapomni (o ile w ogóle uważali na wykładzie). W drugim przypadku zaistniała szansa nie tylko na przekazanie wiedzy, ale także na wykształcenie i częściowo utrwalanie umiejętności oraz kompetencji społecznych. Stało się tak z racji dłuższego trwania programu, mniejszej grupy oraz odmiennej formy spotkań.

Do bezpośredniej analizy efektywności bardziej zaleca się przeprowadzanie ewaluacji poszczególnych programów realizowanych w ramach Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii np. poprzez pomiar wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych przed i bezpośrednio po realizacji danego programu. Dodatkowo można przeprowadzić także pomiar (o ile to będzie możliwe) w kilka miesięcy po programie (aby pomierzyć efekty długofalowe). I tutaj ponownie pojawiają się programy rekomendowane – ponieważ ich efektywność (nie w sensie finansowym, ale osiągniętych rezultatów) jest udowodniona naukowo. Zatem powinny być stosowane w ramach Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na jak najszerszą skalę. Przy czym należy mieć na uwadze, że tego postulowanymi powyżej działaniami jest już objęta część programów, gdyż do umów na ich realizację jest włączana klauzula o konieczności przeprowadzenia (auto)ewaluacji *ex post*.

Ważnym elementem efektywności działań jest stabilność ich finansowania (gdyż poprzez stabilizację finansową realizatorów i związane z nią pozytywne skutki dla ich działań z jednej strony, a z drugiej strony – poprzez powtarzalność programów i związane z tym pozytywne skutki dla potencjalnych klientów) osiąga się efekt synergiczny. Taką stabilność z jednej strony zapewniają wieloletnie programy. Nie inaczej jest w przypadku Gdańska, gdyż aktualnie obowiązuje „Wieloletni Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz

---

<sup>61</sup> Należy przypomnieć, że roczne wersje tych programów zmieniły nazwę w 2017 r. więc przedstawione w tym rozdziale wnioski dotyczą: dla lat 2015 i 2016 całych dokumentów pn. „Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii”, natomiast dla 2017 r. i 2018 r. części dotyczącej narkomanii w dokumentach pn. „Szczegółowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska”. Użyta tu nazwa „Gminny Program przeciwdziałania Narkomanii” jest więc skrótem myślowym.

Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska na lata 2017–2020”. Z drugiej strony ważna jest stabilność finansowania. Jak to wykazano – wcześniej poziom finansowania działań<sup>62</sup> jest stabilny<sup>63</sup> i należy to bezsprzecznie uznać za pozytyw – sprzyjający osiągnięciu pozytywnych efektów. Wybór realizatorów, patrząc z finansowego punktu na wywiązywanie się przez nich z podjętych zobowiązań jest poprawny. Wprawdzie w 2017 r. wydatkowano zaledwie 64% z planu budżetowego<sup>64</sup>, lecz zarówno wcześniej (tj. w 2016 r. było to 98% planu budżetowego<sup>65</sup>, a w 2015 r. – 95%<sup>66</sup>), jak i później (tj. w 2018 r. – 97% z planu budżetowego<sup>67</sup>) poziom wydatkowania środków był satysfakcjonujący. Zatem problematyczny z punktu widzenia stabilności finansowania programów przeciwdziałania narkomanii był 2017 rok. Lecz tutaj w dużym stopniu winne są czynniki zewnętrzne. Pierwszym z nich jest stosunkowo późne przyjęcie i opublikowanie Narodowego Programu Zdrowia. Następnym utrudnieniem były licznie występujące wątpliwości interpretacyjne przepisów prawnych. Kolejnym problemem było złożenie przez referentów ofert z błędami (z powodu niezajomości wprowadzonych w przepisach zmian). Ponadto część oferentów w takiej sytuacji nie złożyło wcale ofert. Biorąc pod uwagę czas jaki upłynął od wyjaśnienia tych wszystkich wątpliwości – ponowne ogłaszanie konkursów byłoby niewskazane z racji na zbyt krótki czas ich ewentualnej realizacji (co z kolei mogłoby rodzić podejrzenia o niegospodarność i chęć wydatkowania środków finansowych „za wszelką cenę”). Bardzo dokładnie te wszystkie, uwarunkowane egzogenicznie, problemy opisano w Sprawozdaniu... (2018) na stronie 5. Potwierdzeniem, że faktycznie był to jednorazowy problem w finansowaniu Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii jest to, że w następnym roku realizacja planu budżetowego wróciła do wartości bliskich 100%.

---

<sup>62</sup> Rozpatrywany na poziomie: profilaktyka, leczenie i rehabilitacja, readaptacji społeczna, ograniczanie szkód.

<sup>63</sup> Za wyjątkiem ograniczania szkód w 2017 roku.

<sup>64</sup> Sprawozdanie..., 2018, s. 3.

<sup>65</sup> Sprawozdanie..., 2017, s. 2.

<sup>66</sup> Sprawozdanie..., 2016, s. 2.

<sup>67</sup> Sprawozdanie..., 2019b, s. 3.

## 7. Streszczenie

Starzenie się społeczeństwa, (nierejestrowana) emigracja długookresowa mieszkańców oraz przewidywany w najbliższych latach spadek liczby obywateli Gdańska powodują, że przy założeniu takiego samego natężenia narkomanii – można spodziewać się zmniejszenia skali zjawiska liczonego w liczbach bezwzględnych.

Gdańsk jest w szczególnie trudnej sytuacji wśród polskich dużych miast jeśli chodzi o potencjalne zagrożenie zjawiskiem narkomanii. Dzieje się tak, ponieważ na jego terenie są zlokalizowane dwa duże przejścia graniczne (morskie i lotnicze) oraz jest dużym ośrodkiem ruchu turystycznego.

Zmiany wprowadzone w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii powodują, że należy jeszcze większą uwagę przyłożyć do programów przeciwdziałania narkomanii wśród uczniów gdańskich szkół.

Wprowadzenie RODO skutkowało zmianą metodologii liczenia osób uzależnionych od narkotyków. Stąd dane prezentowane w tym raporcie i w poprzednich są nieporównywalne. Szacowana w 2015 r. liczba dorosłych obywateli miasta uzależnionych od marihuany wynosiła 1868 osób, a do 2019 r. wzrosła dramatycznie do aż 7221 osób (innych narkotyków nie badano).

Powoli rośnie liczba obywateli Gdańska leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych (w 2018 r. przekroczyła 1000). W okresie 2015–2017<sup>68</sup> odnotowano 24 zgony z powodu narkotyków – ich liczba rok do roku nie wykazuje tendencji do zmian. Liczba zatruc dopalaczami spada (w 2018 r. było to 18 przypadków). Liczba osób korzystających z pomocy społecznej z powodu narkomanii jest stabilna (w 2018 r. było to 38 mieszkańców miasta). Liczba stwierdzonych przestępstw związanych z narkomanią w latach 2015–2018 ulegała wahaniom oscylując wokół 510 rocznie.

Najpopularniejszymi narkotykami są marihuana, amfetamina, ectasy. W 2015 r., że łatwo lub bardzo łatwo jest im zdobyć narkotyki zadeklarowało (w zależności od substancji<sup>69</sup>) 12–23% uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. W 2015 r. co 4 dorosły mieszkaniec Gdańska był za legalizacją marihuany.

Władze Gdańska są głównym źródłem finansowania ograniczania popytu na narkotyki w zakresie profilaktyki, ograniczania szkód oraz readaptacji społecznej) oraz uzupełniającym NFZ w zakresie leczenia i rehabilitacji. Finansowanie tych działań odbywa się w ramach Gminnego

---

<sup>68</sup> Dane pochodzą z bazy Demografia Głównego Urzędu Statystycznego i w momencie kończenia niniejszego opracowania nie były jeszcze dostępne dane za 2018 rok.

<sup>69</sup> Były to: crack, metamfetamina, kokaina, amfetamina, ekstazy, inne narkotyki (nie wyodrębniono w pytaniu marihuany).



Programu Przeciwdziałania Narkomanii<sup>70</sup>. Przedstawiana oferta jest kompletna. Pomijając 2017 finansowanie tych programów jest stabilne. A przejściowe obniżenie finansowania w tym roku wynikało z czynników zewnętrznych związanych ze zbyt późno wprowadzаныmi (i zarazem skomplikowanymi) zmianami prawnymi.

W zakresie ograniczania podaży narkotyków władze Gdańska nie odgrywają praktycznie żadnej roli. Jest to domena służb państwowych. Straż Miejska w sytuacji pojawienia się narkotyków niezwłocznie wzywa Policję.

Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii jest realizowany poprawnie. Tym niemniej rekomenduje się zwrócenie baczniejszej uwagi na szkolne programy wychowawczo-opiekuńcze (lecz obowiązek ich realizacji nie wynika z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a tym samym nie są one częścią Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii) oraz nawiązanie szerszej współpracy z sąsiednimi jednostkami samorządowymi, np. można do tego wykorzystać stowarzyszenie „Obszar Metropolitalny Gdańsk-Gdynia-Sopot”.

---

<sup>70</sup> Należy przypomnieć, że roczne wersje tych programów zmieniły nazwę w 2017 r. więc przedstawione wnioski dotyczą: dla lat 2015 i 2016 całych dokumentów pn. „Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii”, natomiast dla 2017 r. i 2018 r. części dotyczącej narkomanii w dokumentach pn. „Szczegółowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska”. Użyta tu nazwa „Gminny Program przeciwdziałania Narkomanii” jest więc skrótem myślowym.

## Spis literatury i źródeł danych

- Abramowicz M., Brosz M., Bykowska-Godlewska B., Michalski T., Strzałkowska A., 2015, Narkotyki, alkohol i dopalacze. Diagnoza problemu. Studium socjologiczne na podstawie badań wśród mieszkańców Gdańska, Wydawnictwo Zakładu Realizacji Badań Społecznych Q&Q, Kawle Dolne (Jest to wydanie książkowe wyników badań: Abramowicz M., Brosz M., Michalski T., Strzałkowska A., 2015, Diagnoza problemu narkotyków i narkomanii oraz ewaluacja Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Raport z badań socjologicznych, badanie zrealizowane przez Zakład Realizacji Badań Społecznych na zlecenie Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień, Gdańsk).
- Bank Danych Lokalnych GUS, Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start> (data dostępu: 13.08.2019).
- Baza Demografia GUS, Główny Urząd Statystyczny, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/> (data dostępu: 22.08.2019).
- Brosz M., Załęcki J., 2018, Jakość życia w Gdańsku. Studium jakości życia. Raport z badań przeprowadzonych wśród mieszkańców miasta Gdańska, Pracownia Realizacji Badań Socjologicznych Uniwersytet Gdański, Gdańsk.
- Brosz M., 2019, Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród uczniów szkół ponadpodstawowych na terenie miasta Gdańska. Raport z badań socjologicznych. Maszynopis w GPCU. (ESPAD 2019).
- Bukowska B., Jabłoński P., Sierosławski J. (red.), 2008, Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Czarniawska B., 2014, Social Science Research: From Field to Desk, SAGE Publications, Los Angeles.
- Dopalacze – nowe wyzwania, PSS-E w Gdańsku, <http://www.psse.gda.pl/aktualnosci-i-komunikaty/aktualnosci/664-dopalacze-nowe-wyzwania> (data dostępu: 23.08.2019).
- ESPAD 2015: Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną, maszynopis w Gdańskim Centrum Profilaktyki Uzależnień.
- Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004-2017, 2018, GUS, Warszawa, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2017,2,11.html> (data dostępu: 18.07.2019).
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz.U. 2011 Nr 78 poz. 428).
- Liczba zatruc, podejrzeń zatruc przy udziale nowych narkotyków w Polsce za I – XII 2018 r. z podziałem na województwa (wg. Stanu ludności na 30.06.2018 r.), 2019, <https://gis.gov.pl/landing-dopalacze/liczba-zatruc-podejrzez-zatruc-oraz-zgonow-przy-udziale-nowych-narkotykow-w-polsce-w-2018-r/> (data dostępu: 13.08.2019).
- mail otrzymany z Działu Analiz Ekonomicznych i Marketingu Port Lotniczy im. Lecha Wałęsy.
- mail otrzymany z Ośrodka Rehabilitacyjno-Readaptacyjnego dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku, Stowarzyszenie MONAR.
- mail otrzymany z Pomorskiego Urzędu Celno-Skarbowego w Gdyni.
- mail otrzymany z Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku, Stowarzyszenie MONAR.
- Malczewski A. (red.), 2013, Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Kategorie 3-znakowe, 1996, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Kraków.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. 2016 poz. 1492).
- Nowak R., Hrycz J (red.), 2015, Program edukacyjny „Dopalacze – nowe wyzwania”. Poradnik dla szkolnego koordynatora programu, 2015, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gdańsku, <http://www.psse.gda.pl/aktualnosci-i-komunikaty/aktualnosci/664-dopalacze-nowe-wyzwania> (data dostępu: 13.08.2019).
- pismo 2019.76263.WSOZ-M-AS.MS WSOZ-M-AS.0123.1.14.2019 z dnia 11.09.2019 r. otrzymane z Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Gdańsku
- pismo DO-ZO.1431.127.2019 z dnia 25.06.2019 r. otrzymane z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.
- pismo MO-OI-III.0180.13.2019 otrzymane dn. 30.07.2019 z Morskiego Oddziału Straży Granicznej im. płk. Karola Bacza.
- pismo N 517-1/2019 z dnia 29.07.2019 r. otrzymane z Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku.
- pismo OHP.9011.4.185.2019.AK z dnia 04.09.2019 r. otrzymane z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku.
- pismo PS.SAMRAR.0162.5.19 z dn. 29.07.2018 r. otrzymane z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku.
- pismo SM.KM.523.13.2019.1.ZS.6953 z dnia 31.07.2019 r. otrzymane ze Straży Miejskiej w Gdańsku.
- pismo SNP.1331.6.2019.SP.AŚ z dnia 02.09.2019 otrzymane z Kuratorium Oświaty w Gdańsku.
- pismo WRS.1590377 z dnia 05.09.2019 r. otrzymane od Zastępcy Prezydenta Miasta Gdańska

- pismo WZ-III.046.9.2019.MN z dnia 17.09.2019 r. otrzymane z Wydziału Zdrowia – PCZP Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku.
- Raport końcowy. Cudzoziemcy na krajowym rynku pracy w ujęciu regionalnym, 2018, Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS, Warszawa, <https://stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/kapital-ludzki/cudzoziemcy-na-krajowym-rynku-pracy-w-ujeciu-regionalnym,6,1.html> (data dostępu: 18.07.2019).
- Rocznik Statystyczny Gospodarki Morskiej 2018, 2018, GUS – US w Szczecinie, Warszawa – Szczecin.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. 2018 poz. 1358).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. 2015 poz. 1058).
- Ruch turystyczny w Gdańsku w 2018 r., 2019, Gdańska Organizacja Turystyczna i Instytut Naukowy im. Profesora Brunona Synaka, <https://visitgdansk.com/aktualnosci/turystyka-indywidualna,a,4643> (data dostępu: 13.08.2019).
- Sierosławski J., 2008, Metody monitorowania, [w:] J. Sierosławski, B. Bukowska, P. Jabłoński (red.), Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 45–122.
- Sprawozdanie z realizacji Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2018 roku, 2019a, Urząd Miasta Gdańsk, Gdańsk.
- Sprawozdanie z realizacji w 2015 roku Gminnego Programu przeciwdziałania Narkomanii, 2016, Urząd Miasta Gdańsk, Gdańsk.
- Sprawozdanie z realizacji w 2016 roku Gminnego Programu przeciwdziałania Narkomanii, 2017, Urząd Miasta Gdańsk, Gdańsk.
- Sprawozdanie z realizacji w 2017 roku Szczegółowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Programów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska, 2018, Urząd Miasta Gdańsk, Gdańsk.
- Sprawozdanie z realizacji w 2018 roku Szczegółowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Programów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska, 2019b, Urząd Miasta Gdańsk, Gdańsk.
- Strategia obszaru metropolitalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot do roku 2030, 2015, Obszar Metropolitalny Gdańsk-Gdynia-Sopot, Gdańsk, <https://www.metropoliagdansk.pl/kim-jestesmy/dokumenty/> (data dostępu: 13.08.2019 r.).
- Turystyka w województwie pomorskim w latach 2013–2017, 2018, Urząd Statystyczny w Gdańsku, Gdańsk, <https://gdansk.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/sport-turystyka/turystyka-w-wojewodztwie-pomorskim-w-latach-2013-2017,1,2.html> (data dostępu: 13.08.2019).
- Turzyński M., 2015, Analiza delimitacji gdańskiego obszaru metropolitalnego i jego stref, *Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna*, 29, 93–108.
- Tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Podręcznik, 2010, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Ustawa z dnia 29.lipca.2005 r. O przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005 Nr 179 poz. 1485, wersja ujednolicona z Dz. U. z 2019 r. poz. 852).
- Ustawa z dnia 14.grudnia.2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. 2019, poz. 1148, 1078, 1287).

## Załączniki

- Zał. 3.1. Rozpowszechnienie narkomanii wśród uczniów gdańskich szkół w 2015 roku oceniane na podstawie odpowiedzi na pytanie: Ile razy w życiu (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać danego narkotyku?
- Zał. 3.2. Używanie [w %] wybranych substancji psychoaktywnych przez uczniów gdańskich szkół średnich w 2019 roku
- Zał. 3.3. Liczba zmarłych obywateli Gdańska w latach 2015–2017 z powodu używania narkotyków (F11–F12, F14–F16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12, Y14 wg ICD-10).
- Zał. 3.4. Liczba stwierdzonych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2015–2018 przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku.
- Zał. 4.1. Zestawienie ujawnionych i zabezpieczonych narkotyków i BMK (benzylometyloketon) przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku terenie Gdańska latach 2015–2018.
- Zał. 4.2. Ilość zatrzymanych przez funkcjonariuszy Pomorskiego Urzędu Celno-Skarbowego w Gdyni narkotyków na terenie powiatu grodzkiego Gdańsk w latach 2015–2018.
- Zał. 4.3. Ilość zatrzymanych narkotyków na przejściach granicznych zlokalizowanych w Gdańsku przez funkcjonariuszy Morskiego Oddziału Straży Granicznej im. płk Karola Bacza w latach 2015–2018.

Załącznik 3.1. Rozpowszechnienie narkomanii wśród uczniów gdańskich szkół w 2015 roku oceniane na podstawie odpowiedzi na pytanie: Ile razy w życiu (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać danego narkotyku?

Rodzaj narkotyku	Szkoła	Nigdy*	1-2 razy	3-5**	6-9 razy	10-19 razy	20-39 razy	40 i więcej razy
Marihuana, haszysz (konopie)	III G	81,1	8,6	3,1	2,1	2,3	1	1,8
	II pG	56,4	15,0	9,8	4,4	5,6	2,2	6,5
Leki uspokajające i nasenne bez recepty od lekarza	III G	88,6	7,1	0,0	1,1	1,1	0,6	1,4
	II pG	84,6	8,8	0,0	1,9	2,1	0,7	1,8
LSD lub inne halucynogeny	III G	96,4	2,2	0,0	0,2	0,3	0,0	0,9
	II pG	95,8	3,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,7
Heroina	III G	98,0	0,8	0,0	0,3	0,3	0,0	0,6
	II pG	98,7	0,8	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Grzyby halucynogenne	III G	96,9	2,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8
	II pG	97,1	1,9	0,0	0,6	0,1	0,2	0,1
GHB	III G	98,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	II pG	99,2	0,4	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
Sterydy anaboliczne	III G	98,1	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	II pG	99,7	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Narkotyki wstrzykiwane (heroina, kokaina, amfetamia)	III G	97,4	1,1	0,0	0,2	0,0	0,3	1,1
	II pG	98,5	0,9	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2
Alkohol z lekami	III G	93,3	4,1	0,0	1,1	0,3	0,3	0,9
	II pG	86,2	11,1	0,0	1,2	0,6	0,2	0,6
Środki przeciwbólowe	III G	54,3	7,4	0,0	6,1	8,8	6,7	16,7
	II pG	50,6	8,6	0,0	5,8	6,5	6,5	22,0
Inne	III G	88,8	4,7	0,0	1,5	0,6	0,5	3,9
	II pG	87,6	4,8	0,0	2,0	1,7	0,4	3,6
Wdychanie substancji chemicznych (klej, aerozol itp.)	III G	87,4	7,4	1,4	0,8	1,1	0,2	1,6
	II pG	89,2	6,2	1,6	0,8	1,2	0,2	0,7

Udziały procentowe w niektórych przypadkach nie sumują się do 100,0%, ponieważ nie zastosowano wygładzania błędów po automatycznym zaokrągleniu.

III G – klasa III gimnazjum; II pG – klasa II szkoły ponadgimnazjalnej.

\* – w niektórych ankietach zamiast odpowiedzi „nigdy” pojawiała się odpowiedź „0 razy”, potraktowano je jako tożsame;

\*\* – zdziwienie budzi to, że w tym zakresie nie padła ani jedna odpowiedź twierdząca (poza marihuana).

Źródło: obliczenia własne M. Brosza z dn. 20.03.2016 r. w oparciu o surowe dane z: ESPAD 2015: Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną, Gdańsk, 2015, WRS UMG (tylko dla marihuany wzięto dane bezpośrednio z tego badania).

Załącznik 3.2. Używanie [w %] wybranych substancji psychoaktywnych przez uczniów gdańskich szkół średnich w 2019 roku

Substancja	Klasa	Kiedykolwiek w życiu	W ciągu ostatnich 12 miesięcy	W ciągu ostatnich 30 dni
marihuana lub haszysz	I	31,6	20,6	11,9
marihuana lub haszysz	III	54,6	47,0	5,8
ecstasy	I	10,2	4,6	
ecstasy	III	9,7	7,9	
amfetamina	I	4,0	2,7	
amfetamina	III	8,5	5,8	
metaamfetamina	I	4,6	2,9	
metaamfetamina	III	5,5	2,8	
kokaina	I	7,6	3,3	
kokaina	III	9,7	4,9	
crack	I	5,0	1,6	
crack	III	1,5	0,7	
heroina	I	3,0	1,6	
heroina	III	2,1	1,1	
dopalacze	I	7,8	5,9	3,8
dopalacze	III	7,5	3,4	2,8
środki wziewne (klej, aerozole itp.)	I	13,9	9,1	5,8
środki wziewne (klej, aerozole itp.)	III	7,9	3,6	1,9
LSD lub inne halucynogeny	I	9,2		
LSD lub inne halucynogeny	III	8,4		
grzyby halucynogenne	I	7,9		
grzyby halucynogenne	III	7,3		
GHB	I	4,3		
GHB	III	1,5		
relewin	I	4,0		
relewin	III	1,5		
narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	I	6,3		
narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	III	4,6		
leki uspokajające i nasenne (bez przepisu lekarza)	I	14,9		
leki uspokajające i nasenne (bez przepisu lekarza)	III	17,5		
sterydy anaboliczne	I	4,7		
sterydy anaboliczne	III	5,8		
alkohol razem z tabletkami (lekami) w celu odurzenia	I	10,9		
alkohol razem z tabletkami (lekami) w celu odurzenia	III	9,8		
leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	I	9,6		
leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	III	6,7		
alkohol razem z marihuaną lub haszyszem	I	22,4		
alkohol razem z marihuaną lub haszyszem	III	45,2		
syntetyczne kannabinoidy	I	5,0		
syntetyczne kannabinoidy	III	7,8		
syntetyczne katynony	I	7,1		
syntetyczne katynony	III	4,0		

Źródło: M. Brosz, 2019, Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród uczniów szkół ponadpodstawowych na terenie miasta Gdańska. Raport z badań socjologicznych. Maszynopis w GCPU. (ESPAD 2019)

Załącznik 3.3. Liczba zmarłych obywateli Gdańska w latach 2003–2017 z powodu używania narkotyków (F11–F12, F14–F16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12, Y14 wg ICD-10)

	2015		2016		2017		2018*	
	K	M	K	M	K	M	K	M
F11								
F12								
F14								
F15								
F16								
F19								
X42		7		1	1	1		
X44								
X62				1		2		
X64		1	3	3		3		
Y12				1				
Y14								
Razem:	0	8	3	6	1	6	bd	bd

\* – ze względu na duże opóźnienie w publikacji danych na ten temat przez Główny Urząd Statystyczny – według stanu na 22.08.2019 r. nie było jeszcze danych za 2018 r. w bazie Demografia GUS.

Opis przyczyn zgonów według klasyfikacji ICD-10:

F00-F99 to zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, dokładniej:

- F-11: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów;
- F-12: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli;
- F-14: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy;
- F-15: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny;
- F-16: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów;
- F-19: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychotropowych.

X40-X49 to wypadkowe zatrucie przez narażenie na działanie szkodliwych substancji:

- X-42: Przypadkowe zatrucie przez narażenie na narkotyki i leki psychodysleptyczne (halucynogenne), niesklasyfikowane gdzie indziej;
- X-44: Przypadkowe zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone leki, środki farmakologiczne i substancje biologiczne.

X60-X84 to zamierzone samouszkodzenie:

- X-62: Zamierzone zatrucie przez narażenie na narkotyki leki psychodysleptyczne (halucynogenne), niesklasyfikowane gdzie indziej;
- X-64: Zamierzone zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone leki, środki farmakologiczne i substancje biologiczne.

Y10-Y34 to zdarzenie o nieokreślonym zamiarze:

- Y-12: Zatrucie przez narażenie na narkotyki leki psychodysleptyczne (halucynogenne), niesklasyfikowane gdzie indziej o nieokreślonym zamiarze;
- Y-14: Zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone leki, środki farmakologiczne i substancje biologiczne, o nieokreślonym zamiarze.

Źródło: Dane: Baza demograficzna GUS (dostęp dn. 22.08.2019 r.), tablice LN14pow. Objaśnienia: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Kategorie 3-znakowe, 1996, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Kraków.

Załącznik 3.4. Liczba stwierdzonych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2015–2018 przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku

Jednostka	Artykuły*	2015		2016		2017		2018	
		A	B	A	B	A	B	A	B
Razem Komenda Miejska Policji w Gdańsku	53	1						1	
	54			1					
	55	1		2				2	
	56	12		3		8		4	
	58	68	49	47	15	40	22	29	4
	59	32		106	3	26	1	14	
	62	350	10	453	11	413	23	383	11
	63	10		9	1	8		8	
KMP Gdańsk Wydział Dochodzeniowo-Śledczy	64							1	
	53								
	54			1					
	55							2	
	56	10		2		3		2	
	58	5		2				3	
	59	7		2				1	
	62	14		11		4	1	7	
KMP Gdańsk Wydział dw. z Przesłuchaniem Samochodową	63	2						2	
	64								
	53								
	54								
	55								
	56								
	58								
	59								
Komisariat Policji I w Gdańsku	62	2		1					
	63								
	64								
	53								
	54								
	55	1							
	56	1						1	
	58	1		12		7		3	
Komisariat Policji II w Gdańsku	59	3		50		3		3	
	62	63	2	67	3	64	4	51	2
	63			4	1	4		1	
	64								
	53								
	54								
	55								
	56							1	
Komisariat Policji III w Gdańsku	58	49	47	7	6	16	15	6	2
	59	10		37	3	5		1	
	62	80	1	96		77	1	96	4
	63			1				3	
	64								
	53								
	54								
	55								
Komisariat Policji IV w Gdańsku	56					4			
	58	6	1	4		1		2	
	59	2		4		4		1	
	62	42	1	58		62	2	68	2
	63					2			
	64								
	53							1	
	54								
Komisariat Policji IV w Gdańsku	55								
	56								
	58			8	8	7	7		
	59								



	62	7	1	22		9	2	4	
	63	1							
	64								
Komisariat Policji V w Gdańsku	53								
	54								
	55			1					
	56								
	58	1		5		2		3	1
	59	3		2		10		2	
	62	30	3	37	2	49	6	36	1
	63	2		3				1	
	64								
Komisariat Policji VI w Gdańsku	53								
	54								
	55								
	56	1		1					
	58	2		1					
	59	4				1			
	62	35	1	29		26	2	28	1
	63								
	64								
Komisariat Policji VII w Gdańsku	53								
	54								
	55								
	56								
	58								
	59								
	62	9		17		18	2		
	63		1						
	64								
Komisariat Policji VIII w Gdańsku	53								
	54								
	55								
	56								
	58	4	1	8	1	7		12	1
	59	3		9		3	1	5	
	62	53		69	5	80	3	77	1
	63	3				2		1	
	64								
Komisariat Policji IX w Gdańsku	53	1							
	54								
	55			1					
	56					1			
	58								
	59			2					1
	62	16	1	46	1	24			16
	63	2							
	64								1

**A** – przestępstwa stwierdzone; **B** – przestępstwa stwierdzone z czynami nieletnich

\* – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179 poz 1485 z późn zm.):

Art. 53. dotyczy wytwarzania, przetwarzania lub przerabiania substancji psychoaktywnych lub półproduktów.

Art. 54. dotyczy wyrabiania, posiadania, przechowywania zbywa, nabywa, przystosowywania itd. przyrządów do wytwarzania itd. substancji psychoaktywnych itp.

Art. 55. dotyczy przywozu, wywozu, przewozu itd. substancji psychoaktywnych itp.

Art. 56. dotyczy wprowadzania do obrotu itd. substancji psychoaktywnych itp.

Art. 58. dotyczy udzielania, nakłania itd. innej osobie substancji psychoaktywnych itp.

Art. 59. dotyczy udzielania w celu osiągnięcia korzyści majątkowej innej osobie substancji psychoaktywnych itp.

Art. 62. dotyczy posiadania substancji psychoaktywnych itp. (doprecyzowują go art. 62a, 62b – przestępstwa z tych dwóch artykułów liczono razem z art. 62.).

Art. 63. dotyczy uprawy, zbiorów itd. maku, konopii itp.

Art. 64. dotyczy zabierania w celu przywłaszczenia substancji psychoaktywnych itp.

Źródło: pismo N 517-1/2019 z dnia 29.07.2019 r. otrzymane z Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku.

Załącznik 4.1. Zestawienie ujawnionych i zabezpieczonych narkotyków i BMK (benzylometyloketon) przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku terenie Gdańska latach 2015–2018

2015 r.		Amfetamina (g)	Haszysz (g)	Heroina (g)	Kokaina (g)	Marihuana (g)	Ectasy (szt.)	LSD (szt)	BMK (l)	Konopie indyjskie (szt.)	Inne: rodzaj (g/kg/ml/l/szt.)
X	A	4,6									0 – Acetofenon (l) 6 – 4MMC mefedron (g) 1 – 4-metylo-N-etylokatynon(4-MEC) (g)
	B										
	C	25,0									
	D					44,3					
	E	2815,4	2,8	5,3	6,5	5776,7	299,0		3,0		0 ) – Acetofenon (g) 6 – 4MMC mefedron (g) 40 – Metadon (g) 2 – APAAN – Alfa-fenylacetoacetonitril
	F					201,0				83,0	
	Σ:	2845,0	2,8	5,3	6,5	6022,0	299,0		3,0	83,0	nie sumowano
V	A										
	B										
	C										
	D										
	E	113,0				1,0					0 – Acetofenon (l)
	F										
	Σ:	113,0				1,0					nie sumowano

Liczba zlikwidowanych laboratoriów narkotyków syntetycznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	
Liczba zlikwidowanych upraw/plantacji konopii indyjskich-wewnętrznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	1
Liczba zlikwidowanych upraw/plantacji konopii indyjskich-zewnętrznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	

2016 r.		Amfetamina (g)	Haszysz (g)	Heroina (g)	Kokaina (g)	Marihuana (g)	Ectasy (szt.)	LSD (szt)	BMK (l)	Konopie indyjskie (szt.)	Inne: rodzaj (g/kg/ml/l/szt.)
X	A	1,2				116,1					0 – Acetofenon (l) null – Metyloamina (l) 88,3 – 3MMC (metafedron) (g) 38 – Etkatynon (N-etylokatynon) (g)
	B					1,6					
	C	1319,0				8299,4					
	D	0,8				33,0					
	E	5902,0	907,9	49,8	267,3	9244,4	752,6	23		6,7	22,5 - Nitrostyner (g) 1,3 - 3,4BMMC (3,4 dimetyloetkatyr) 0,6 - 3MMC (metafedron) (g) 0,6 – PENTEDRON (g) 9,4 – PENTYLON (g) 19 – THJ-018 (g) 0,5 – a-PVP (alfa-PVP) (g) 7 – MDMA (g)
	F					109,7				158	
	Σ:	7223,0	907,9	48,8	267,3	17804,2	752,6	23,0		164,7	nie sumowano
V	A										
	B										
	C										
	D										0,9 – 3MMC (metafedron) (g)
	E	3,5	0,3			5,4				1,8	7,2 – 3MMC (metafedron) (g)
	F										
	Σ:	3,5	0,3			5,4				1,8	nie sumowano

Liczba zlikwidowanych laboratoriów narkotyków syntetycznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	
Liczba zlikwidowanych upraw/plantacji konopii indyjskich-wewnętrznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	7
Liczba zlikwidowanych upraw/plantacji konopii indyjskich-zewnętrznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	2

2017 r.		Amfetamina (g)	Haszysz (g)	Heroina (g)	Kokaina (g)	Marihuana (g)	Ectasy (szt.)	LSD (szt)	BMK (l)	Konopie indyjskie (szt.)	Inne: rodzaj (g/kg/ml/l/szt.)
X	A										
	B					499,2					
	C				254,2	6267,8	16303,0				0 – MDMA (g)
	D					98,4					
	E	8481,2	4,4	23,7	62,1	7943,4	758,0	68,0			0,4 – Metadon (g) 4,9 – morfina (g) 0,2 – metylofenidad (g) 1252 – Metadon (ml) 5 – klonazepan (g) 98,1 – MDMA (g)
	F					216,0				186,0	
	Σ:	8481,2	4,4	23,7	319,3	15024,8	17061,0	68,0		186,0	nie sumowano
V	A										
	B										
	C										
	D										
	E	0,2				2,3					0,4 – morfina (ml)
	F										
	Σ:	0,2				2,3					nie sumowano

Liczba zlikwidowanych laboratoriów narkotyków syntetycznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	
Liczba zlikwidowanych upraw/plantacji konopii indyjskich-wewnętrznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	6
Liczba zlikwidowanych upraw/plantacji konopii indyjskich-zewnętrznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	3

2018 r.	Amfetamina (g)	Haszysz (g)	Heroina (g)	Kokaina (g)	Marihuana (g)	Ectasy (szt.)	LSD (szt)	BMK (l)	Konopie indyjskie (szt.)	Inne: rodzaj (g/kg/ml/l/szt.)
X	A									
	B									
	C	905,6	20,5		17,3	13265,4	1449,0			13 – MDMA (g)
	D					3,5				
	E	3449,5	879,5	123,6	774,7	12032,1	1094,0	402,0	12,0	9,6 – Grzybki halucynogenne (g) 9,3 – Metadon (g) 0 – 1-cjano (g) 15 – Etkatynon (N-etylokatynon) (g) 51 – MDM – 3,4 metylenodioksymetkatyr 1,3 – metylofenidad (g)r 19,1 – metamfetamina (g) 1,2 – metadon (ml) 25 – kolnazepan (g) 63,5 – alprazolam (g) 24 – 4-Cl-a-PPP (4-chloro-alfa-PPP) (g) 376,2 – MDMA (g)
	F					91,6			204,0	
	Σ:	4355,1	900,0	123,6	792,0	25391,9	2543,0	402	216,0	nie sumowano
V	A									
	B		480000,0							
	C									0 – 1-cjano (g)
	D									
	E	0,7				69,0				
	F									
	Σ:	0,7	480000,0			69,0				nie sumowano

Liczba zlikwidowanych laboratoriów narkotyków syntetycznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	
Liczba zlikwidowanych upraw/plantacji konopii indyjskich-wewnętrznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	8
Liczba zlikwidowanych upraw/plantacji konopii indyjskich-zewnętrznych na terenie działania CBŚP, KWP/KGP i jednostek podległych	4

A – Produkcja narkotyków/prekursorów (art.\* 53, 61)

B – Przemyt narkotyków/prekursorów (art.\* 55, 61)

C – Wprowadzenie do obrotu narkotyków/prekursorów (art.\* 56, 61)

D – Udzielanie narkotyków (art.\* 58, 59)

E – Posiadanie narkotyków/ prekursorów (art.\* 61, 62)

F – Nielegalne uprawy (art.\* 63)

X – w sprawach procesowych prowadzonych przez jednostki CBŚP, KWP/KSP oraz podległe;

V – w sprawach prowadzonych przez inne jednostki w bazie informacji CBŚP.

\* – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179 poz 1485 z późn zm.):

Art. 53. dotyczy wytwarzania, przetwarzania lub przerabiania substancji psychoaktywnych lub półproduktów.

Art. 55. dotyczy przywozu, wywozu, przewozu itd. substancji psychoaktywnych itp.

Art. 56. dotyczy wprowadzania do obrotu itd. substancji psychoaktywnych itp.

Art. 58. dotyczy udzielania, nakłania itd. innej osobie substancji psychoaktywnych itp.

Art. 59. dotyczy udzielania w celu osiągnięcia korzyści majątkowej innej osobie substancji psychoaktywnych itp.

Art. 61. dotyczy wytwarzania, przetwarzania, przerabiania, przywozu, wywozu itd. substancji psychoaktywnych itp.

Art. 62. dotyczy posiadania substancji psychoaktywnych itp. (doprecyzowują go art. 62a, 62b – przestępstwa z tych dwóch artykułów liczono razem z art. 62.).

Art. 63. dotyczy uprawy, zbiorów itd. maku, konopii itp.

Źródło: pismo N 517-1/2019 z dnia 29.07.2019 r. otrzymane z Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku.

Załącznik 4.2. Ilość zatrzymanych przez funkcjonariuszy Pomorskiego Urzędu Celno-Skarbowego w Gdyni narkotyków na terenie powiatu grodzkiego Gdańsk w latach 2015–2018.

Rodzaj narkotyku	2015	2016	2017	2018
Heroina		13,77 g		
Amfetamina	252,25 g	2530,59 g	4769,21 g	121,824 g
Marihuana	3133,15 g 171 sadzonek	4542,01 g 2 szt.	7228,79 g	12911,68 g
Ectasy	180 szt.	49 szt. 0,44 g	1605 szt.	
Haszysz		140,45 g (2)		900 g
Kokaina			19899,02 g	0,5 g
Grzyby halucynogenne				
Substancje psychoaktywne (1)	349,88 g	2 szt. 628,38 g	2028,78 g	862,73 g 1099 szt.
Inne – jakie		886000 g (3)		

(1) w tym uznane za dopalacze;

(2) ciasteczka haszyszowe;

(3) prekursor Gamma-Butyrolactone.

Źródło: mail otrzymany z Pomorskiego Urzędu Celno-Skarbowego w Gdyni.

Zał. 4.3. Ilość zatrzymanych narkotyków na przejściach granicznych zlokalizowanych w Gdańsku przez funkcjonariuszy Morskiego Oddziału Straży Granicznej im. płk Karola Bacza w latach 2015–2018.

Rodzaj narkotyku	2015	2016	2017	2018
Ziele konopii (marihuana) [g]	1261,05	1339,29	673,77	3909,30
Amfetamina [g]	109,5	6894,7	1003,46	858,69
Kokaina [g]	210,11	18,44	8,53	0,8
Ekstazy [szt.]		1024	7	
Heroina biała [g]		0,68		
Grzyby halucynogenne [g]		1,8		
4CMC pochodna katynolu [g]			43,24	
Środki farmaceutyczne [g]			33	999

Źródło: pismo MO-OI-III.0180.13.2019 otrzymane dn. 30.07.2019 z Morskiego Oddziału Straży Granicznej im. płk. Karola Bacza.

## Rozdział II: Badanie ilościowe wśród mieszkańców Gdańska

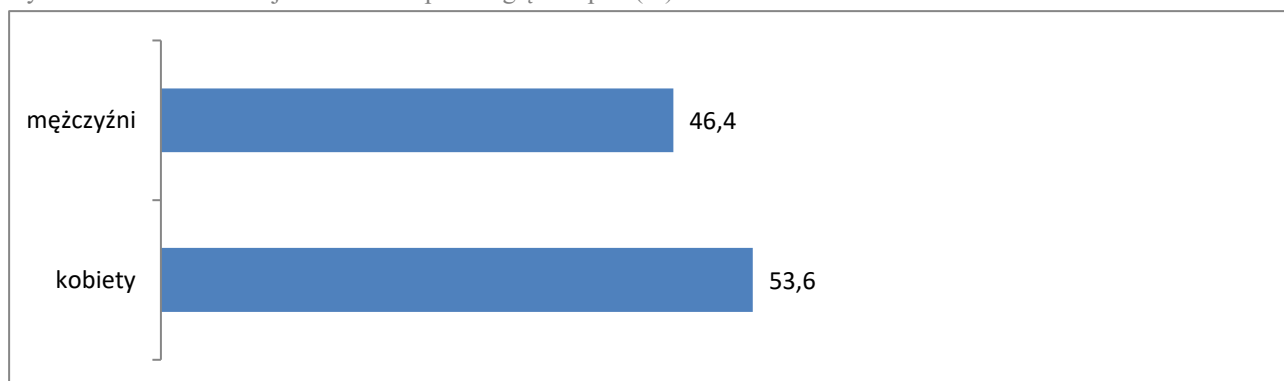
<b>Projekt badawczy</b>	<b>Diagnoza problemu narkotyków i narkomanii oraz ewaluacja Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii</b>
<b>Zamawiający</b>	Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień, Gmina Miasta Gdańsk
<b>Wykonawca</b>	<u>Podmiot odpowiedzialny:</u> Q&Q Zakład Realizacji Badań Społecznych Maciej Brosz, Kawle Dolne 25, 83-304 Przdokowo, tel. 505-717-303 <u>Zespół realizujący badanie:</u> dr Maciej Brosz, dr hab. Tomasz Michalski, dr Tomasz Tobis, Magdalena Popowska-Bracka.
<b>Prace terenowe</b>	wrzesień-październik 2019
<b>Metodologia</b>	Próba losowo-kwotowa. Losowy dobór adresów metodą ustalonej ścieżki na terenie Gdańska. Metoda ankietowa – kwestionariusze pozostawiane przez ankierów do samodzielnego wypełnienia przez respondentów, a następnie odbierane. W raporcie znajdują się odniesienia do badań przeprowadzonych przez PBS Spółka z o. o. z roku 2005, pt. „Wzorce konsumpcji alkoholu i przemoc w rodzinie” oraz do badań o tej samej tematyce przeprowadzonych w 2011. oraz w 2015. roku. Porównania pojawiają się w przypadku pytań, których forma nie uległa zmianie lub też po odpowiednim przetworzeniu danych możliwe jest zestawienie kategorii.
<b>Narzędzie badawcze</b>	Kwestionariusz o wysokim stopniu standaryzacji: ogółem 46 pytań, w tym 31 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte, 6 skalogramów, 9 pytań metryczkowych.
<b>Respondent</b>	Osoba pełnoletnia spełniająca kryterium kwotowe (wiek/płeć) ustalone na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (stan na dzień 31.12.2018), w wylosowanym gospodarstwie domowym. W przypadku dwóch osób spełniających kryterium kwotowe – losowanie proste na podstawie metody „ <i>kto ostatni obchodził urodziny</i> ”.
<b>Próba</b>	1004 dorosłych mieszkańców Gdańska.



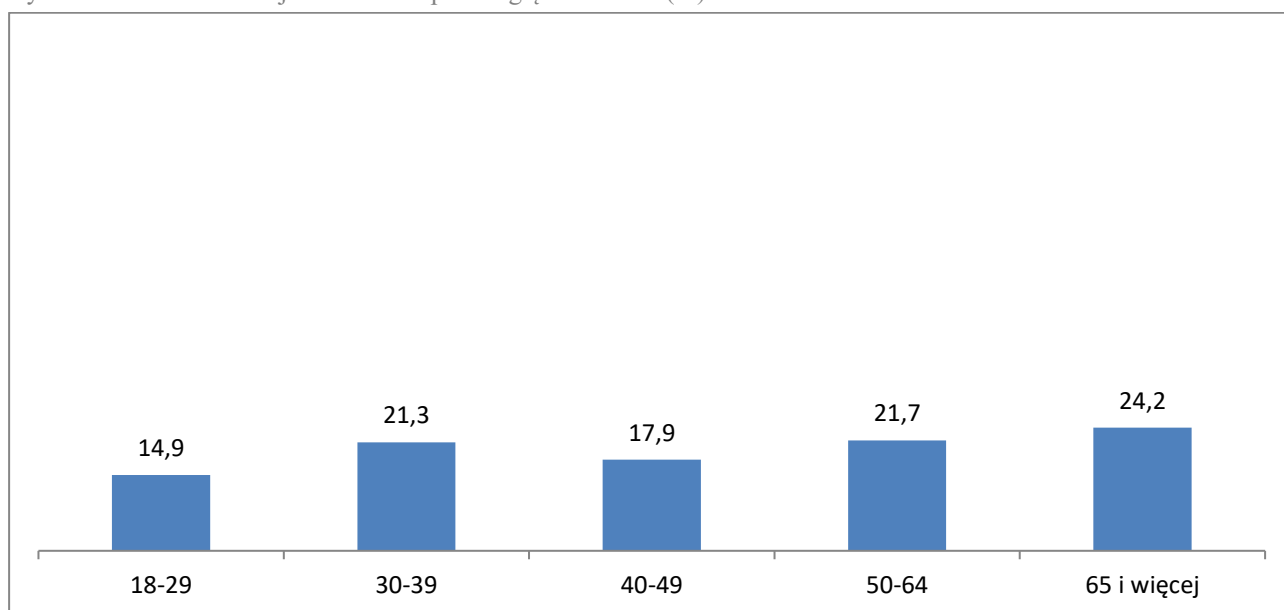
## 1. Struktura próby badawczej

Badanie zostało przeprowadzone wśród 1004 dorosłych mieszkańców Gdańska. Zrealizowana próba badawcza jest reprezentatywna dla populacji miasta Gdańska pod względem struktury płci i wieku (według danych Głównego Urzędu Statystycznego – stan na 31.12.2018 r.).

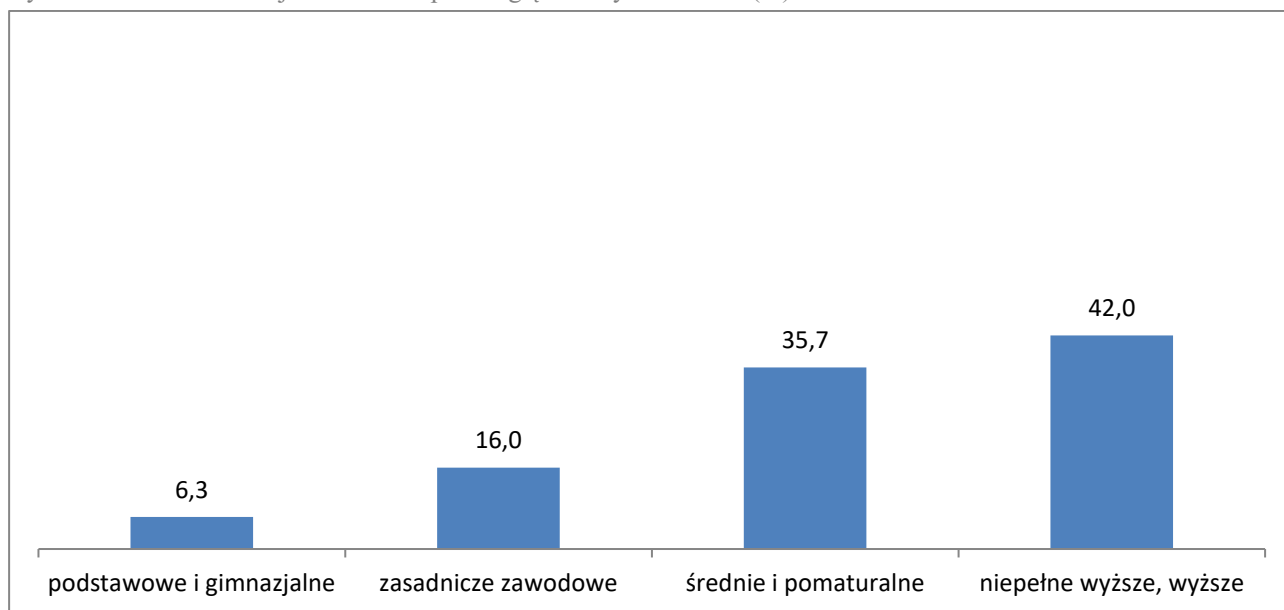
Ryc. 1. Struktura badanej zbiorowości pod względem płci (%).



Ryc. 2. Struktura badanej zbiorowości pod względem wieku (%).

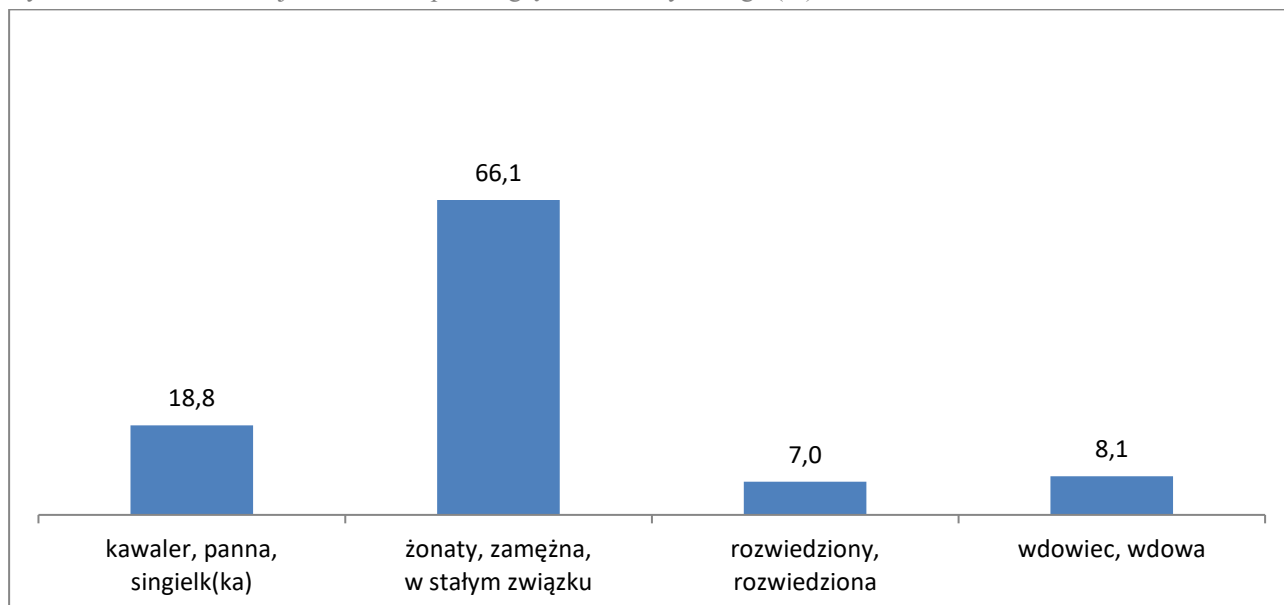


Ryc. 3. Struktura badanej zbiorowości pod względem wykształcenia (%).

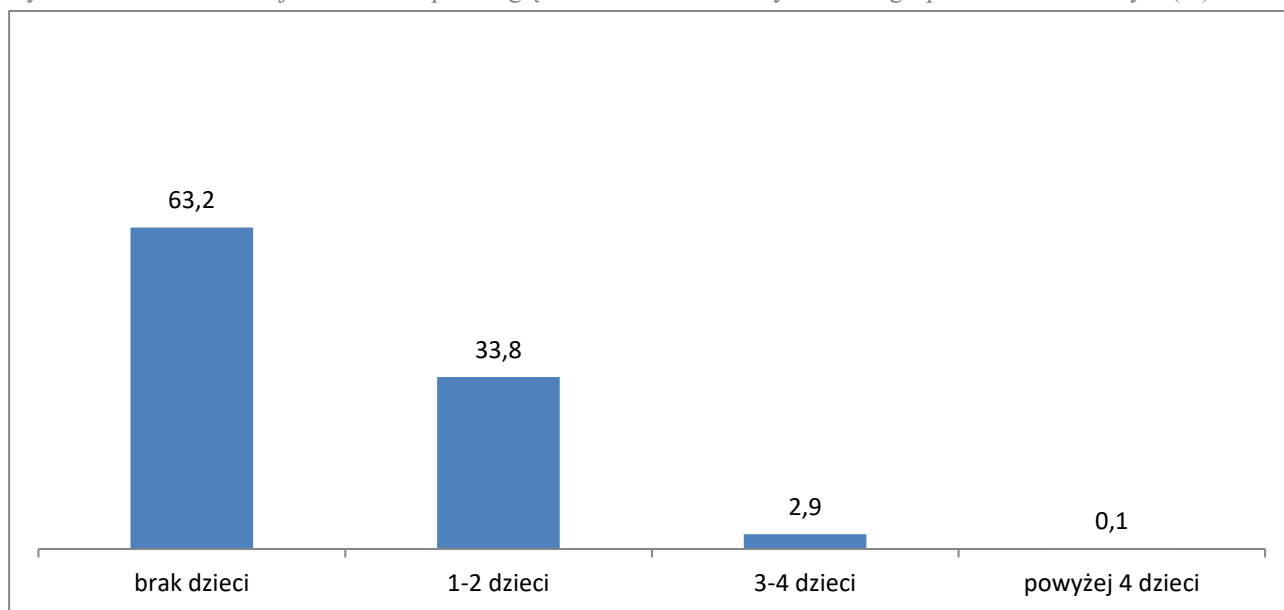


Niski odsetek osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym wynika z faktu, iż badanie zostało przeprowadzone wśród dorosłych mieszkańców Gdańska. Wysoki odsetek badanych z wykształceniem wyższym i niepełnym wyższym wynika z jednej strony z połączenia tych dwóch kategorii, z drugiej zaś łączy się z faktem nieustającego napływu do Gdańska dużej liczby dobrze wykształconych specjalistów.

Ryc. 4. Struktura badanej zbiorowości pod względem stanu cywilnego (%).



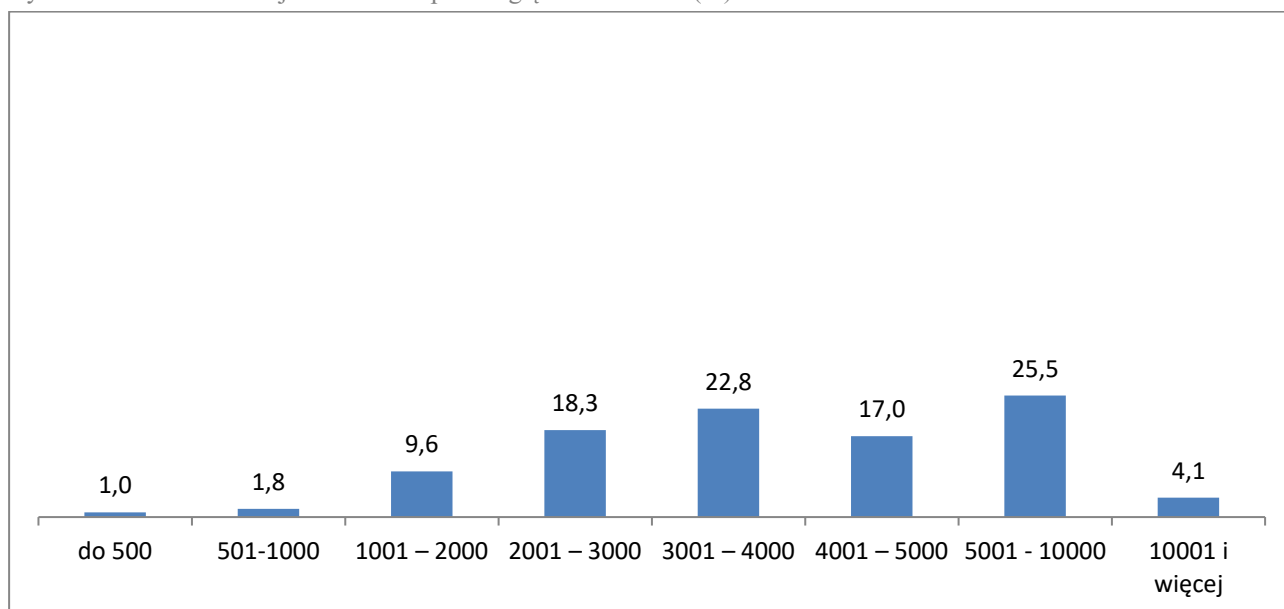
Ryc. 5. Struktura badanej zbiorowości pod względem obecności i liczby dzieci w gospodarstwie domowym (%).



Ze względu na niewielką liczebność kategorii „powyżej 4 dzieci” (1 przypadek), zostały one włączone do kategorii „3-4 dzieci”. W dalszej prezentacji użyta zostanie etykieta „powyżej 3 dzieci”.

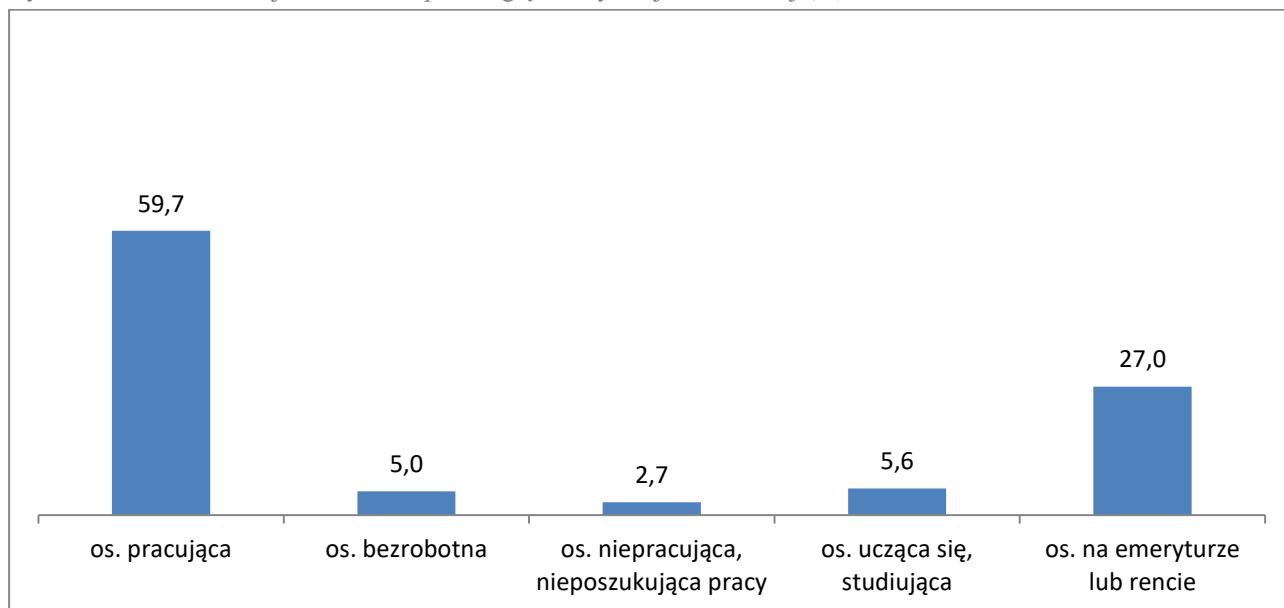
Pytanie o dochód dotyczyło łącznej kwoty pieniędzy netto, pozostającej do dyspozycji w gospodarstwie domowym respondenta.

Ryc. 6. Struktura badanej zbiorowości pod względem dochodu (%).

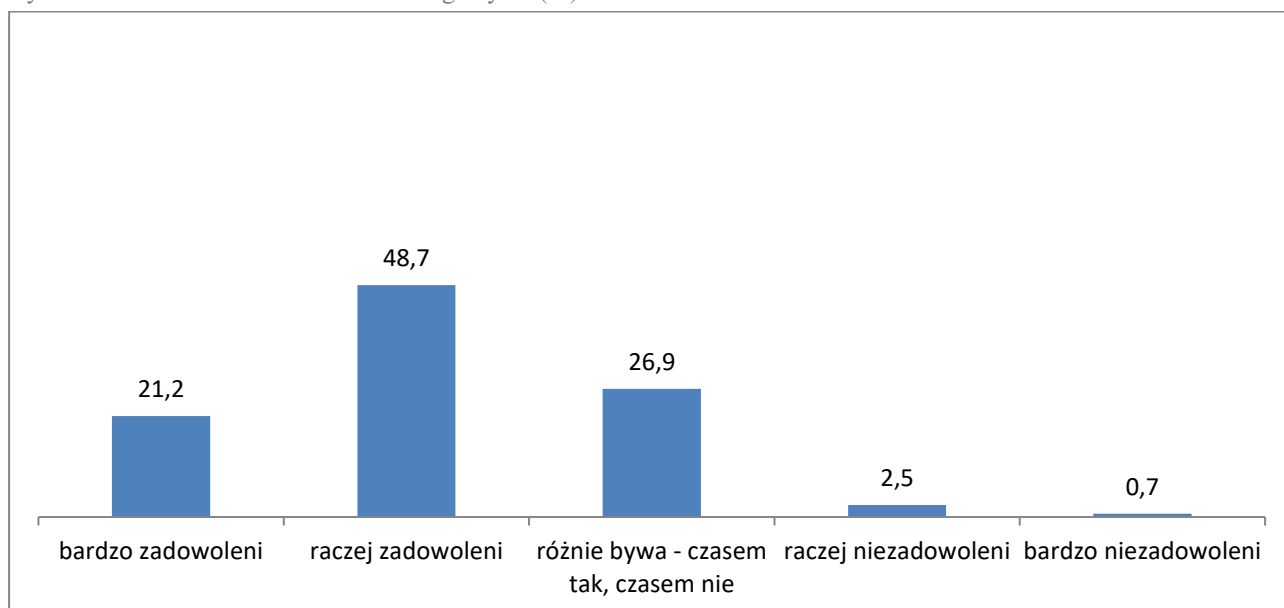


Ze względu na niewielką liczebność kategorii „do 500” (9 przypadków) oraz „10001 i więcej” (37 przypadków) zostały one włączone do sąsiadujących kategorii. W rezultacie uzyskano połączone kategorie „do 1000” oraz „powyżej 5001”.

Ryc. 7. Struktura badanej zbiorowości pod względem sytuacji zawodowej (%).

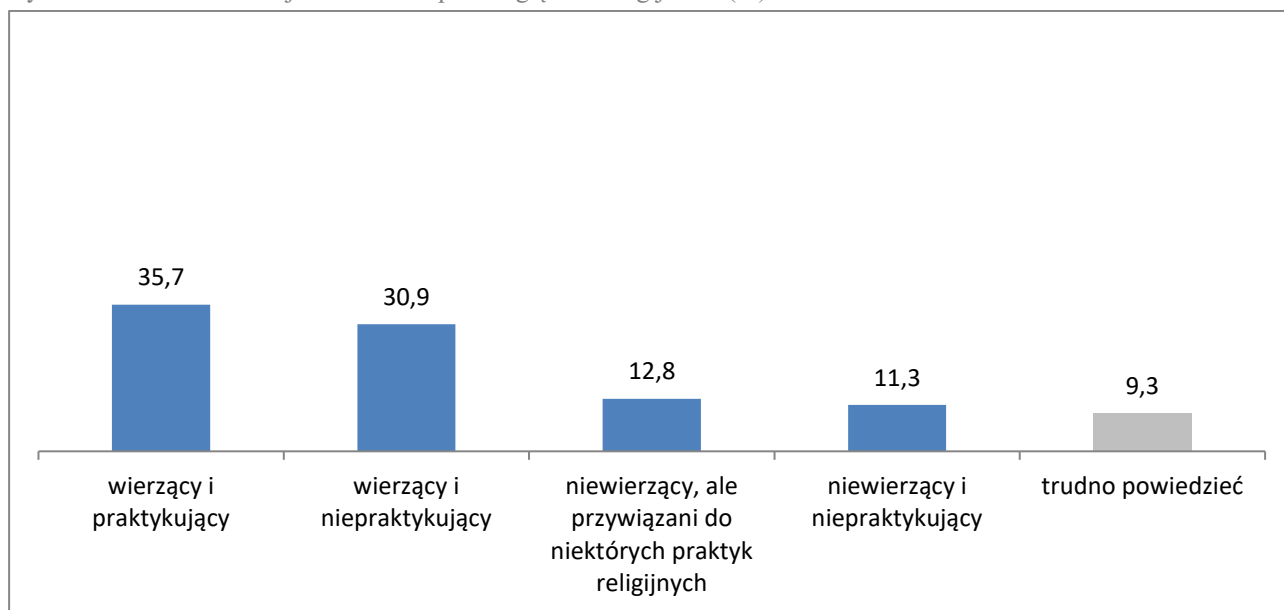


Ryc. 10. Poczucie zadowolenia z własnego życia (%).



Ze względu na niewielką liczebność kategorii „raczej niezadowoleni” (25 przypadków) i „bardzo niezadowoleni” (7 przypadków) połączono je w jedną kategorię „niezadowoleni”, natomiast kategorie „bardzo zadowoleni” i „raczej zadowoleni” w kategorię „zadowoleni”.

Ryc. 11. Struktura badanej zbiorowości pod względem religijności (%).

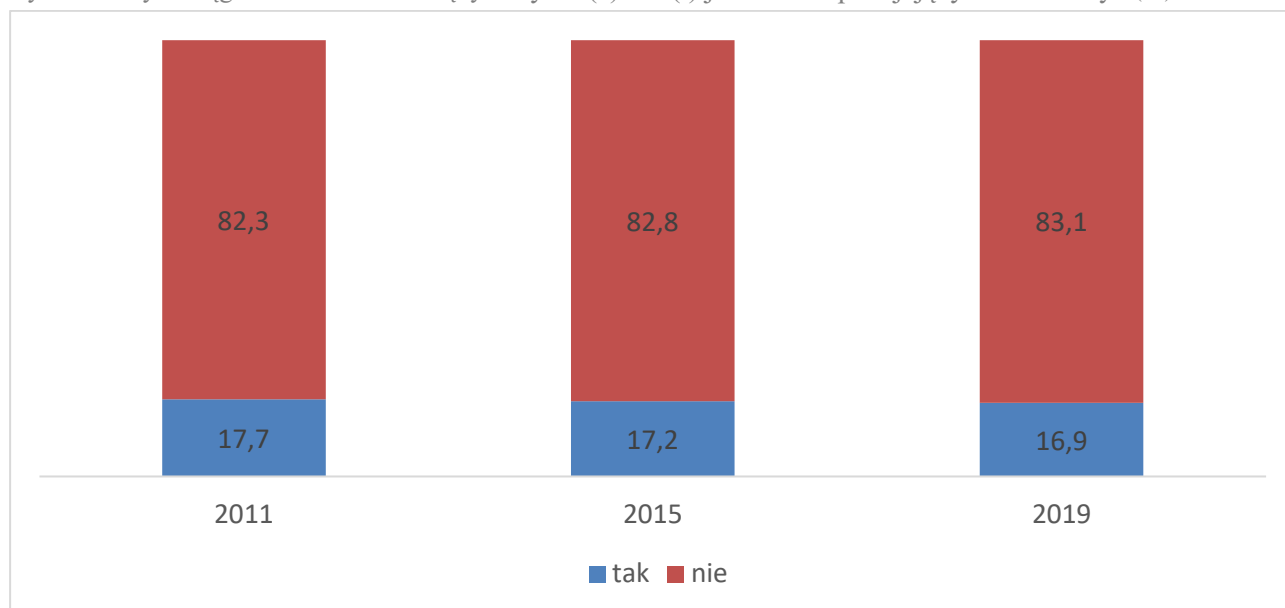


## 2. Używanie substancji psychoaktywnych

### 2.1. Leki uspokajające lub nasenne

Spośród wszystkich badanych 16,9% (blisko co szosta osoba), zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywało jakiś lek uspokajający lub nasenny. W porównaniu do wyników z badań przeprowadzonych w 2015 roku wskaźnik ten pozostał na tym samym poziomie (minimalna różnica 0,3 p.p.<sup>71</sup>) – zob. ryc.2.1.

Ryc. 2.1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek uspokajający lub nasenny? (%)



Po wspomniany typ medykamentów częściej sięgały kobiety (21,4%) niż mężczyźni (11,8%). Do grupy najczęściej korzystających należą osoby uczące się lub studiujące (29,1%) oraz bezrobotne (22,4%), osoby owdowiałe (26,6%) oraz mający poczucie braku zadowolenia z życia (40,6%). Wiek badanych, poziom wykształcenia, poziom osiągniętych dochodów, fakt posiadania dzieci oraz ich liczebność w gospodarstwie domowym, ani religijność nie różnicują odpowiedzi na pytanie dotyczące zażywania leków uspokajających lub nasennych (zob. tab.1.).

Tab. 1. Zażywanie leków uspokajających lub nasennych na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

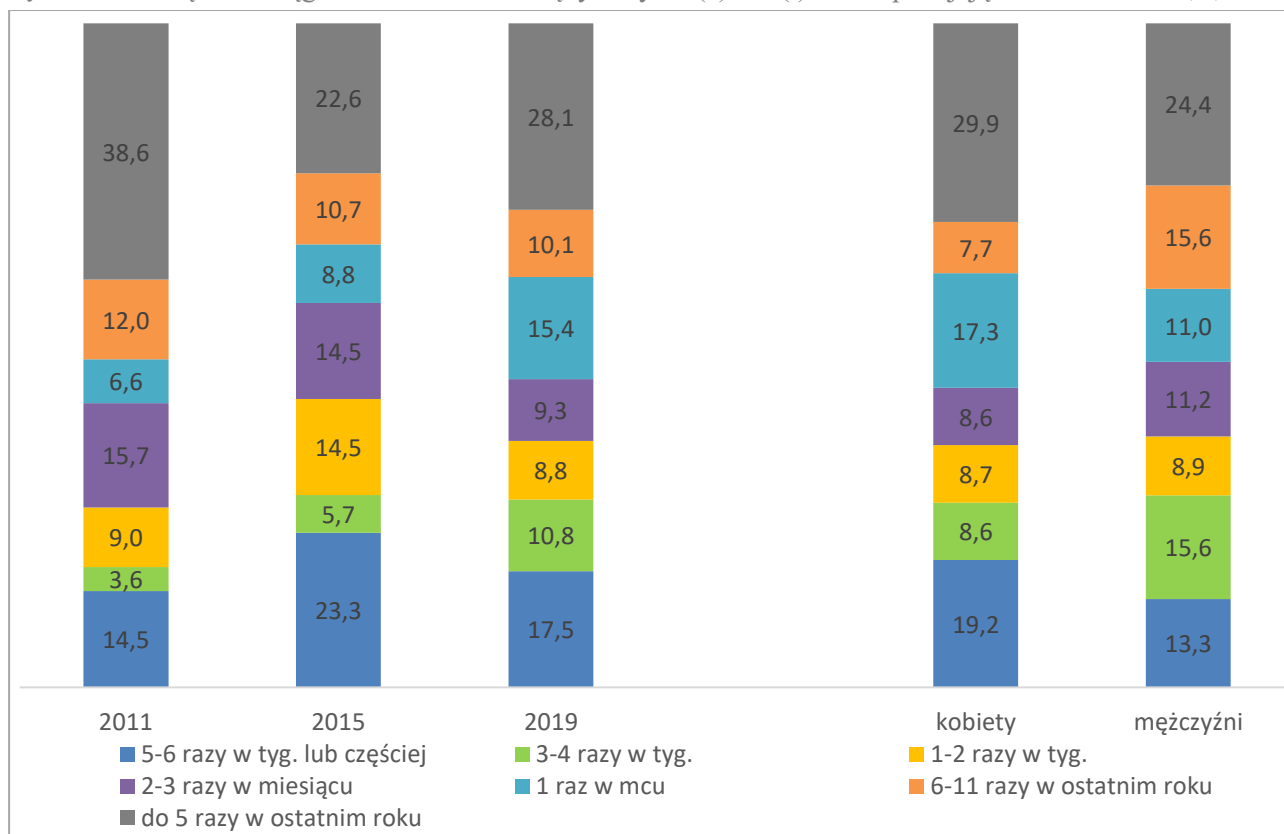
	tak 2011	tak 2015	tak	nie
<b>pleć</b>				
kobieta	20,7	22,5	21,4	78,6
mężczyzna	14,4	11,1	11,8	88,2
<b>sytuacja zawodowa</b>				

<sup>71</sup> Skrót p.p. odnosi się do opisowego określenia punkt procentowy. Punkty procentowe wyrażają różnicę wskazań między wartościami wyrażanymi w procentach.

	<b>tak</b> 2011	<b>tak</b> 2015	<b>tak</b>	<b>nie</b>
os. pracująca	14,0	13,8	13,7	86,3
os. bezrobotna	14,3	21,2	22,4	77,6
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	28,6	6,2	19,2	80,8
os. ucząca się, studiująca	15,1	10,1	29,1	70,9
os. na emeryturze lub rencie	24,9	28,0	20,4	79,6
<b>stan cywilny</b>				
kawaler, panna, singiel(ka)	15,3	13,0	19,8	80,2
żonaty, zamężna, w stałym związku	17,0	16,3	14,2	85,8
rozwódziona, rozwódziona	27,3	19,2	19,1	80,9
wdowiec, wdowa	24,6	30,8	26,6	73,4
<b>zadowolenie z życia</b>				
zadowoleni	14,5	14,8	13,8	86,2
czasem tak, czasem nie	24,0	22,8	22,0	78,0
niezadowoleni	30,0	24,0	40,6	59,4

Jak przekonuje ryc. 2.2. w porównaniu do 2015 roku zmalał odsetek osób sięgających niemal codziennie po leki uspokajające lub nasenne. W 2015 roku wyniósł on 23,3%, a w bieżącej edycji badania, rozpatrując łącznie kategorie „codziennie lub prawie codziennie” oraz „5-6 razy w tygodniu” – 17,5% (różnica 5,8 p.p.).

Ryc. 2.2. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) leki uspokajające lub nasenne? (%)



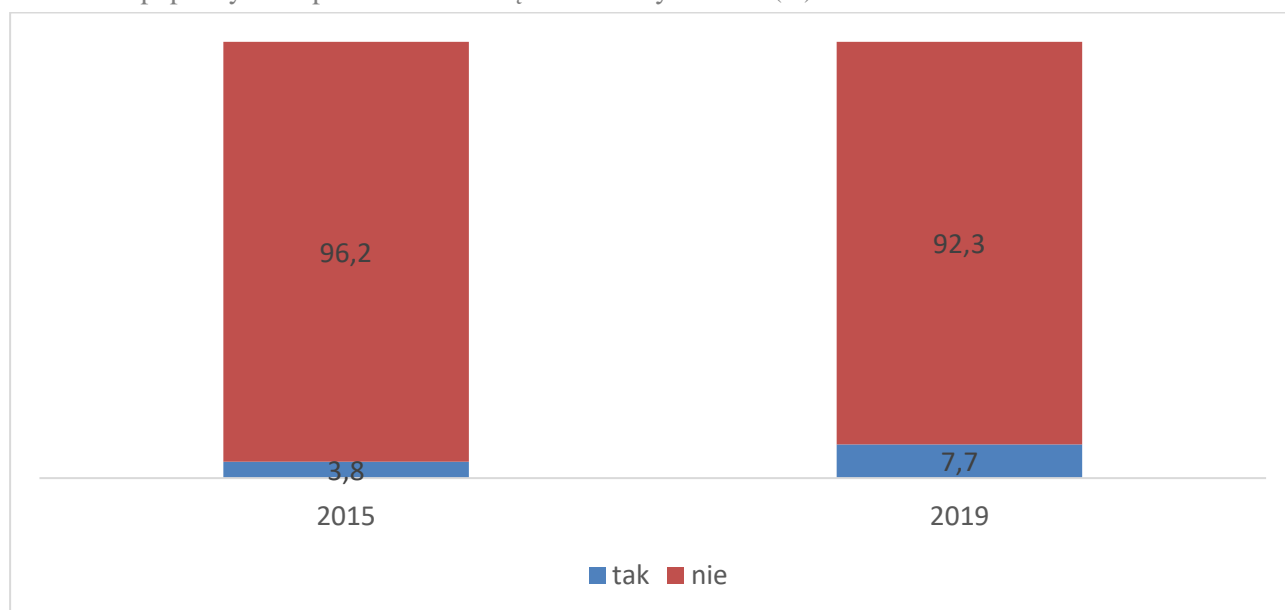
Podstawa procentowania na obu wykresach: tylko korzystający z leków uspokajających lub nasennych.



## 2.2. Leki wydawane bez recepty

Do zażywania leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności przyznało się 7,7% badanych (zob. ryc.2.3.). Wskaźnik ten wzrósł dwukrotnie w porównaniu do poprzedniej edycji badania z roku 2015, kiedy to wyniósł 3,8%.

Ryc. 2.3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek wydawany bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności? (%)



Do najczęściej zażywających należą osoby bezrobotne (18,4%) oraz uczące się lub studiujące (12,7%), niezadowolone ze swojego życia (18,8%).

Płeć, wiek, wykształcenie, dochód, stan cywilny fakt posiadania dzieci oraz religijność nie różnicują odpowiedzi na pytanie o zażywanie leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności – zob. tab. 3.

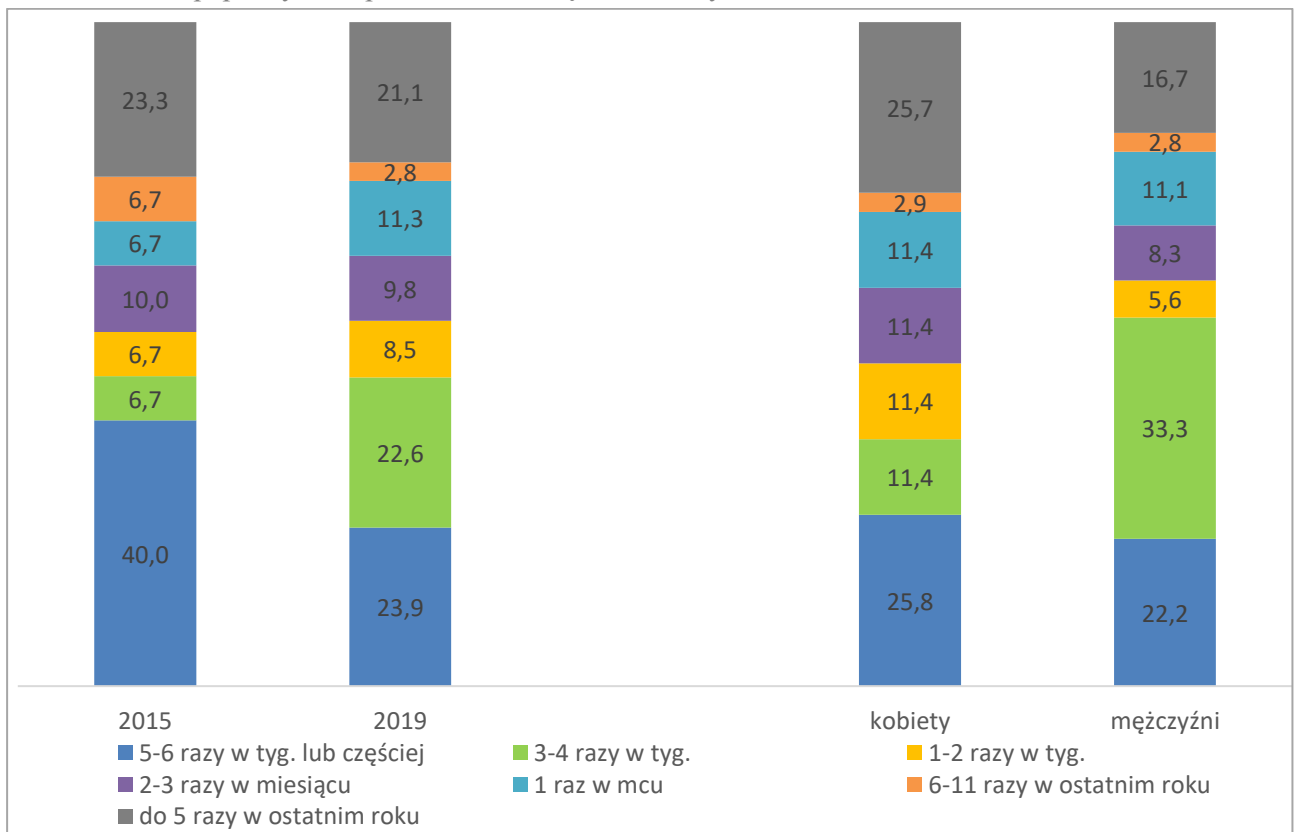
Tab. 3. Zażywanie leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

	tak	nie
<b>sytuacja zawodowa</b>		
os. pracująca	6,3	93,7
os. bezrobotna	18,4	81,6
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	7,7	92,3
os. ucząca się, studiująca	12,7	87,3
os. na emeryturze lub rencie	7,2	92,8

zadowolenie z życia		
zadowoleni	6,2	93,8
czasem tak, czasem nie	9,5	90,5
niezadowoleni	18,8	81,2

Do badanych, którzy zadeklarowali, że spożywają leki wydawane bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności, skierowano pytanie o częstotliwość zażywania. Zestawienie to należy traktować jako pogładowe, ponieważ poszczególne wyniki procentowe są obarczone dużym błędem, gdyż liczebność zażywających na tle całej próby wynosi 77 osób (7,7%). Wśród zażywających najliczniej reprezentowani są ci, którzy sięgają po nie codziennie lub prawie codziennie 23,9%. Grupa sięgający po takie leki 3-4 razy w tygodniu stanowi 22,6% odpowiadających - zob. ryc. 2.4.

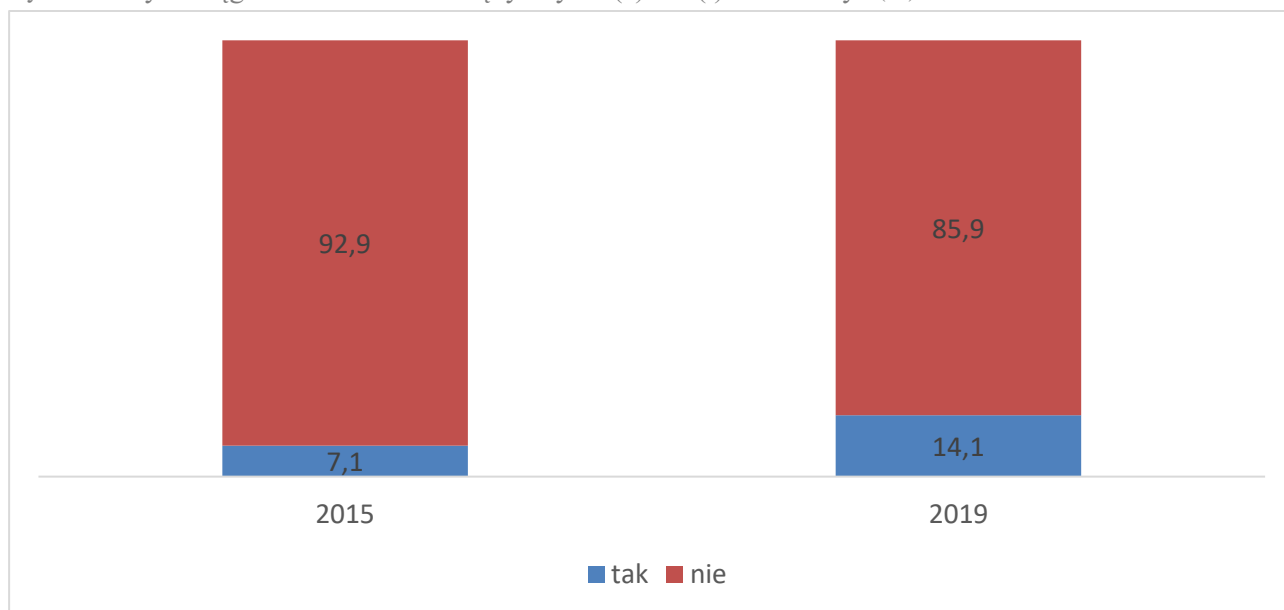
Ryc. 2.4. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) takich leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności? (%)



### 2.3. Używanie marihuany

Spośród wszystkich respondentów do używania marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 14,1% badanych (zob. ryc. 2.5.). Wynik ten jest dwukrotnie wyższy od zarejestrowanego w 2015 roku (7,1%).

Ryc. 2.5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany? (%)



Osoby zażywające marihuanę, to częściej mężczyźni (18,7%) niż kobiety (10,2%), należą najczęściej do grupy najmłodszych badanych od 18 do 29 roku życia (37,3%), uczące się lub studiujące (36,4%), stanu wolnego (30,8%), niewierzące i niepraktykujące (34,5%). Wykształcenie, dochód, fakt posiadania dzieci oraz ich liczba w gospodarstwie domowym, zadowolenie z życia nie różnicują odpowiedzi na pytanie dotyczące używania marihuany – zob. tab. 4.

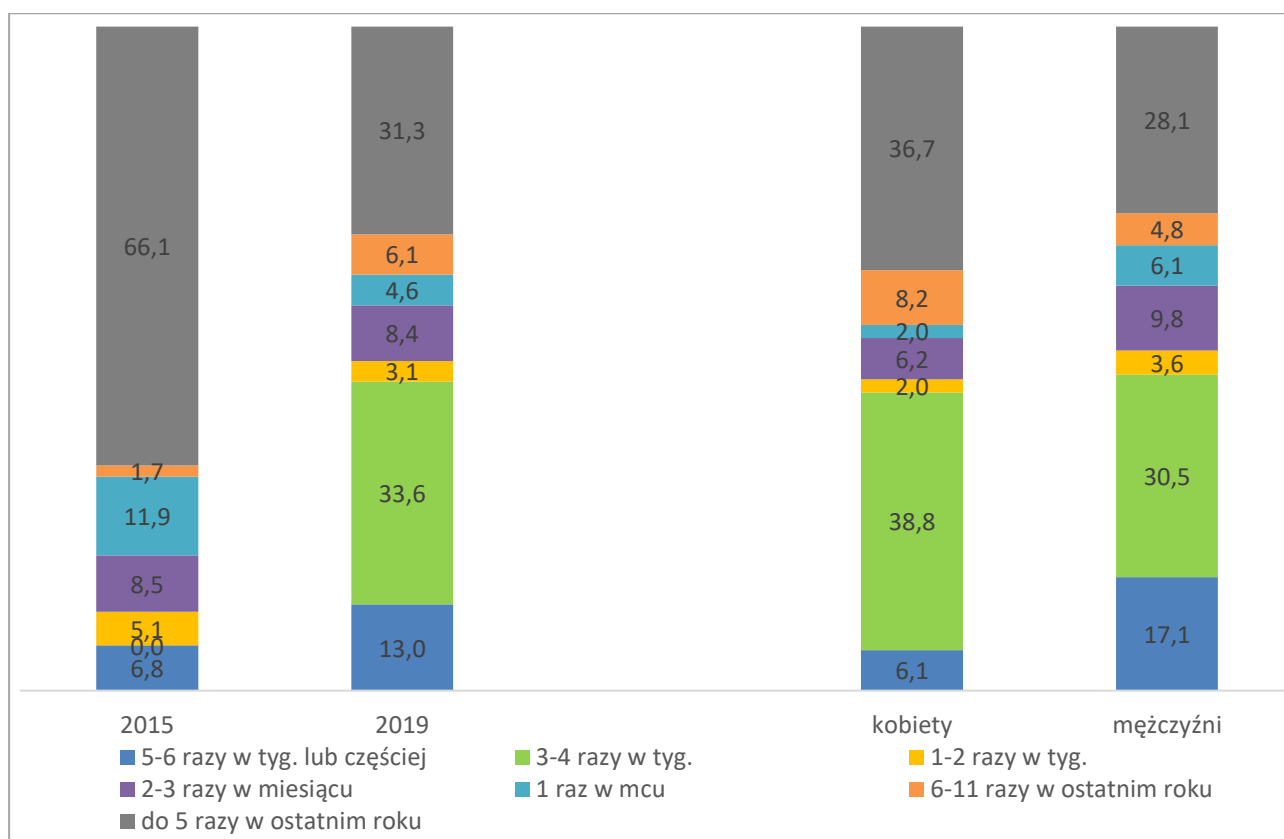
Tab. 4. Korzystanie z marihuany na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

	tak	nie
<b>pleć</b>		
kobieta	10,2	89,8
mężczyzna	18,7	81,3
<b>wiek</b>		
18-29	37,3	62,7
30-39	17,3	82,7
40-49	8,9	91,1
50-64	4,6	95,4
65 i więcej	9,5	90,5

<b>sytuacja zawodowa</b>		
os. pracująca	15,0	85,0
os. bezrobotna	16,3	83,7
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	7,7	92,3
os. ucząca się, studiująca	36,4	63,6
os. na emeryturze lub rencie	8,7	91,3
<b>stan cywilny</b>		
kawaler, panna, singiel(ka)	30,8	69,2
żonaty, zamężna, w stałym związku	10,0	90,0
rozwódziona, rozwódziona	8,8	91,2
wdowiec, wdowa	13,9	86,1
<b>religijność</b>		
wierząca i praktykująca	9,8	90,2
wierząca i niepraktykująca	13,3	86,7
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	12,1	87,9
niewierząca i niepraktykująca	34,5	65,5
trudno powiedzieć	15,6	84,4

Do osób, które używały w ciągu ostatniego roku marihuany, skierowano pytanie o częstotliwość. Wśród zażywających najliczniej reprezentowani są ci, którzy sięgają po nią 3-4 razy tygodniowo (33,6%) oraz do pięciu razy w czasie ostatniego roku (31,3%). Po marihuanę z większą z nieco większą częstotliwością sięgają mężczyźni niż kobiety. Warto jednak zwrócić uwagę, że odsetki kobiet i mężczyzn sięgających często, tj. częściej niż 3-4 razy tygodniowo są zbliżone: kobiety – 44,9%, mężczyźni – 47,6% (zob. ryc. 2.6).

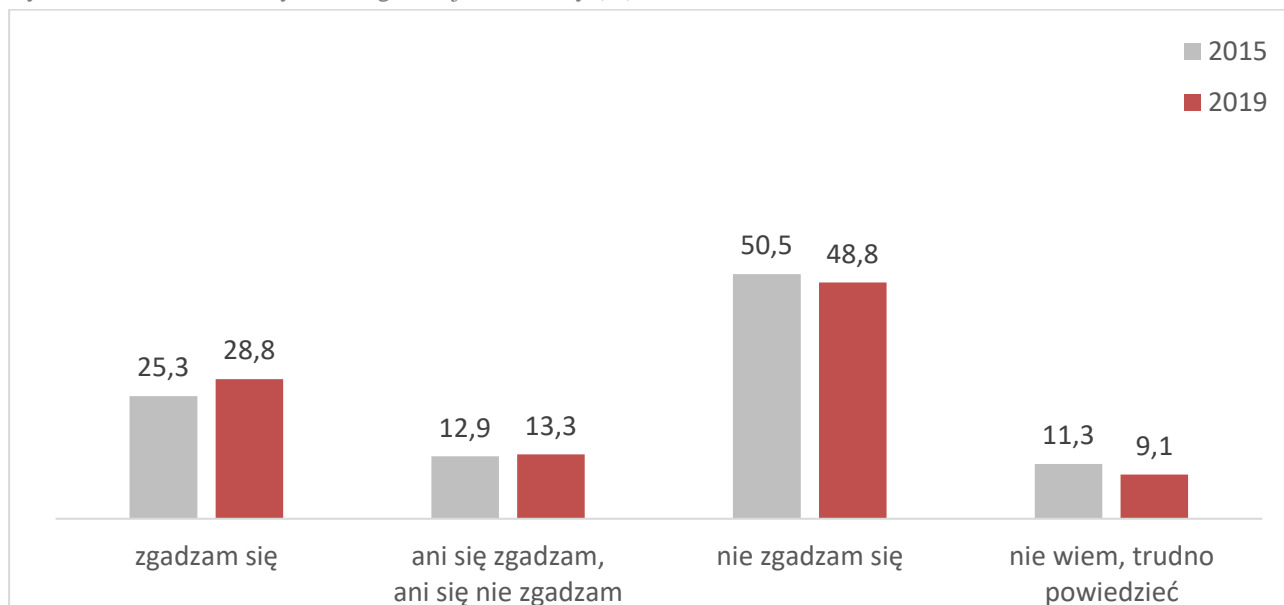
Ryc. 2.6. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany? (%)



Podstawa procentowania: tylko użytkownicy marihuany.

Blisko połowa badanych (48,8%) nie zgadza się na legalizację marihuany, z kolei 28,8% odpowiadających odwrotnie – zgadza się (zob. ryc. 2.7).

Ryc. 2.7. Stosunek badanych do legalizacji marihuany (%)



Do przeciwników legalizacji częściej należą osoby w wieku powyżej 40 roku życia (wskazania powyżej 50%), osoby gorzej wykształcone (wskazania powyżej 58%), dysponujące dochodami w przedziale 2001-5000 zł (powyżej 51%), osoby niepracujące i nieposzukujące pracy

(73,1%) lub na emeryturze, rencie (62,9%) owdowiałe (61,6%) oraz osoby wierzące i praktykujące (61,5%).

Do zwolenników legalizacji marihuany należą najczęściej osoby z młodszych grup wiekowych: 18-29 lat (55,4%) oraz 30-39 lat (39,0%), z wykształceniem średnim (31,0%) i wyższym (34,4%), dysponujące dochodem powyżej 5001 zł (41,1%), studiujące, uczące się (65,5%), stanu wolnego (44,4%), niewierzące i niepraktykujące (64,5%).

Płeć, fakt posiadania dzieci i ich liczebność w gospodarstwie domowym oraz poczucie zadowolenia z życia nie różnicują stosunku badanych do legalizacji marihuany. Szczegółowe dane na ten temat przedstawia tab. 6.

Tab. 6. Stosunek badanych do legalizacji marihuany na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	<b>zgadzam się</b>	<b>ani się zgadzam, ani się nie zgadzam</b>	<b>nie zgadzam się</b>	<b>nie wiem, trudno powiedzieć</b>
<b>wiek</b>				
18-29	55,4	16,9	23,6	4,1
30-39	39,0	15,7	39,0	6,2
40-49	26,4	16,1	51,1	6,3
50-64	16,1	10,0	62,6	11,4
65 i więcej	15,3	9,5	59,9	15,3
<b>wykształcenie</b>				
podstawowe i gimnazjalne	22,6	12,9	58,1	6,5
zasadnicze zawodowe	12,1	7,0	77,7	3,2
średnie i pomaturalne	31,0	11,7	44,7	12,6
niepełne wyższe, wyższe	34,4	17,1	39,6	8,9
<b>dochód</b>				
do 1000	27,3	31,8	36,4	4,5
1001 – 2000	31,0	8,3	47,6	13,1
2001 – 3000	20,5	11,8	57,1	10,6
3001 – 4000	19,3	13,9	59,9	6,9
4001 – 5000	25,2	14,6	51,7	8,6
powyżej 5001	41,1	13,7	38,4	6,8

	zgadzam się	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nie zgadzam się	nie wiem, trudno powiedzieć
<b>sytuacja zawodowa</b>				
os. pracująca	31,9	15,6	44,9	7,5
os. bezrobotna	31,2	12,5	50	6,2
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	19,2	7,7	73,1	-
os. ucząca się, studiująca	65,5	16,4	14,5	3,6
os. na emeryturze lub rencie	14,3	6,9	62,9	15,9
<b>stan cywilny</b>				
kawaler, panna, singiel(ka)	44,4	19,4	28,3	7,8
żonaty, zamężna, w stałym związku	25,9	12,1	52,6	9,5
rozwódziona, rozwódziona	23,8	11,1	54	11,1
wdowiec, wdowa	21,9	6,8	61,6	9,6

	zgadzam się	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nie zgadzam się	nie wiem, trudno powiedzieć
<b>religijność</b>				
wierząca i praktykująca	16,2	11,9	61,5	10,4
wierząca i niepraktykująca	29,8	12	49,7	8,6
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	21,8	18,5	49,2	10,5
niewierząca i niepraktykująca	64,5	12,1	18,7	4,7
trudno powiedzieć	38,6	18,2	33	10,2

#### 2.4. Używanie substancji psychoaktywnych a konsumpcja alkoholu

Zarejestrowana w badaniu „Wzorce konsumpcji alkoholu” tendencja zmniejszenia się odsetka konsumujących poszczególne rodzaje alkoholu rodzi pytanie o to czy istnieje związek pomiędzy rezygnacją ze spożywania alkoholu a spożywaniem substancji psychoaktywnych. W tym celu wykorzystano indeksy wyróżniające abstynentów i konsumentów dowolnego rodzaju alkoholu oraz konsumentów wszystkich trzech rodzajów alkoholu – zob. tab. 5.

Tab. 5. Konsumpcja alkoholu a używanie substancji psychoaktywnych (%)

zażywanie substancji psychoaktywnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy	zależność istotna		brak zależności		niekonkluzywny wynik testu	
	abstynenci	konsumentów dowolnego rodzaju alkoholu	konsumentów wszystkich trzech rodzajów alkoholu	pozostałe osoby		
leki uspokajające lub nasenne	12,4	17,9	<b>23,0</b>	<b>13,3</b>		
lek wydawany bez recepty, zażywany w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności	5,9	8,1	<b>10,3</b>	<b>6,1</b>		
marihuana	<b>9,2</b>	<b>15,3</b>	<b>22,5</b>	<b>9,1</b>		

Jak przedstawia powyższa tabela, osoby spożywające alkohol – dowolny lub każdy jego rodzaj – częściej też sięgają po marihuanę niż odpowiednio: abstynenci czy osoby nie konsumujące każdego rodzaju alkoholu. Taka statystycznie istotna zależność nie występuje między deklaracjami badanych konsumujących dowolny z trzech rodzajów alkoholu a zażywaniem leków uspokajających lub nasennych oraz zażywaniem leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności. Z kolei pijący każdy rodzaj alkoholu częściej niż pozostałe osoby sięgają po leki uspokajające lub nasenne oraz po leki wydawane bez recepty.

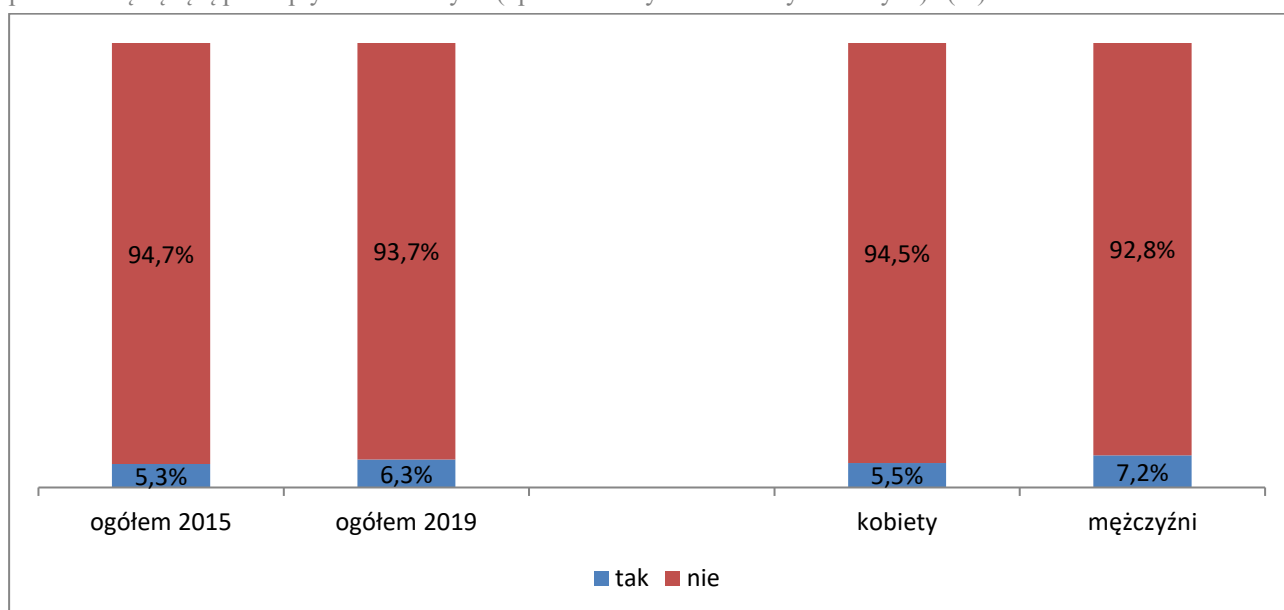


### 3. Problemy i zagrożenia związane ze spożywaniem substancji psychoaktywnych

#### 3.1. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków

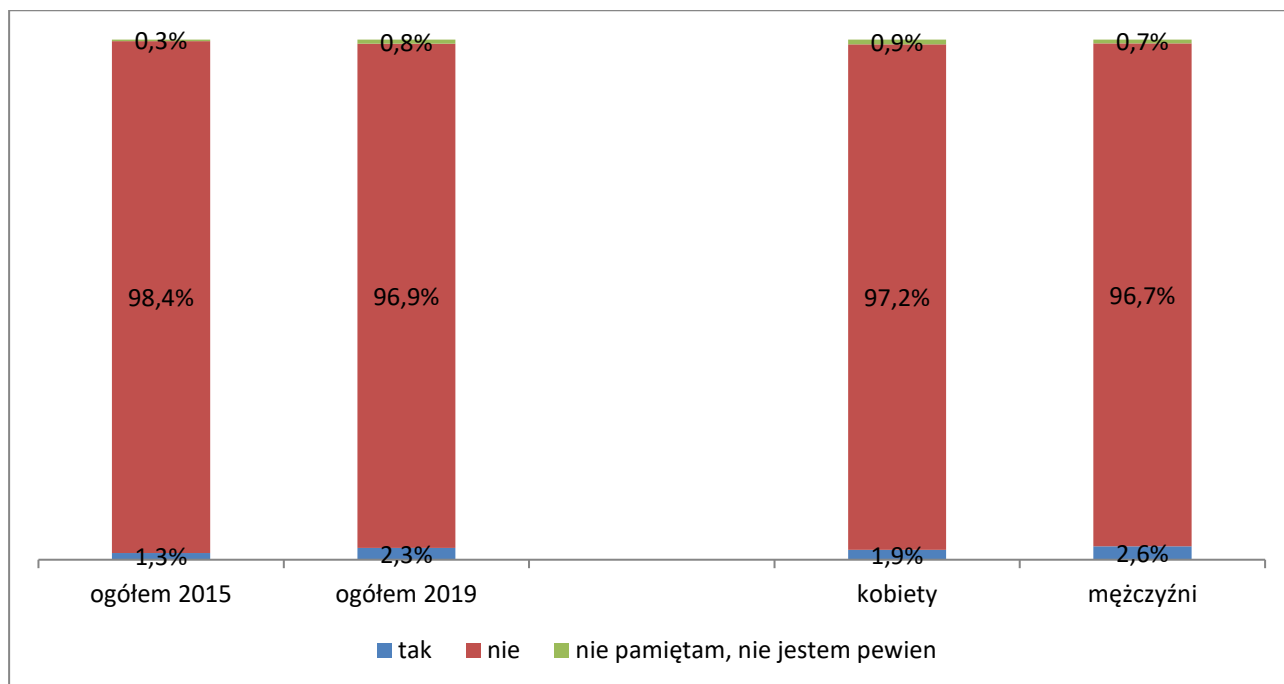
W ciągu ostatniego roku świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem narkotyku był blisko co szesnasty badany (6,3%). W badaniach z 2015 roku analogiczny wskaźnik dotyczący bycia świadkiem prowadzenia pojazdu pod wpływem narkotyków wyniósł 5,3%. Niezależnie od płci badanych, najczęściej były to osoby w wieku 18-29 lat (14,7%), uczące się lub studiujące (12,7%) – zob. ryc.3.1.

Ryc. 3.1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem przez osobę będącą pod wpływem narkotyku (np. marihuany, amfetaminy lub innych)? (%)



Spośród wszystkich respondentów do prowadzenia pojazdu – na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy – pod wpływem narkotyków przyznało się 2,3% odpowiadających. Odpowiedzi „nie pamiętam, nie jestem pewien” udzieliło 0,8% badanych. Najczęściej byli to mężczyźni (2,6%; kobiety – 1,9%), z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (5,5%), stanu wolnego (2,9%), oceniający atmosferę w swoim domu jako czasem dobrą, czasem złą (3,9%). Pozostałe zmienne nie różnicują odpowiedzi na to pytanie (zob. ryc.3.2).

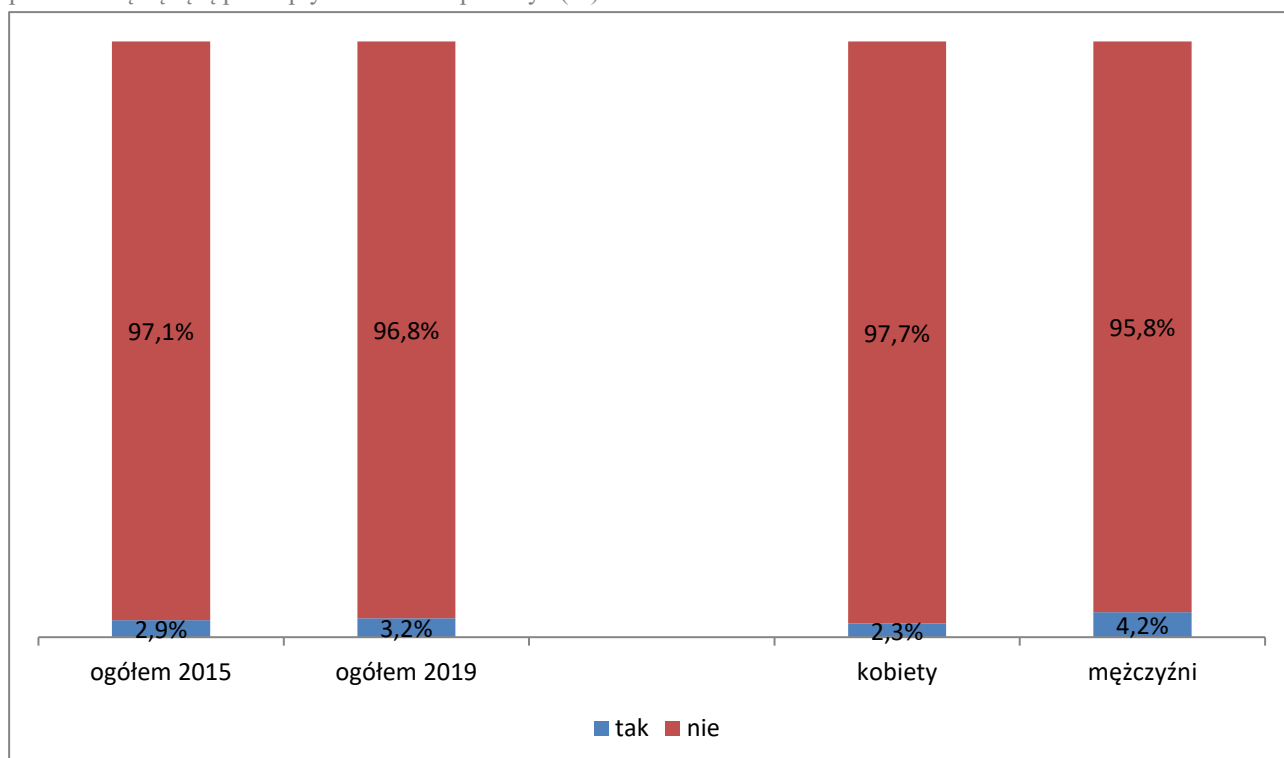
Ryc. 3.2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem marihuany lub innego narkotyku? (%)



### 3.2. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem tzw. dopalaczy

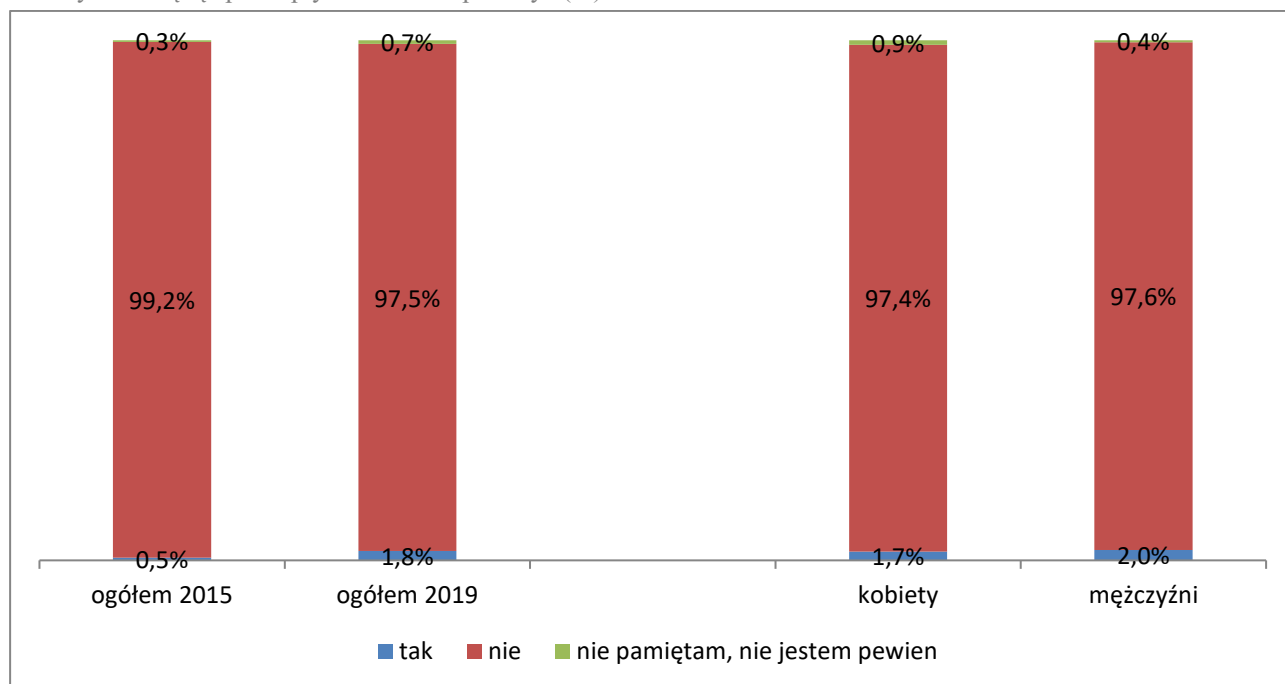
W ciągu ostatniego roku świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem tzw. dopalaczy było 3,2% badanych. Najczęściej byli to mężczyźni (4,2%), w wieku 30-39 lat (5,6%), dochodach na poziomie 3001-4000 zł (5,3%) – zob. ryc. 3.3.

Ryc. 3.3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem przez osobę będącą pod wpływem tzw. dopalaczy? (%)



Spośród wszystkich respondentów do prowadzenia pojazdu – na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy – pod wpływem dopalaczy przyznało się 1,8% respondentów. Wskaźnik ten w porównaniu do badań z roku 2015 wzrósł o 1,3 p.p. Najczęściej były to osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (4,8%), o dochodach na poziomie 1001-2000 zł (8,1%), bezrobotne (4,2%) i niezadowolone ze swojego życia (3,1%) - zob. ryc. 3.4..

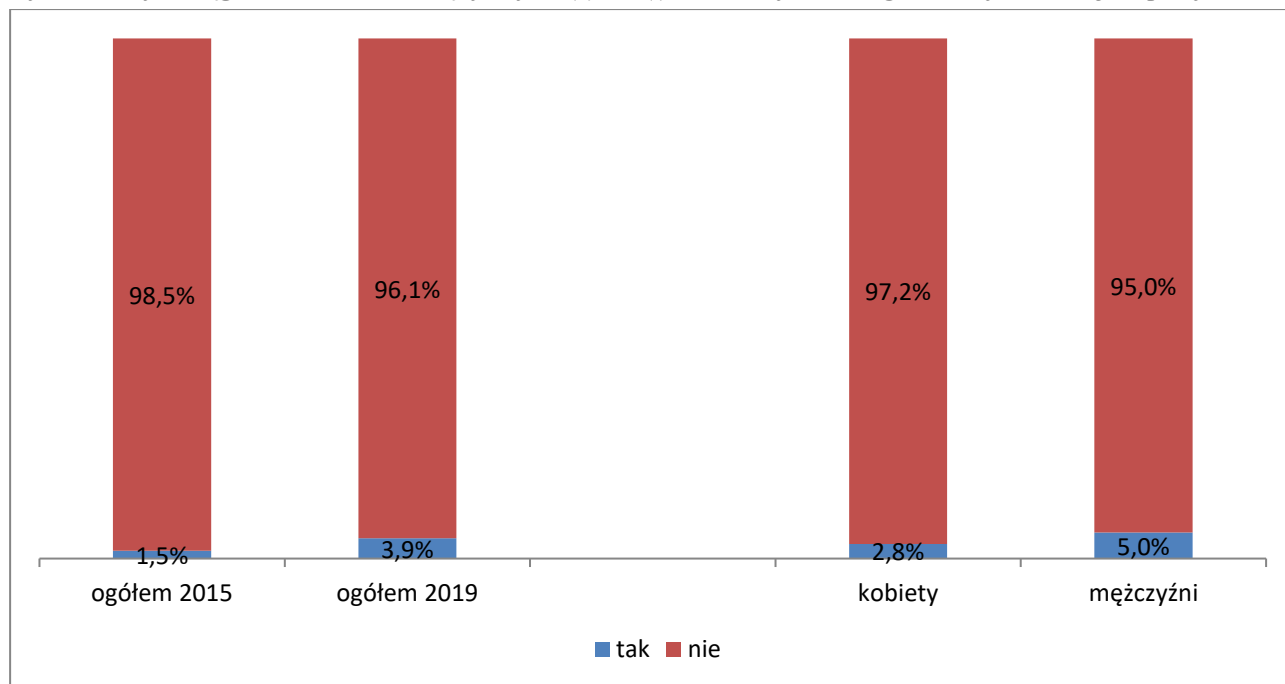
Ryc. 3.4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym. np. motocyklem. będąc pod wpływem tzw. dopalaczy? (%)



### 3.3. Zażywanie narkotyków w miejscu pracy

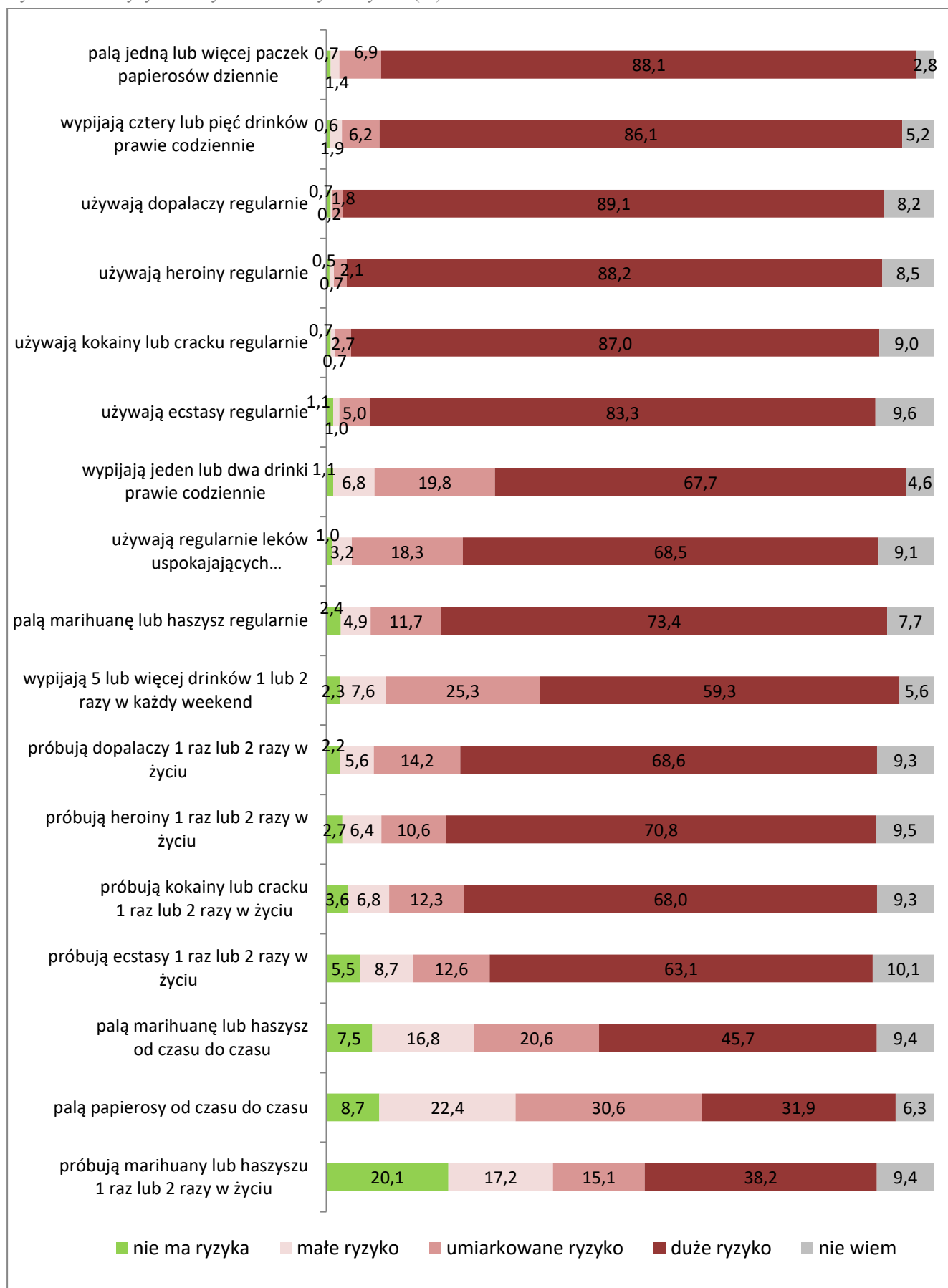
Do zażywania marihuany lub innych narkotyków – na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy – w miejscu pracy przyznało się 3,9% respondentów. Żadna ze zmiennych niezależnych (czynników) uwzględnionych w badaniu nie wpływa na rozkład odpowiedzi badanych (zob. ryc.3.5.).

Ryc. 3.5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany lub innego narkotyku w miejscu pracy? (%)



## 4. Ryzyko korzystania z używek w ocenie badanych

Ryc. 4. Ocena ryzyka korzystania z różnych używek (%)

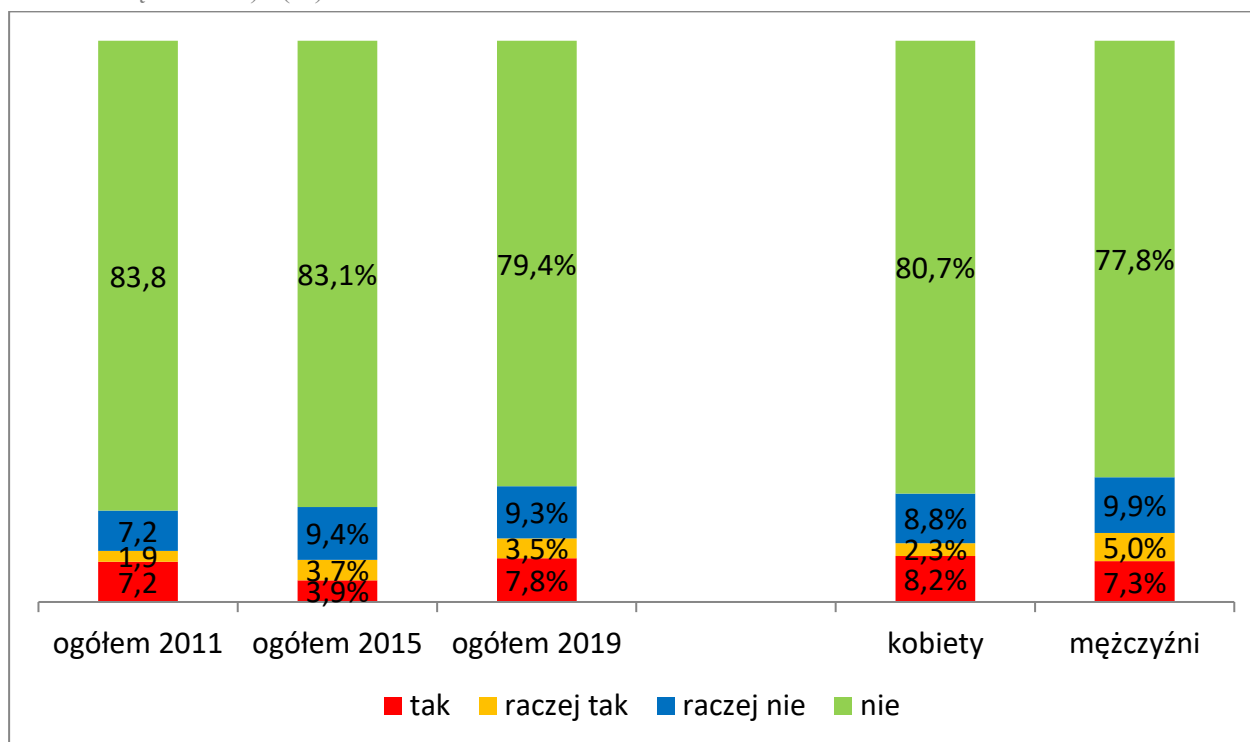


W ocenie respondentów największe ryzyko (odpowiedzi „*duże ryzyko*” i „*umiarkowane ryzyko*” łącznie) wiąże się paleniem jednej lub więcej paczek papierosów dziennie (95,0%), z wypijaniem czterech lub pięciu drinków prawie codziennie (92,3%), z regularnym używaniem tzw. dopalaczy (90,9%) oraz heroiny (90,3%), regularnym zażywaniem cracku lub kokainy (89,6%). Najmniej ryzykowne – biorąc pod uwagę odpowiedzi „*nie ma ryzyka*” jest próbowanie marihuany lub haszyszu 1 lub 2 razy w życiu (20,1%), palenie papierosów od czasu do czasu (8,7%), palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu (7,5%) oraz spróbowanie ekstazy 1 lub 2 razy w życiu (5,5%). Zarejestrowane wyniki nie różnią się znacząco od tych zarejestrowanych w 2015 roku.

## 5. Używanie narkotyków przez osoby z bliskiego otoczenia respondenta

Osoby zażywające narkotyki w swojej najbliższej rodzinie dostrzega 11,3% badanych (odpowiedzi „tak” i „raczej tak” – łącznie). Wskaźnik ten zauważalnie wzrósł w porównaniu do 2015 roku, kiedy wyniósł 7,6% - zob. ryc. 5.1.

Ryc. 5.1. Czy w Pana(i) najbliższej rodzinie jest ktoś, o kim Pana(i) wie, że zażywa narkotyki (np. marihuanę, amfetaminę lub inne)? (%)



Deklaracja ta pozostaje w związku z wiekiem badanych (wyższe odsetki wśród młodszych badanych – do 49. roku życia). Odpowiedzi twierdzącej częściej udzielały osoby bezrobotne (20,4%) oraz uczące się i studiujące (18,2%), oraz osoby niewierzące, ale przywiązane do niektórych praktyk religijnych (17,7%), jak i osoby niewierzące i niepraktykujące (17,3%). Zmienne takie, jak: płeć, wykształcenie, dochód, fakt posiadania dzieci oraz ich liczebność w gospodarstwie domowym, atmosfera w domu, poczucie zadowolenia z życia nie pozostają w statystycznie istotnym związku z faktem posiadania w bliskim otoczeniu rodzinnym osoby, o której badany wie, że zażywa narkotyki (zob. tab. 7).

Tab. 7. Obecność w najbliższej rodzinie respondenta osoby zażywającej narkotyki na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

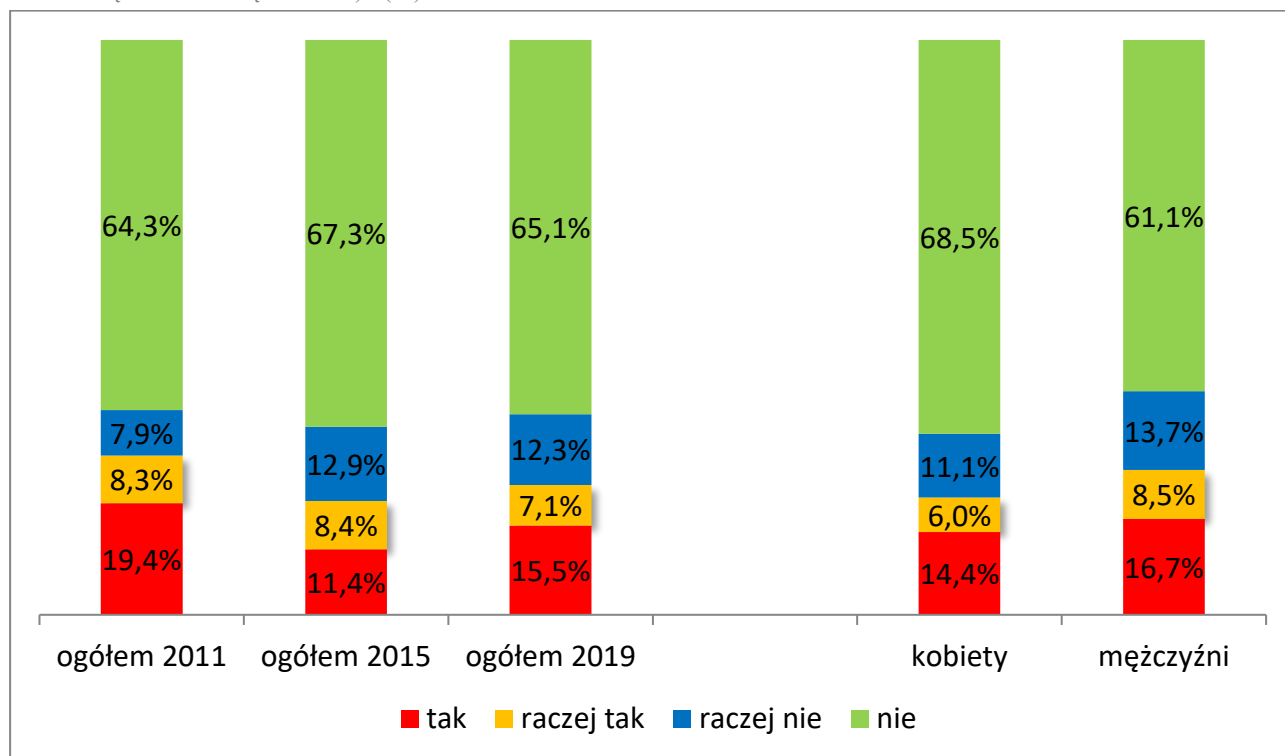
	tak, raczej tak wynik z roku 2015	tak, raczej tak	nie, raczej nie
<b>wiek</b>			
18-29	18,8	23,3	76,7

30-39	8,3	14,6	85,4
40-49	6,8	10,7	89,3
50-64	4,5	8,9	91,1
65 i więcej	1,0	3,4	96,6
<b>sytuacja zawodowa</b>			
os. pracująca	8,6	13,8	86,2
os. bezrobotna	12,2	20,4	79,6
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	5,9	11,5	88,5
os. ucząca się, studiująca	15,0	18,2	81,8
os. na emeryturze lub rencie	2,0	2,7	97,3
<b>religijność</b>			
wierząca i praktykująca	3,3	7,6	92,4
wierząca i niepraktykująca	8,8	12,3	87,7
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	8,6	17,7	82,3
niewierząca i niepraktykująca	22,4	17,3	82,7
trudno powiedzieć	6,8	8,0	92,0

Wśród swoich najbliższych znajomych osoby zażywające narkotyki dostrzega 22,6% badanych. Wskaźnik ten wzrósł o 2,8 p.p. w porównaniu do 2015 roku, kiedy wyniósł 19,8% - (zob. ryc. 5.2.).



Ryc. 5.2. Czy wśród Pana(i) najbliższych znajomych, przyjaciół jest ktoś, o kim Pan(i) wie, że zażywa narkotyki (np. marihuanę, amfetaminę lub inne)? (%)



Fakt posiadania wśród swoich znajomych częściej deklarują osoby w wieku 18-29 lat (60,0%), z wykształceniem niepełnym wyższym lub wyższym (27,1%), zarabiające powyżej 5001 zł (30,3%), uczniowie lub studenci (54,5%), stanu wolnego (41,7%), niewierzące i niepraktykujące (34,5%) lub niewierzące, ale przywiązane do niektórych praktyk religijnych (33,1%)

Płeć, fakt posiadania dzieci oraz ich liczebność w gospodarstwie domowym oraz poczucie zadowolenia z życia nie pozostają w statystycznie istotnym związku w z faktem posiadania wśród znajomych i przyjaciół osoby, o której badany wie, że zażywa narkotyki (zob. tab. 8).

Tab. 8. Obecność wśród najbliższych znajomych i przyjaciół respondenta osoby zażywającej narkotyki na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	tak, raczej tak wynik z roku 2015	tak, raczej tak	nie, raczej nie
<b>wiek</b>			
18-29	51,1	60,0	40,0
30-39	29,6	28,4	71,6
40-49	8,9	20,6	79,4
50-64	5,8	11,3	88,7
65 i więcej	6,4	5,2	94,8
<b>wykształcenie</b>			
podstawowe i gimnazjalne	b.d.	17,7	82,3

zasadnicze zawodowe	b.d.	15,9	84,1
średnie i pomaturalne	b.d.	21,2	78,8
niepełne wyższe, wyższe	b.d.	27,1	72,9
<b>dochód</b>			
do 1000	30,3	13,0	87,0
1001 – 2000	22,1	20,0	80,0
2001 – 3000	19,1	21,0	79,0
3001 – 4000	16,0	19,4	80,6
4001 – 5000	14,0	23,0	77,0
powyżej 5001	27,0	30,3	69,7
<b>sytuacja zawodowa</b>			
os. pracująca	20,1	26,5	73,5
os. bezrobotna	18,4	31,2	68,8
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	29,4	19,2	80,8
os. ucząca się, studiująca	55,0	54,5	45,5
os. na emeryturze lub rencie	4,9	5,6	94,4

	<b>tak, raczej tak</b> wynik z roku 2015	<b>tak, raczej tak</b>	<b>nie, raczej nie</b>
<b>stan cywilny</b>			
kawaler, panna, singiel(ka)	39,9	41,7	58,3
żonaty, zamężna, w stałym związku	14,8	19,8	80,2
rozwiedziony, rozwiedziona	14,3	16,4	83,6
wdowiec, wdowa	4,6	6,8	93,2
<b>religijność</b>			
wierząca i praktykująca	10,3	14,5	85,5
wierząca i niepraktykująca	21,2	23,8	76,2
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	29,6	33,1	66,9
niewierząca i niepraktykująca	50,7	34,5	65,5
trudno powiedzieć	28,8	23,9	76,1

## 6. Pomoc osobom uzależnionym – identyfikowane formy wsparcia

Do wszystkich badanych skierowano tzw. pytanie półotwarte, czyli obok dokonania wyboru, to również z możliwością samodzielnego sformułowania odpowiedzi. Na pytanie „*Czy spotkał(a) się Pan(i) w swoim otoczeniu z działaniami instytucji skierowanymi do osób mających problem z nadużywaniem alkoholu lub używaniem narkotyków?*”. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 11,7% badanych. Do tych badanych skierowano prośbę o wskazanie, jakiego rodzaju były to działania lub instytucje. Zastosowanie tak skonstruowanego pytania umożliwiło zarejestrowanie form wsparcia oraz ich zakresów, jakie identyfikują respondenci. Zabieg ten pozwolił też na zagospodarowanie zagadnienia znajomości miejskiej oferty pomocowej.

Badani udzielali różnych odpowiedzi, wśród których pojawiały się również – co należy podkreślić – samorzutnie wskazywane nazwy instytucji. Wśród nich pojawiły się następujące:

- Anonimowi Alkoholicy – 29%
- Stowarzyszenie MONAR – 27%
- Szpital Srebrzysko – 11%
- kampanie społeczne w mediach – 7,3%
- poradnictwo rodzinne – 7,3%
- kurator sądowy – 5,5%
- Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień – 5,5%

Wskazania poniżej 2%: Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, polityka antynarkotykowa, działania policji.

## 7. Zestawienie najważniejszych wyników

W podsumowaniu zaprezentowanych w tym rozdziale rezultatów badania ilościowego, przeprowadzonego wśród dorosłych mieszkańców Gdańska, warto przywołać najważniejsze wyniki, które najtrafniej obrazują stan zjawiska narkomanii w mieście.

- Leki uspokajające i nasenne
  - Spośród wszystkich badanych 16,9% zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywało jakiś lek uspokajający lub nasenny. W porównaniu do wyników z 2015 roku wskaźnik nie zmienił się znacząco.
  - Po ten typ leków częściej sięgały kobiety (21,4%) niż mężczyźni (11,8%). Do grupy najczęściej korzystających należą osoby uczące się lub studiujące (29,1%), bezrobotne (22,4%), owdowiałe (26,6%) oraz doświadczający braku zadowolenia z życia (40,6%).
  - W porównaniu do poprzednich badań zmniejszył się odsetek osób sięgających po leki uspokajające lub nasenne niemal codziennie. W 2015 roku wyniósł on 23,3%, a w bieżącej edycji badania, rozpatrując łącznie kategorie „codziennie lub prawie codziennie” oraz „5-6 razy w tygodniu” – 17,5% (różnica 5,8 p.p.).
- Leki wydawane bez recepty, zażywane w celu odurzenia. poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności
  - Do zażywania takich leków przyznało się 7,7% badanych. Wskaźnik ten wzrósł dwukrotnie w porównaniu do poprzedniej edycji badania z roku 2015, kiedy to wyniósł 3,8%.
  - Do najczęściej zażywających należą osoby bezrobotne (18,4%) oraz uczące się lub studiujące (12,7%), niezadowolone ze swojego życia (18,8%).
  - Wśród zażywających najliczniej reprezentowani są ci, którzy sięgają po nie codziennie lub prawie codziennie 23,9%. Grupa sięgający po takie leki 3-4 razy w tygodniu stanowi 22,6% odpowiadających
- Używanie marihuany
  - Do używania marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 14,1% badanych. Wynik ten jest dwukrotnie wyższy od zarejestrowanego w 2015 roku (7,1%).
  - Osoby zażywające marihuanę, to częściej mężczyźni (18,7%) niż kobiety (10,2%), należą najczęściej do grupy najmłodszych badanych od 18 do 29 roku życia (37,3%),

uczące się lub studiujące (36,4%), stanu wolnego (30,8%), niewierzące i niepraktykujące (34,5%).

- Wśród zażywających najliczniej reprezentowani są ci, którzy sięgają po nią 3-4 razy tygodniowo (33,6%) oraz do pięciu razy w czasie ostatniego roku (31,3%). Po marihuanę z większą z nieco większą częstotliwością sięgają mężczyźni niż kobiety. Warto jednak zwrócić uwagę, że odsetki kobiet i mężczyzn sięgających często, tj. częściej niż 3-4 razy tygodniowo są zbliżone: kobiety – 44,9%, mężczyźni – 47,6%.
- Blisko połowa badanych (48,8%) nie zgadza się na legalizację marihuany, z kolei 28,8% odpowiadających, odwrotnie – zgadza się.
- Osoby spożywające alkohol – dowolny lub każdy jego rodzaj – częściej też sięgają po marihuanę niż odpowiednio – abstynenci czy „nie-konsumenci każdego rodzaju alkoholu”. Wśród konsumentów dowolnego rodzaju alkoholu 15,3% sięgało w ciągu ostatnich 12 miesięcy po marihuanę, z kolei wśród abstynentów odsetek ten wyniósł 9,2%.
- Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków
  - W ciągu ostatniego roku świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem narkotyku było 5,3% badanych.
  - Spośród wszystkich respondentów do prowadzenia pojazdu pod wpływem narkotyków na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy przyznało się 2,3% odpowiadających.
- Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem tzw. dopalaczy
  - W ciągu ostatniego roku świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem tzw. dopalaczy było 3,2% badanych.
  - Spośród wszystkich respondentów do prowadzenia pojazdu pod wpływem dopalaczy na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy przyznało się 1,8% respondentów.
- Używanie narkotyków w otoczeniu społecznym respondentów
  - Do zażywania marihuany lub innych narkotyków w miejscu pracy na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy przyznało się 3,9% respondentów.
  - Osoby zażywające narkotyki w swojej najbliższej rodzinie dostrzega 11,3% badanych (odpowiedzi „tak” i „raczej tak” – łącznie). Wskaźnik ten zauważalnie

wzrósł w porównaniu do 2015 roku, kiedy wyniósł 7,6%.

- Wśród swoich najbliższych znajomych osoby zażywające narkotyki dostrzega 22,6% badanych. Wskaźnik ten wzrósł o 2,8 p.p. w porównaniu do 2015 roku, kiedy wyniósł 19,8%.

## Rozdział III: Badanie jakościowe wśród mieszkańców Gdańska

Niniejszy rozdział prezentuje rezultaty badania jakościowego w podziale na dwie części. W części pierwszej przedstawione zostały wyniki uzyskane przy zastosowaniu indywidualnego wywiadu pogłębionego. Przeprowadzono 5 takich wywiadów z osobami, które z powodu uzależnienia, były w przeszłości odbiorcami systemu wsparcia instytucjonalnego na terenie miasta Gdańska. W części drugiej zaprezentowano wyniki uzyskane przy zastosowaniu wywiadu grupowego. Przeprowadzono dwa takie wywiady z grupą ekspertek i ekspertów, którzy zawodowo związani są z instytucjami szeroko pojętego systemu instytucjonalnego wsparcia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Gdańsku.

### 1. Badanie wśród odbiorców wsparcia – indywidualne wywiady pogłębione

Do udziału w badaniu jakościowym, którego wyniki zostały zaprezentowane w niniejszym rozdziale, zaproszono osoby uzależnione od narkotyków, będące odbiorcami systemu instytucjonalnego wsparcia. Przeprowadzono 5 wywiadów z osobami, które były odbiorcami systemu wsparcia w związku z występowaniem u nich uzależnienia.

Celem badania było zebranie doświadczeń osób, które były uzależnione od narkotyków i podjęły terapię z tym związaną, a więc korzystały z systemu wsparcia. Respondenci byli proszeni o przedstawienie swojej historii uzależnienia, oddziaływań terapeutycznych, w których brali udział, oceny czynników, pomagały lub przeszkadzały w terapii, rekomendacji dotyczących jakości wsparcia oraz prowadzenia działań profilaktycznych.

Założono, że respondentami w badaniu będą osoby, które:

- a) są świadome swojego uzależnienia od narkotyków,
- b) podjęły w swoim życiu przynajmniej jedną próbę terapii uzależnień,
- c) mieszkają w momencie badania w Gdańsku

Dołożono starań, aby zrekrutować osoby obydwu płci, z różną historią uzależnienia, w różnym wieku i o różnym statusie materialnym. W dotarciu do respondentów pomagały ośrodki terapeutyczne.

#### 1.1. Aktualna sytuacja życiowa

W wywiadach wzięło udział 5 osób w tym 3 mężczyzn i 2 kobiety. Wszyscy respondenci byli w trakcie terapii przeciw uzależnieniu od narkotyków. Żaden z respondentów nie zażywa aktualnie substancji psychoaktywnych. Trzech respondentów nie brało narkotyków, odkąd rozpoczęło terapię. Jedna respondentka w trakcie trwania terapii zażyła narkotyki jednorazowo rok temu. Jeden respondent zachowuje abstynencję, odkąd podjął terapię w Monarze, z tym, że jest to jego piąte



podejście do terapii. Wcześniej przerwał z powodu powrotu do zażywania narkotyków lub ukończył i utrzymał kilkuletnią abstinencję.

Respondenci nie deklarowali problemu z nadużywaniem alkoholu. Jeden respondent pije alkohol podczas spotkań towarzyskich, nieregularnie. Jedna respondentka spożywa alkohol sporadycznie, jednak zamierza całkowicie go wykluczyć z powodu złego samopoczucia po jego spożyciu. Pozostali trzej respondenci utrzymują całkowitą abstinencję od alkoholu.

Wszyscy respondenci zaczęli palić papierosy w wieku szkolnym. Troje respondentów pali regularnie. Jeden nieregularnie i deklaruje chęć rzucenia palenia. Jeden nie pali papierosów od kilku miesięcy. Trzy osoby palące twierdziły, że najpierw muszą poradzić sobie z nałogiem narkotykowym a za nałóg nikotynowy wezmą się w późniejszym czasie.

Czterech respondentów ma wyższe wykształcenie. Jeden jest podczas studiów. Wszyscy respondenci pracują, w tym dwóch ma własną firmę. Żaden z respondentów nie ma obecnie problemów finansowych. Jedna respondentka mieszka samodzielnie. Pozostali z partnerem lub z partnerem i dziećmi. Obecne związki respondentów zaczęły się niedługo przed podjęciem terapii w czasie, gdy regularnie przyjmowali substancje psychoaktywne. Dwóch respondentów deklarowało, że podjęli terapię, ponieważ obecni partnerzy postawili ją jako warunek kontynuowania relacji. Partnerzy respondentów nie byli i nie są obecnie uzależnieni.

Troje respondentów uprawia regularnie sport – ćwiczenia na siłowni, siatkówkę plażową i boks. Podkreślali, że aktywność fizyczna jest dla nich bardzo ważna. Znajdują na nią czas kilka razy w tygodniu.

## 1.2. Aktualna sytuacja życiowa – wnioski

Aktywność fizyczna staje się celem nadrzędnym. Dostosowywana jest do pory roku np.: siatkówka plażowa latem a siłownia zimą. Celem nie jest osiągnięcie szczupłej sylwetki czy poprawa stanu zdrowia. Wyśilek fizyczny dostarcza respondentom przyjemności i satysfakcji.

Dwóch respondentów, którzy nie uprawiają regularnie sportu mają problem z grami hazardowymi i grą na giełdzie. Jedna respondentka, która intensywnie uprawia sport, w okresie regularnego zażywania narkotyków grała na automatach. Teraz nie odczuwa potrzeby gier hazardowych.

Zachęcanie do aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia może przyczynić się do utrzymania abstinencji. Całkowita rezygnacja z narkotyków i brak aktywności innej niż jedynie praca zwiększa ryzyko powrotu do nałogu. Regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko popadnięcia w zastępcze nałogi takie jak hazard czy nadużywanie Internetu.

Kolejnym bardzo ważnym aspektem jest możliwość samodzielnego mieszkania. Dorosłe osoby uzależnione od narkotyków często mieszkają z osobami, które również są uzależnione co

utrudnia podjęcie terapii. Ponowne zamieszkanie z rodzicami jest niemożliwe, ponieważ samo uzależnienie spowodowane jest zaburzoną relacją z rodziną. Dlatego bardzo dobrą praktyką jest możliwość skorzystania z tymczasowego mieszkania wraz z rozpoczęciem terapii. Dla osób uzależnionych bardzo istotna jest kwestia samodzielności. Zwiększenie dostępu do tymczasowych mieszkań oraz zachęcanie do skorzystania z nich przyczynić się może do zwiększenia ilości osób z uzależnieniem, korzystających z systemu wsparcia i może zwiększyć efektywność terapii.

Pomimo dysfunkcyjnych relacji w rodzinie osobom uzależnionym założenie własnej rodziny kojarzy się z normalnym stanem funkcjonowania i jest istotnym elementem motywacyjnym do pozostania w abstinencji. Pomoc w zdobyciu pracy i samodzielnym zamieszkananiu zwiększa szansę na założenie rodziny. Poszerzenie oferty pomocowej o wsparcie dla rodzin osób uzależnionych od narkotyków zwiększy szansę na pozostanie rodziny w jedności i utrzymanie abstinencji. Również wpłynąć może na decyzję o podjęciu terapii przez osobę uzależnioną, która ma już swoją rodzinę. (Jak w przypadku terapii dla osób współuzależnionych, która dotyczy alkoholików.)

### 1.3. Używanie substancji psychoaktywnych

Wszyscy respondenci pierwszy kontakt z narkotykami mieli około 14 roku życia. Żaden z respondentów nie szukał samodzielnie narkotyków. Czterech respondentów zostało poczęstowanych przez kolegów, jeden przez brata. Pierwszym narkotykiem od którego uzależnili się wszyscy respondenci była marihuana. Tylko jedna respondentka nie uzależniła się od innych narkotyków. Pozostali uzależnili się później od metamfetaminy, kokainy, MDMA, LSD, grzybów halucynogennych oraz różnych chemicznych związków, których nazw respondenci nie pamiętali bo pojawiały się na rynku i szybko znikwały.

Okoliczności w jakich respondenci brali narkotyki były różne. Jedna respondentka zażywanie narkotyków traktowała jako sposób na spędzenie czasu. Zdarzało się jej być pod wpływem narkotyków na studiach i w pracy. Ponieważ na studiach pracowała, było ją stać na narkotyki. Związała się z chłopakiem, który był dilerem, więc miała stały do nich dostęp. Nigdy nie miała problemów finansowych.

Dwóch respondentów na początku zażywało narkotyki w towarzystwie, ale szybko zaczęli brać je w samotności. Zdarzało się im być pod wpływem narkotyków w szkole. Mieli duże problemy z nauką. Jeden został dilerem. Był dwukrotnie aresztowany. Zaczął mieć poważne problemy finansowe, głównie długi po aresztowaniach.

Jedna respondentka brała narkotyki na weekendowych imprezach. Pracowała w gastronomii, gdzie większość pracowników również była uzależniona. Miała więc łatwy dostęp do narkotyków. Pracowała częściowo w nocy, więc zażywała marihuanę, żeby rano zasnąć a narkotyki pobudzające

wieczorem, żeby się obudzić przed pracą. Całe oszczędności przegrała na automatach w kasynach. Nigdy nie miała poważnych problemów finansowych.

Jeden respondent zażywał narkotyki „na co dzień”. Zarówno w towarzystwie jak i w samotności. Nigdy nie miał problemów finansowych. Uzależnił się od pornografii i hazardu.

#### 1.4. Używanie substancji psychoaktywnych – wnioski

Wszyscy respondenci jako przyczynę zażywania narkotyków podali poczucie osamotnienia, zaburzone relacje rodzinne i zaburzenia tożsamości. Nie były to jednak powody, których w czasie zażywania substancji byli świadomi. Największy wpływ na rozpoczęcie zażywania narkotyków miała grupa rówieśnicza. Dwóch respondentów znajdowało się w środowisku, które miało cechy patologiczne i tam mieli kolegów, którzy byli dla nich autorytetem. Były to osoby zażywające narkotyki i alkohol również z rodzin patologicznych o trudnej sytuacji finansowej, mieszkający na tym samym osiedlu co respondenci.

3 respondentów pochodzi z rodzin, w których nie było problemów z uzależnieniem, o stabilnej sytuacji finansowej. Jednak z powodu niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych przez rodziców szukali akceptacji poza rodziną. Narkotyki kojarzyły im się z dobrym samopoczuciem. Brali je aby poprawić sobie nastrój.

Działanie profilaktyczne przede wszystkim należy skierować do dzieci z rodzin o niskiej pozycji społecznej, w których występują uzależnienia aby ograniczyć powielanie schematów zachowań destrukcyjnych. Należy skupić się na rozwiązaniu problemów emocjonalnych dzieci. Pomoc doraźna nie przyniesie efektów, konieczne jest działanie długofalowe. Poświęcenie uwagi dzieciom przez osoby dorosłe spoza rodziny – przez pedagogów, opiekunów, może zwiększyć szansę na znalezienie autorytetu wśród nich. Ważne jest aby zorganizować dzieciom czas poza szkołą. Musi jednak to nastąpić przed 14 rokiem życia.

W przypadku dzieci, u których nie widać zagrożenia uzależnieniem, ponieważ dysfunkcyjność rodziny objawia się jedynie w sferze emocjonalnej, przeciwdziałać uzależnieniom może edukacja dotycząca radzenia sobie z niską samooceną i poczuciem braku akceptacji. Pomocne może być wyczulenie nauczycieli i pedagogów na pogorszenie się osiągnięć w szkole i opuszczanie zajęć.

W obu przypadkach podstawową przyczyną sięgnięcia po narkotyki przez dzieci jest dysfunkcyjność rodziny. Pomocne może być zaproponowanie różnych form radzenia sobie z emocjami. Edukacja wyjaśniająca w jaki sposób działają narkotyki i jakie są przy czyny ich używania. Nie należy ograniczać się do stwierdzenia, że są złe.

Osoby, które nie wychowały się w środowisku w którym obecne były uzależnienia a zaczynają zażywać substancje psychoaktywne zaczynają otaczać się osobami, które również są

uzależnione. Zaczynają żyć w świecie, w którym zażywanie narkotyków jest normą. Postrzegają te normy jako powszechnie obowiązujące. Trudno w takiej sytuacji wyobrazić sobie życie bez narkotyków, ponieważ wydaje się, że nie ma przestrzeni społecznej, w której narkotyki nie są obecne. Wtedy pomoc może jedynie terapia. Najlepszą praktyką byłaby skuteczna profilaktyka, która nie dopuściłaby do takiej sytuacji.

### 1.5. Ocena systemu wsparcia

Wszyscy respondenci korzystali z terapii indywidualnej prowadzonej w Gdańskim ośrodku Monar. Ocenili ją bardzo pozytywnie. Chwalili podejście terapeutów i wyznawaną tam filozofię pracy z osobami uzależnionymi. Dwóch respondentów podjęło wcześniej próbę terapii w ośrodku prywatnym. Oboje zrezygnowali z niej na rzecz terapii w Monar. Twierdzili, że w przeciwieństwie do terapii prywatnej w Monar terapeutom „naprawdę zależy”.

Dwóch respondentów pierwszą terapię podjęło w Monarze i uważają ją za udaną. W większości przypadków terapia przerosła ich oczekiwania. Oczekiwali raczej, że na terapii nauczą się ograniczać zażywanie narkotyków i je kontrolować. Pod wpływem terapii zdecydowali się na całkowitą abstynencję.

### 1.6. Ocena systemu wsparcia – wnioski

Dostęp do darmowej terapii jest bardzo ważny nawet dla osób, które stać na terapię płatną. Ponieważ osoby uzależnione czują się osamotnione, poczucie, że terapeuta poświęca im uwagę i chce im pomóc jest bardzo istotne w początkowej fazie terapii. Monar został pozytywnie oceniony pod względem dostępności terminów, jakości terapii, i ogólnego wrażenia (jest tam przyjemnie przebywać). Dużym plusem jest świetlica w placówce, w której można spędzić czas niezależnie od zajęć terapeutycznych. Ważne jest, aby oprócz samych sal, w których odbywa się terapia była przestrzeń, w której osoby korzystające z terapii czują się bezpiecznie i która byłaby estetyczna.

Respondenci mieli wrażenie, że placówki w Trójmieście nie współpracują ze sobą a nawet w pewnym stopniu ze sobą rywalizują. Zwrócili również uwagę, że w innych ośrodkach np. w Sopot na termin przyjęcia czeka się 3 miesiące a w Monarze jeżeli chce się otrzymać pomoc to zawsze się ją dostanie.

Konieczne jest przyjmowanie zgłaszających się po pomoc osób od razu. Jeżeli nie jest to możliwe placówki mogłyby przekierować taką osobę do razu do innego ośrodka, w którym wiadomo, że jest miejsce, tak aby osoba uzależniona nie musiała szukać ośrodka z wolnym terminem. Taka współpraca pomiędzy placówkami w Trójmieście byłaby wystarczająca dla usprawnienia systemu wsparcia a nie ingerowałaby w same metody terapii, które są różnorodne.

Respondenci uważali, że nie da się pomóc osobie uzależnionej. Musi ona „odbić się od dna” żeby zdecydować się na terapię. Jednak nie oznacza to, że decyzję o terapii podejmuje się dopiero

w stanie bezdomności. W przypadku respondentów impulsem do terapii było aresztowanie, zdradzenie partnera, chęć zatrzymania przy sobie rodziny czy brak perspektyw samorozwoju. Im wyższe standardy funkcjonowania społecznego w dzieciństwie tym większa szansa, że sięgnięcie po pomoc nastąpi wcześniej. Wtedy jest też większa szansa pozostania w abstinencji.

Kolejną sprawą jest wizerunek Monaru obecny w świadomości społecznej. Ponieważ kojarzy się z porażką, wstydem, bezdomnością, brakiem poczytalności, zniechęca on do zgłoszenia się to takich placówek. Jest to miejsce napiętnowane i zmarginalizowane. Konieczna jest zmiana wizerunku placówek takich jak Monar. Powinny kojarzyć się z szansą na normalne życie – czyli stabilne, samodzielne z własną rodziną. Dotyczy to również kadry, która kojarzyć się powinna z przystępnością, umiejętnością nawiązywania kontaktów i pozytywną relacją.

## 2. Badanie wśród ekspertów i ekspertek – zogniskowane wywiady grupowe

Celem przeprowadzonego spotkania eksperckiego w formule zogniskowanego wywiadu grupowego, tzw. fokusu było zebranie opinii ekspertów, dotyczących wyników uzyskanych w badaniu ankietowym, obecnej sytuacji w zakresie uzależnień w Gdańsku, nowych problemów w terapii i profilaktyce uzależnień oraz wynikających z tego wyzwań dla podmiotów moderujących systemem wsparcia dla osób potrzebujących pomocy. Do udziału w badaniu zaproszono szerokie grono osób z głównych placówek i organizacji zajmujących się terapią lub profilaktyką. W badaniu wzięło łącznie udział 10 osób reprezentujących Monar, Mrowisko, Towarzystwo Brata Alberta, Gdańska Fundacja Innowacji Społecznej a także terapeuci prowadzący terapię uzależnień.

### 2.1. Wyniki badań ilościowych a doświadczenia ekspertów

Uczestnicy fokusu zgodzili się w ocenie zjawiska uchwyconego w badaniu dotyczącego zmniejszania się grupy konsumentów alkoholu. Z jednej strony uwagę należy zwrócić na fakt, że spadkowi odsetka konsumujących towarzyszy wzrost intensywności użytkowania. Z drugiej strony, problem obniżających się wartości procentowych wskaźników ilustrujących konsumpcję napojów alkoholowych powinien być rozpatrywany w związku z konsumowaniem innych substancji psychoaktywnych. Szczególny nacisk należy położyć na użytkowanie marihuany. Zdaniem ekspertów ogólna dostępność narkotyków zwiększa się znacząco. Nie dziwi zaopatrywanie się w nie za pośrednictwem popularnych paczkomatów.

Rozmówcy zwrócili uwagę na zarysowującą się tendencję do odchodzenia przez użytkowników od różnorodnych i nieprzewidywalnych substancji psychoaktywnych takich, jak dopalacze. Likwidacja po 2010 roku sklepów z dopalaczami i przeniesienie dystrybucji „do podziemia” skierowało uwagę użytkowników na substancje bardziej przewidywalne, bardziej stabilne narkotyki. W powszechnej opinii za stabilny i pozornie „bezpieczny” narkotyk uważa się marihuanę. Wzrostowi popularności marihuany towarzyszy następujący mechanizm. W ocenie użytkowników dopalacze lub leki używane w celu odurzenia są niebezpieczne, więc sięga się po inne substancje niby „bezpieczne”.

Na przestrzeni lat pojawiło się przekonanie, że marihuana to bezpieczna substancja. Należy podkreślać, że są to jedynie wyobrażenia i elementy myślenia życzeniowego. Zwolennicy tego narkotyku pomijają faktyczne negatywne skutki i zagrożenia związane z systematycznym i częstym zażywaniem.

Opisane wyżej zjawisko rodzi wyzwania lokujące się w obszarze działań profilaktycznych. Istnieje realna potrzeba rzetelnego informowania (WIEDZA) o mechanizmach działania substancji psychoaktywnych. Zdaniem ekspertów, problem dostępności (podaży) może być rozwiązywany poprzez osłabianie popytu, a to może zostać dokonane jedynie przez wiedzę. Powiązane ze sobą sfery wiedzy i edukacji mają kluczowe znaczenie w oddziaływaniach profilaktycznych.

Oddziaływania na minimalizowanie podaży substancji psychoaktywnych skazane są na porażkę. Zmiany zachodzące już na samym rynku narkotykowym wyprzedzają znacząco przeciwdziałania policji i służb celnych. Produkt narkotykowy jest dostosowany do potrzeb młodego klienta (dostępność i przyzwolenie) a producenci narkotyków prowadzą własne badania rynku i opinii, monitorując potrzeby użytkowników. Użytkownikom przekazywane są dokładne dane o działaniu danej substancji. Z tak zorganizowanym rynkiem można „walczyć” tylko profilaktyką, a ta – zdaniem specjalistów – może opierać się jedynie o rzetelną wiedzę i uświadamianie mechanizmów oddziaływania substancji psychoaktywnych.

Uczestnicy badania zwrócili uwagę na nowe zjawisko, związane z socjalizacją dzieci i młodzieży. Chodzi o ten rodzaj oddziaływania rodzinnego, polegającego na nieintencjonalnym przyzwoleniu. Dzieci obserwujące swoich rodziców lub mające świadomość, że rodzice palą, piją, palą marihuanę na imprezach, podlegają socjalizacji do roli przyszłych użytkowników. Widząc lub wiedząc dzieci uczone są tego co dostępne, dopuszczalne i akceptowalne. Ponadto, młodzież czyta o substancjach i wybiera te, które odpowiadają potrzebom i możliwościom (np. substancja, która działa 2 godziny, a nie 12). Z kolei rodzice nie czytają – *co jest dostępne na rynku i jak działa* – i są zawsze o krok (lub więcej) z tyłu za dziećmi.

W sferze oddziaływań socjalizacyjnych znaczące miejsce zajmuje problem medykalizacji. Kwestia ta dotyczy przepisywania leków psychiatrycznych dzieciom w sytuacjach tego nie wymagających. Badani przywołali sytuację, w której rodzic mówi dziecku, *ty jesteś taki, bo nie wzięłeś tabletki na grzeczność*. Wprowadzone w ten sposób zewnętrzne regulowanie zachowaniem wyrabia nawyk korzystania z substancji w celu sterownia zachowaniem - *tabletki na coś*.

Nowe wyzwania w obszarze profilaktyki rodzą nowe warunki prawne. Praktycy alarmują, że w warunkach stopniowo ograniczanych możliwościach rozmawiania z młodzieżą szkolną, np. problem uświadamiania seksualnego, pojawiają się trudności – o czym wolno rozmawiać. Rozmówcy przewidują narastanie możliwości swobodnej rozmowy z młodymi ludźmi, co ogranicza zakres oddziaływań profilaktycznych.

## 2.2. System wsparcia – aktualne problemy – zjawiska pozytywne i negatywne

Praktycy zwracają uwagę na problem związany z funkcjonowaniem systemu wsparcia ukierunkowanego na uzależnienia mieszane. W obecnym modelu realizacji procesu wsparcia istnieje zagrożenie „rozmycia” z przyczyn formalnych tzw. uzależnienie wiodącego. W rezultacie praktycy „stosują” własne formularze diagnostyczne pozwalające w procesie rejestrować ważne zmienne, jak np. wiodący czynnik uzależniający. W katalogu uzależnień rejestrowanych w statystykach na pierwszym miejscu rejestruje się tzw. F19 (kategoria uzależnienia mieszanego), na drugim miejscu – problem marihuany. W systemie zauważalne jest zmniejszenie liczebności uzależnionych i użytkowników syntetycznych kannabinoidów oraz pochodnych katynonów.

Przewidywalność budżetu. Od kilku lat zauważa się zniknięcie problemu tzw. pieniędzy w grudniu do wydania. Praktycy podkreślają, że budżetowanie staje się przewidywalne. Pojawiają się nowe zjawiska. Czasem doświadczają trudności z tzw. „zwiększeniem budżetu”, planowane o np. 200-300 tysięcy, a pojawia się 1,5 miliona złotych. Praktycy wypracowują rozwiązanie polegające na dysponowaniu dyżurnymi awaryjnymi projektami do realizacji w sytuacji radykalnego zwiększenia środków. Specjaliści wiedzą, że mają być przygotowani do takich sytuacji. To znacząco zmienia sytuację w porównaniu do kilku lat wstecz, kiedy w grudniu na gwałt trzeba było wydawać środki, co rodziło nieracjonalnym ich wydatkowaniem.

Specjaliści zwrócili uwagę na kadrowo-personalny wymiar funkcjonowania systemu wsparcia. Za walor uznano wymaganie od realizatorów odpowiedniego wykształcenia, celowego, specjalizacji. Takie podejście gwarantuje, że poszczególne działania będą wykonywać wykwalifikowani i doświadczeni terapeuci. Zasygnalizowano jednocześnie problem niskich stawek dla realizatorów. Problem postawiono jednoznacznie: *nie ma komu robić, pracować, realizować. To jest ważny sygnał dla miasta: stawki dla realizatorów muszą wzrosnąć. Ludzie odchodzą do pracy. Wybierają spawanie w stoczni lub Norwegię.* Istnieje konieczność zwiększenia nakładów na specjalistów. Badani przywołali ważne stwierdzenie, iż *profilaktyka jest tańsza niż leczenie.*

Zwrócono uwagę na potrzebę wsparcia dla instytucji narkotykowych, finansowanych ze środków niePARPowskich. Chodzi o finansowanie szkoleń, superwizji dla placówek. Specjaliści zajmujący się uzależnieniami narkotykowymi sygnalizują, kierują do miasta – *wołanie o wsparcie do miasta, aby model szkolenia był analogiczny jak w PARPie. Środki na podnoszenie kwalifikacji i specjalizowanie się dla obszaru narkotykowego – działania dla kadr.* Specjaliści podkreślają, że chcą i muszą się uczyć.

W nawiązaniu do problemu podnoszenia kwalifikacji zwrócono uwagę na kwestię przepływu informacji. Zasugerowano możliwość usprawnienia systemu w zakresie informowania o



możliwościach finansowania rozwoju kadry, o działaniach ukierunkowanych na rozwój kadry. Rozwiązanie to mogłoby przyjąć formę biuletynu informacyjnego o realizowanych działaniach wysyłanego po ogłoszeniu konkursów. Informacja wskazująca, jakie są możliwości podnoszenia kwalifikacji w ramach istniejących konkursów: skondensowana, celowana informacja o możliwości wykorzystania środków na: *co można robić, co czeka do wzięcia i zagospodarowania*.

Rozmówcy podkreślili, że zaczynają przynosić efekty działające zespoły interdyscyplinarne. Napotykanym zwykle problem powierzchowności i fasadowości działań interdyscyplinarnych rozwiązywany jest dzięki moderowaniu i konkretyzowaniu działań.

Zasygnalizowano problem niespójności sprawozdawczości. Realizatorzy skarżyli się na konieczność przygotowywania wielu sprawozdań w skali roku, np. za miesiące III-IV-V, a potem VI-VII-VIII. Badani zasugerowali uproszczenie procedury i ograniczenie sprawozdawczości do okresów półrocznych, np. do dwóch sprawozdań w skali roku, w miejsce 4-5 sprawozdań. Zaproponowano zachowanie spójności wnioskowań o transze ze sprawozdawczością. Takie rozwiązanie ułatwiłoby działanie oferentom.

Jednoznacznie skrytykowano wymóg podwójnego potwierdzania oświadczeń i dokumentacji w systemie Witkac. Procedura obejmuje potwierdzenie elektroniczne w systemie Witkac, a potem dostarczanie papierowych potwierdzeń do Urzędu Miasta.

Uczestnicy badania zwrócili uwagę na kształtujące się potrzeby w sferze ewaluacji działań. Sygnalizowano konieczność wprowadzenia miękkih wskaźników o charakterze jakościowym. Zdaniem badanych stosowanie twardych wskaźników podnosi problem trafności pomiaru ewaluacyjnego – *parametry ilościowe, nie mierzą tego co trzeba. Samo liczenie uczestników, to nie to samo co spoglądanie na rezultaty. Należy kierować uwagę ku miękkim rezultatom. W obszarze wsparcia, sama liczebność grup to za mało*. Zasugerowano wprowadzanie i testowanie wskaźników ewaluacyjnych opartych o subtelniejsze, trafniejsze mierzenie rezultatów.

### **2.3. Problem szpitalnego wsparcia psychiatrycznego**

Uczestnicy badania zwrócili uwagę na alarmujący stan systemu wsparcia na poziomie szpitalnym. Brak możliwości tzw. ustabilizowania pacjentów, brak funkcjonujących detoksów. Nie można włączać do programów terapeutycznych nieustabilizowanych medycznie pacjentów (farmakologicznie, detoxy, psychiatrycznie) - *jeśli brak zabezpieczenia szpitalnego, to nie ma leczenia z narkotyków. To jest prosty mechanizm, najpierw musi być ustawienie lekowe, a potem można zalecać uzależnienie*.

Specjaliści wskazują na sytuację kryzysową w Gdańsku. Brak funkcjonującego dziecięco-młodzieżowego oddziału psychiatrycznego. *My widzimy to tak, że Gdańsk, jako małe państwo, musi się zaangażować tam gdzie duże państwo (Polska) nie działa. Ze względu na brak wsparcia szpitalnego, na terenie Gdańska należy spodziewać się pogorszenia efektywności systemu wsparcia ze względu na samobójstwa. W ocenie terapeutów brak wsparcia szpitalnego, będzie z czasem skutkował zwiększeniem tego typu zdarzeń. Zdaniem rozmówców, sytuacją na terenie miasta powinni się zainteresować władze miasta. Wskazywano na konieczność lokalnego zaangażowania się i zapewnienia możliwości stabilizowania lekowego pacjentów.*

Ze względu na dramatyczną sytuację leczenia psychiatrycznego na terenie Gdańska, podkreślono, że pacjenci alkoholowi czy narkotykowi *mają szczęście*, bo ze względu na jednoznaczność swojego przypadku mają szansę na pomoc. Inni pacjenci pozostają bez odpowiedniej opieki, rozpoznania i leczenia. Podsumowując zagadnienie ochrony zdrowia psychicznego, podkreślano: *konieczny jest pierwszy bastion interwencji kryzysowej.*

## Wnioski i rekomendacje

**Wniosek:** Zwiększa się znacząco odsetek zażywających leki wydawane bez recepty w celu odurzenia. poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności. Badanie wśród specjalistów i praktyków wskazało na istnienie problemu wśród rodziców, którzy chętnie aplikują dzieciom leki poprawiające nastrój.

**Rekomendacja:** Zaleca się monitorowanie wskaźników i podtrzymanie działań profilaktycznych w tej sferze. Sugeruje się podjęcie działań profilaktycznych i uświadamiających wśród rodziców, w celu zminimalizowania negatywnych efektów medykalizacji procesu wychowania.

**Wniosek:** Osoby spożywające alkohol – dowolny lub każdy jego rodzaj – częściej też sięgają po marihuanę niż badani niepijący. Zważywszy na zmniejszający się ogólny odsetek osób sięgających po alkohol zasadne jest skierowanie uwagi na populację osób rezygnujących z picia na rzecz „substancji (pozornie) bezpiecznych”, za jaką uważana jest marihuana i jej pochodne. Specjaliści i eksperci sygnalizują, że używanie marihuany jest postrzegane jako mniej szkodliwe niż picie alkoholu. Wyniki badania pokazały jednoznacznie, że znacząco wzrasta populacja użytkowników marihuany, w porównaniu do 2015, wzrost z poziomu 7,1% do 14,1%.

**Rekomendacja:** Sugeruje się dokonywanie badawczego oglądu populacji osób rezygnujących z picia alkoholu w kontekście ich kierowania się ku innym substancjom psychoaktywnym z szczególnym naciskiem na marihuanę i jej pochodne.

**Rekomendacja:** Sugeruje się podjęcie działań ukierunkowanych na monitorowanie populacji użytkowników marihuany. Analizy demograficzne, motywacji i uwarunkowań sięgania po ten narkotyk.

**Wniosek:** Zarysowuje się tendencja do odchodzenia przez użytkowników substancji psychoaktywnych od różnorodnych i nieprzewidywalnych środków takich, jak dopalacze. Użytkownicy kierują uwagę na substancje bardziej przewidywalne, bardziej stabilne narkotyki. W powszechnej opinii za stabilny i pozornie „bezpieczny” narkotyk uważa się marihuanę. Wzrostowi popularności marihuany towarzyszy następujący mechanizm. W ocenie użytkowników dopalacze lub leki używane w celu odurzenia są niebezpieczne, więc sięga się po inne substancje niby

„bezpieczne”. Na przestrzeni lat pojawiło się przekonanie, że marihuana to bezpieczna substancja. Są to jednakże wyobrażenia i elementy myślenia życzeniowego. Zwolennicy tego narkotyku pomijają faktyczne negatywne skutki i zagrożenia związane z systematycznym i częstym zażywaniem.

**Rekomendacja:** Programy profilaktyczne powinny być oparte o rzetelną wiedzę i celowaną informację do zróżnicowanego kręgu odbiorców: młodzież, rodzice, dorośli, osoby starsze. Profilaktyka powinna być ściśle powiązana z obecnym stanem wiedzy o mechanizmie uzależnień.

**Wniosek:** System ewaluacji zleconych podmiotom zadań ma w chwili obecnej charakter typowo ilościowy. Obok pomiaru ilościowego należy wprowadzić model ewaluacji oparty o wskaźniki jakościowe – miękkie. Rozwiązania tego rodzaju od wielu lat stosowane są w badaniach ewaluacyjnych. Ich wdrożenie pogłębia możliwości oceny poszczególnych działań i monitorować ich efektywności.

**Rekomendacja:** Konieczne jest dostosowanie systemu monitorowania i ewaluacji w taki sposób, aby zbierał dane przydatne Miastu i pozostałym interesariuszom. Przygotowanie takiego systemu powinno się odbyć przy udziale zarówno specjalistów z zakresu badań społecznych, realizatorów zadań, jak i przedstawicieli Miasta tak, aby było dostosowane do potrzeb interesariuszy. Model ewaluacji łączący wskaźniki ilościowe i jakościowe jest rozwiązaniem podnoszącym jakość funkcjonowania systemu wsparcia poprzez jego lepsze dostosowanie do potrzeb interesariuszy.

**Wniosek:** Od kilku lat zauważa się zniknięcie problemu tzw. pieniędzy w grudniu do wydania. Praktycy podkreślają, że budżetowanie staje się przewidywalne, co jest zjawiskiem pozytywnym. Pojawiają się nowe zjawiska. Czasem doświadczają trudności z tzw. „zwiększeniem budżetu”, planowane o np. 200-300 tysięcy, a pojawia się 1,5 miliona złotych. Praktycy stosują rozwiązanie polegające na dysponowaniu dyżurnymi awaryjnymi projektami do realizacji w sytuacji radykalnego zwiększenia środków.

**Rekomendacja:** Rekomenduje się przygotowania zrębów metodologii tworzenia projektów „zawieszonych” gotowych do realizacji w sytuacji nieoczekiwanego zwiększenia środków. Sugeruje się, aby projekty tego rodzaju były uwzględnione w szerszym, kilkuletnim okresie planowania, ale projektowane jako działania poza sekwencją czy następstwem innych przedsięwzięć.

**Wniosek:** Eksperci i specjaliści pracujący w systemie wsparcia sygnalizują problem odpływu z zawodu wykwalifikowanych kadr do lepiej płatnych miejsc pracy i zawodów. Podkreśla się problem związany z wysokością stawek dla realizatorów.

**Rekomendacja:** Określenie perspektywy, w jakiej nastąpi wzrost wynagrodzeń w przedmiotowej sferze.

**Wniosek:** System informowania realizatorów o możliwościach podnoszenia kwalifikacji, szkolenia i rozwijania kompetencji samych realizatorów w ramach działań konkursowych jest nieefektywny. Realizatorzy są zainteresowani podnoszeniem swoich kwalifikacji. W kompleksowej informacji o konkursach informacje tego typu giną.

**Rekomendacja:** Wypracowanie rozwiązania pozwalającego przekazywanie realizatorom celowanej informacji dotyczącej możliwości rozwijania potencjału kadrowego (szkolenia dla kadry). Sugerowane rozwiązanie to przygotowanie biuletynu informacyjnego, po ogłoszeniu konkursów i przekazywanie go zainteresowanym.

**Wniosek:** Jednoznacznie skrytykowano wymóg podwójnego potwierdzania oświadczeń i dokumentacji w systemie Witkac. Procedura obejmuje potwierdzenie elektroniczne w systemie Witkac, a potem dostarczanie papierowych potwierdzeń do Urzędu Miasta.

**Rekomendacja:** Rekomenduje się uproszczenie procedury konkursowej i oparcie jej całkowicie na elektronicznym systemie Witkac i odejście od konieczności przekazywania potwierdzeń oświadczeń i dokumentacji w formie papierowej.

**Wniosek:** Uczestnicy badania zwrócili uwagę na alarmujący stan systemu wsparcia na poziomie szpitalnym. Brak możliwości tzw. ustabilizowania pacjentów, brak funkcjonujących detoksów. Nie można włączać do programów terapeutycznych nieustabilizowanych medycznie pacjentów

**Rekomendacja:** Należy w trybie pilnym, z ramienia władz miejskich dokonać rozwiązania problemu braku wsparcia szpitalnego dla systemu. Dotyczy to zarówno wsparcia dla pacjentów z uzależnieniami, jak i ogólnie, wsparcia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży.



## **Aneks: Narzędzia użyte w badaniach terenowych**

### **Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z odbiorcami systemu wsparcia**

#### **Aktualna sytuacja życiowa**

1. Czym się aktualnie Pan/Pani zajmuje? Czy uczy się Pan/Pani, pracuje?
2. W jakim Pan/Pani jest wieku?
3. Jak wygląda Pana/Pani obecne życie?
4. Jakie są Pana/Pani związki z Gdańskiem?
5. Czy uprawia Pan/Pani sport? Lub inną aktywność fizyczną systematycznie?
6. Czy pali Pan/Pani papierosy? A w przeszłości?
7. Czy pije Pan/Pani alkohol? Jeśli tak, w jakich okolicznościach, jak często?
8. Czy używa Pan/Pani obecnie narkotyków? Jeśli tak, to jakich, jak często, w jakich okolicznościach?

#### **Historia używania substancji psychoaktywnych (alkohol, dopalacze, narkotyki)**

9. A jak to wyglądało w przeszłości (alkohol i/lub narkotyki, dopalacze)? (kiedy po raz pierwszy, powody, jak długo, jakie substancje, okoliczności, czy próby podjęcia terapii, z jakim skutkiem).
10. Czy zdarzyło się Panu/Pani przebywać pod wpływem alkoholu lub narkotyków w szkole lub w pracy?
11. Czy kiedykolwiek popadł/a Pan/Pani w tarapaty finansowe, miał/miała długi z powodu używania alkoholu lub narkotyków?
12. Co Pan/Pani sądzi o tym, żeby używanie marihuany było dozwolone?
13. Czy nadużywanie substancji było popularne wśród Pana/Pani znajomych?
14. A jak wyglądała kwestia korzystania z komputera/internetu/gier/portali społecznościowych?

#### **Ocena systemu wsparcia i rekomendacje**

15. Jak Pan/Pani ocenia terapię, w której brał/a Pan/Pani udział? Jak to miało się do Pana/Pani oczekiwań?
16. Jak pomagać osobom z uzależnieniem lub zagrożonym uzależnieniem?
17. Jak Pan/Pani ocenia istniejący w Gdańsku system wsparcia dla osób z uzależnieniem?
18. Czy kiedykolwiek brał/a Pan/Pani udział w programie profilaktycznym?
19. Co Pana/Pani zdaniem jest skuteczne, jeśli chodzi o profilaktykę? Co zadziałało by w Pana/Pani sytuacji?

## Dyspozycje do wywiadu pogłębionego grupowego z ekspertami i ekspertkami

1. Jak skomentowałoby Państwo wyniki badania? Jakie wyniki były szczególnie ciekawe i dlaczego?
2. Czy wyniki badania ilościowego pokrywają się z Państwa doświadczeniami z pracy lub działalności?
3. Czy spadek spożycia alkoholu wykazany w badaniu, jest rzeczywistym spadkiem czy też mogło nastąpić zastąpienie alkoholu uzależnieniami behawioralnymi typu hazard, Internet, media społecznościowe?
4. Czy dostrzegają Państwo jakieś bariery w realizacji działań profilaktycznych i redukcji szkód wynikających z uzależnień behawioralnych?
5. Jakie działania podejmowane przez Urząd Miasta są szczególnie istotne?
6. Czy nastąpiła jakaś zmiana na *plus* lub na *minus* od 2015 roku we wsparciu organizacji pozarządowych działających w obszarze profilaktyki przez Urząd Miasta?
7. Jak UM może wesprzeć Państwa działalność we wspólnym celu ograniczenia uzależnień w Gdańsku?
8. Czy zauważyliście Państwo nowe problemy do rozwiązania w ramach przeciwdziałania uzależnieniom?



## Kwestionariusz użyty w badaniu ilościowym



Gdańskie  
Centrum  
Profilaktyki  
Uzależnień



Urząd Miejski w Gdańsku  
ul. Nowe Ogrody 8/12,  
80-803 Gdańsk

Szanowni Państwo,

Zakład Realizacji Badań Społecznych na zlecenie Gminy Miasta Gdańska oraz Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień prowadzi badania socjologiczne wśród mieszkanek i mieszkańców, dotyczące spożywania alkoholu i problemów społecznych, które mogą być związane z jego nadużywaniem. Badania prowadzone są wśród wylosowanych 1000 mieszkańców miasta – kobiet i mężczyzn, reprezentujących różne grupy wiekowe, środowiska i dzielnice zamieszkania. Badania są anonimowe, to znaczy, że nigdzie nie prosimy o podanie imienia i nazwiska. Wyniki zostaną opracowane w postaci zbiorczych zestawień statystycznych, a następnie przekazane władzom miasta Gdańska w celu opracowania programów przeciwdziałania problemom społecznym. Prosimy udzielać odpowiedzi przez zakreślanie ich numerów.

*Gorąco prosimy o wypełnienie ankiety. Dziękujemy!*

<p>Na początek chcielibyśmy zapytać o spożycie piwa przez Pana(ią)</p> <p><b>1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?</b></p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 4.</i></p>	<p><b>2. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?</b></p> <p>1. 5 razy w tygodniu lub częściej 2. 3-4 razy w tygodniu 3. 1-2 razy w tygodniu 4. 2-3 razy w miesiącu 5. 1 raz w miesiącu 6. 6 i więcej razy w czasie ostatnich 12 mcy 7. do 5 razy w czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p><b>3. Ile piwa wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kufła piwa (0,5 litra)?</b></p> <p>1. jeden kufel lub mniej 2. około 2 kufli 3. około 3 kufli 4. około 4 kufli 5. powyżej 4 kufli</p>
<p><b>4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?</b></p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 7.</i></p>	<p><b>5. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?</b></p> <p>1. 5 razy w tygodniu lub częściej 2. 3-4 razy w tygodniu 3. 1-2 razy w tygodniu 4. 2-3 razy w miesiącu 5. 1 raz w miesiącu 6. 6 i więcej razy w czasie ostatnich 12 mcy 7. do 5 razy w czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p><b>6. Ile wina (szampana) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji, posługując się miarą lampki wina (100 ml)?</b></p> <p>1. jedną lampkę lub mniej 2. około 2 lampek 3. około 3 lampek 4. około 4 lampek 5. powyżej 4 lampek</p>
<p><b>7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę (lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak)?</b></p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 10.</i></p>	<p><b>8. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak?</b></p> <p>1. 5 razy w tygodniu lub częściej 2. 3-4 razy w tygodniu 3. 1-2 razy w tygodniu 4. 2-3 razy w miesiącu 5. 1 raz w miesiącu 6. 6 i więcej razy w czasie ostatnich 12 mcy 7. do 5 razy w czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p><b>9. Ile wódki (koniaku, whisky) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kieliszka (50 ml)?</b></p> <p>1. jeden kieliszek lub mniej 2. około 2 kieliszków 3. około 3 kieliszków 4. około 4 kieliszków 5. powyżej 4 kieliszków</p>

<p><b>10. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek uspokajający lub nasenny ?</b></p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 12.</i></p>	<p><b>11. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) leki uspokajające lub nasenne?</b></p> <p>1. 5 razy w tygodniu lub częściej 2. 3-4 razy w tygodniu 3. 1-2 razy w tygodniu 4. 2-3 razy w miesiącu</p> <p>5. 1 raz w miesiącu 6. 6 i więcej razy w czasie ostatnich 12 mcy 7. do 5 razy w czasie ostatnich 12 mcy</p>
<p><b>12. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek, wydawany bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności?</b></p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 14.</i></p>	<p><b>13. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) takich leków?</b></p> <p>1. 5 razy w tygodniu lub częściej 2. 3-4 razy w tygodniu 3. 1-2 razy w tygodniu 4. 2-3 razy w miesiącu</p> <p>5. 1 raz w miesiącu 6. 6 i więcej razy w czasie ostatnich 12 mcy 7. do 5 razy w czasie ostatnich 12 mcy</p>
<p><b>14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</b></p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 16.</i></p>	<p><b>15. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</b></p> <p>1. 5 razy w tygodniu lub częściej 2. 3-4 razy w tygodniu 3. 1-2 razy w tygodniu 4. 2-3 razy w miesiącu</p> <p>5. 1 raz w miesiącu 6. 6 i więcej razy w czasie ostatnich 12 mcy 7. do 5 razy w czasie ostatnich 12 mcy</p>

*Chcielibyśmy teraz zapytać o obserwację, osobiste doświadczenia i odczucia związane ze spożywaniem alkoholu w różnych sytuacjach.*

<b>16. Czy zdarzyło się, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy:</b>	tak	nie	
1. był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym	1	2	
2. był(a) Pan(i) świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym	1	2	
3. był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem przez osobę będącą pod wpływem narkotyku (np. marihuany, amfetaminy lub innych)	1	2	
4. był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem przez osobę będącą pod wpływem tzw. dopalaczy	1	2	
5. był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu w miejscu pracy	1	2	
6. był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu przez nieletnich	1	2	
7. widział(a) Pan(i) jak sprzedawano nieletnim alkohol	1	2	
8. widział(a) Pan(i), jak osoba wyglądająca na nieletnią próbowała kupić alkohol i została wylegitymowana przez sprzedawcę lub kogoś innego	1	2	
<b>A teraz chcielibyśmy zapytać o osobiste doświadczenia.</b> <b>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że...</b>	tak	nie	nie pamiętam, nie jestem pewien(-na)
9. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem alkoholu?	1	2	3
10. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem marihuany lub innego narkotyku?	1	2	3
11. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem tzw. dopalaczy?	1	2	3

12. jechał(a) Pan(i) rowerem pod wpływem alkoholu?	1	2	3		
13. spożywał(a) Pan(i) alkohol w miejscu pracy?	1	2	3		
14. używał(a) Pan(i) marihuany lub innego narkotyku w miejscu pracy?	1	2	3		
<b>W czasie ostatnich 12 miesięcy</b>	nigdy	rzadziej niż 1 raz w m-cu	około 1 raz w m-cu	około 1 raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie
15. Jak często w ostatnim roku nie mógł(mogła) Pan(i) zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?	1	2	3	4	5
16. Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu zrobił(a) Pan(i) coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana(i) środowisku normy postępowania?	1	2	3	4	5
17. Jak często w ostatnim roku potrzebował(a) Pan(i) napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym pićiu”, aby móc dojść do siebie?	1	2	3	4	5
18. Jak często w ostatnim roku miał(a) Pan(i) poczucie winy lub wyrzuty sumienia po pićiu alkoholu?	1	2	3	4	5
19. Jak często w ostatnim roku nie mógł(mogła) Pan(i) przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy z powodu picia?	1	2	3	4	5
<b>17. Czy w Pana(i) najbliższej rodzinie jest ktoś, kto Pana(i) zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)?</b> 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie	<b>18. Czy wśród Pana(i) najbliższych znajomych, przyjaciół jest ktoś, kto Pana(i) zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)?</b> 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie				
<b>19. Czy w Pana(i) najbliższej rodzinie jest ktoś, o kim Pana(i) wie, że zażywa narkotyki (np. marihuanę, amfetaminę lub inne)?</b> 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie	<b>20. Czy wśród Pana(i) najbliższych znajomych, przyjaciół jest ktoś, o kim Pan(i) wie, że zażywa narkotyki (np. marihuanę, amfetaminę lub inne)?</b> 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie				
<b>21. Czy spotkał(a) się Pan(i) w swoim otoczeniu z działaniami instytucji skierowanymi do osób mających problem z nadużywaniem alkoholu lub używaniem narkotyków?</b> 1. nie 2. tak, jakie to były działania lub instytucje .....					
<b>22. Jak Pan(i) sądzi, czy istnieje potrzeba wprowadzenia działań ograniczających dostępność alkoholu?</b> 1. powinno się wprowadzić działania ograniczające – <i>alkohol jest zbyt łatwo dostępny</i> 2. nie należy nic zmieniać w zakresie dostępności 3. powinno się zmniejszyć istniejące ograniczenia – <i>alkohol jest zbyt trudno dostępny</i>					
<b>23. Jaka jest Pana(i) opinia odnośnie dostępności alkoholu w przestrzeni publicznej.</b>	zdecydowanie się nie zgadzam	raczej się nie zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	raczej się zgadzam	zdecydowanie się zgadzam
1. liczba i gęstość punktów sprzedaży alkoholu jest zbyt duża	1	2	3	4	5
2. alkohol jest zbyt tani, zbyt wielu ludzi ma do niego dostęp	1	2	3	4	5
3. liczba punktów sprzedaży alkoholu powinna zostać ograniczona	1	2	3	4	5
4. miasto powinno ingerować w liczbę, gęstość punktów	1	2	3	4	5

sprzedaży alk.							
5. ograniczanie dostępności alkoholu miałyby pozytywne skutki	1	2	3	4	5		
6. działalność punktów sprzedaży alkoholu jest w mojej okolicy uciążliwa dla mieszkańców	1	2	3	4	5		
7. ceny alkoholu ustalone są na właściwym poziomie	1	2	3	4	5		
8. liczba i gęstość punktów sprzedaży alkoholu powinny zależeć wyłącznie od popytu na ten typ produktów	1	2	3	4	5		
9. dobrze, że praktycznie wszędzie i o każdej porze można kupić alk.	1	2	3	4	5		
<b>24. Jak Pan(i) sądzi, czy byłoby dobrym rozwiązaniem, aby w Gdańsku pojawiły się tzw. „otwarte strefy”, czyli miejsca, gdzie na podstawie uchwały Rady Miasta, można by swobodnie spożywać alkohol?</b>							
1. tak, przydałyby się takie miejsca							
2. nie, jestem przeciwny(a) takim rozwiązaniom							
<b>25. Gdzie Pana(i) zdaniem mogłyby funkcjonować „otwarte strefy”?</b>							
.....							
.....							
<b>Prosimy teraz pomyśleć o wizytach lekarskich odbytych w ciągu ostatniego roku.</b>							
<b>26. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu(i), że lekarz pierwszego kontaktu podczas Pana(i) wizyty w przychodni zapytał Pana(i) o to, czy nadużywa Pan(i) alkohol?</b>				<b>27. Jak Pan(i) sądzi, czy picie alkoholu nawet w niewielkich ilościach przez kobiety ciężarne może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci?</b>			
1. nie był(a)m u lekarza w tym okresie				1. tak			
2. tak, lekarz zadał takie pytanie				2. raczej tak			
3. nie, lekarz nie zadał takiego pytania				3. raczej nie			
4. nie pamiętam				4. nie			
<b>Uwaga: pytania 28 – 30 są skierowane wyłącznie do Pań, Panów prosimy o przejście do pytania 31.</b>							
<b>28. Czy w ciągu ostatnich 4 lat była Pani w ciąży?</b>				<b>29. Czy podczas ciąży piła Pani alkohol?</b>			
1. tak				1. tak			
2. nie --- proszę przejść do pyt. 31.				2. nie			
				3. nie pamiętam			
<b>30. Czy podczas wizyty u lekarza położna lub lekarz rozmawiali z Panią na temat spożywania alkoholu podczas ciąży?</b>							
1. nie							
2. tak, twierdzili, że nawet niewielka ilość alkoholu jest nieszkodliwa							
3. tak, informowali o szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży							
4. trudno powiedzieć, nie pamiętam							
<b>31. Jak często zdarza się Panu(i):</b>	nie dotyczy	nigdy	rzadziej niż raz w roku	kilka razy w roku	kilka razy w miesiącu	raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
1. podnosić głos/krzyczeć na swoje dziecko	1 (nie mam dzieci)	2	3	4	5	6	7
2. uderzyć /spoliczkować / dać klapsa swojemu dziecku	1 (nie mam dzieci)	2	3	4	5	6	7
3. używać obraźliwych określeń wobec swojego dziecka	1 (nie mam dzieci)	2	3	4	5	6	7
4. podnosić głos/krzyczeć na współmałżonka, partnera/partnerkę	1 (nie mam współmałżonka/partnera)	2	3	4	5	6	7
5. uderzyć /spoliczkować współmałżonka, partnera/partnerkę	1 (nie ma współmałżonka/partnera)	2	3	4	5	6	7
6. używać obraźliwych określeń wobec współmałżonka, partnera/partnerki	1 (nie ma)	2	3	4	5	6	7

	współmałżonk a/partnera)						
7. podnosić głos/krzyczeć na osobę starszą (rodziców, dziadków)	1	2	3	4	5	6	7
8. uderzyć /spoliczkować osobę starszą (rodziców, dziadków)	1	2	3	4	5	6	7
9. używać obraźliwych określeń wobec osób starszych (rodziców, dziadków)	1	2	3	4	5	6	7
<b>32. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do przemocy fizycznej (np. bicia, szarpania, popychania)?</b> 1. nigdy 2. raz 3. kilka razy 4. wiele razy	<b>33. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do przemocy psychicznej (np. wyzwiska, przeklinanie, groźby, szantaż)?</b> 1. nigdy 2. raz 3. kilka razy 4. wiele razy						
<b><i>Chcielibyśmy poprosić Pana(nią) o podzielenie się swoimi opiniami dotyczącymi problemu narkomanii.</i></b>							
<b>34. W jakim stopniu zgadza się Pan(i) lub nie zgadza z poniższym stwierdzeniem:</b>	zdecydowa nie się zgadzam	raczej się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	raczej się nie zgadzam	zdecydowa nie się nie zgadzam	nie wiem, trudno powiedzieć	
Używanie marihuany lub haszyszu powinno być dozwolone	1	2	3	4	5	6	
<b>35. Jak bardzo, Pana(i) zdaniem ludzie ryzykują, że sobie zaszkodzą (zdrowotnie lub w inny sposób) jeśli:</b>		nie ma ryzyka	małe ryzyko	umiarkowa ne ryzyko	duże ryzyko	nie wiem	
1. pałą papierosy od czasu do czasu		1	2	3	4	5	
2. pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie		1	2	3	4	5	
3. wypijają jeden lub dwa drinki prawie codziennie		1	2	3	4	5	
4. wypijają cztery lub pięć drinków prawie codziennie		1	2	3	4	5	
5. wypijają pięć lub więcej drinków 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu		1	2	3	4	5	
6. próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu		1	2	3	4	5	
7. pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu		1	2	3	4	5	
8. pałą marihuanę lub haszysz regularnie		1	2	3	4	5	
9. próbują ecstazy 1 raz lub 2 razy w życiu		1	2	3	4	5	
10. używają ecstazy regularnie		1	2	3	4	5	
11. próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu		1	2	3	4	5	
12. używają heroiny regularnie		1	2	3	4	5	
13. próbują kokainy lub cracku 1 raz lub 2 razy w życiu		1	2	3	4	5	
14. używają kokainy lub cracku regularnie		1	2	3	4	5	
15. używają regularnie leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarskich		1	2	3	4	5	
16. próbują dopalaczy 1 raz lub 2 razy w życiu		1	2	3	4	5	
17. używają dopalaczy regularnie		1	2	3	4	5	
<b><i>Zadamy teraz pytania dotyczące innych uzależniających sytuacji</i></b>							
<b>36. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu(i) grać w gry hazardowe? Chodzi o dowolny rodzaj gier/zakładów.</b> 1. tak, często 2. tak, rzadko (okazjonalnie) 3. nie uprawiam hazardu							
<b>37. Jaki jest stan Pana(i) zadłużenia? Chodzi o dowolny rodzaj pożyczki, np. kredyt, chwilówka, pożyczka od znajomych.</b> 1. nie jestem zadłużony(a) 2. spłata zadłużenia nie wpływa na budżet domowy 3. spłata zadłużenia stanowi znaczną część wydatków domowych 4. spłata zadłużenia wymaga ode mnie zaciągania kolejnych pożyczek							

<b>Na koniec prosimy jeszcze o kilka informacji o Panu/Pani</b> <b>– są one niezbędne do statystycznego opracowania wyników naszych badań</b>		
<b>M1. Proszę zaznaczyć swoją płeć</b>  1. kobieta 2. mężczyzna	<b>M2. W którym roku się Pan(i) urodził(a)?</b>  .....	<b>M3. Jakie ma Pan(i) wykształcenie?</b> 1. niepełne podstawowe 2. podstawowe 3. zasadnicze zawodowe 4. niepełne średnie, gimnazjalne, policealne 5. średnie 6. pomaturalne 7. niepełne wyższe 8. wyższe
<b>M4. Jaki jest Pana(i) stan cywilny?</b> 1. kawaler/panna/singielk(ka) 2. żonaty/zamężna/w stałym związku 3. rozwiedziony/rozwiedziona 4. wdowiec/wdowa	<b>M5. Czy ma Pan(i) dzieci na utrzymaniu?</b> 1. nie 2. tak, 1-2 dzieci 3. tak, 3-4 dzieci 4. tak, więcej niż czworo dzieci	
<b>M6. Jakie są łączne miesięczne dochody netto (na rękę) w Pana(i) gospodarstwie domowym?</b> 1. do 500 zł 2. 501 – 1000 zł 3. 1001 – 2000 zł 4. 2001 – 3000 zł 5. 3001 – 4000 zł 6. 4001 – 5000 zł 7. 5001 – 6000 zł 8. 6001 – 7000 zł 9. 7001 – 8000 zł 10. 8001 – 9000 zł 11. 9001 – 10000 zł 12. 10001 – 15000 zł 13. powyżej 15000 zł	<b>M7. Jaki jest Pana(i) status zawodowy?</b> 1. jestem osobą pracującą zawodowo 2. jestem osobą bezrobotną 3. jestem osobą niepracującą, nieposzukującą pracy 4. jestem uczniem/studentem 5. jestem emerytem 6. jestem rencistą	
	<b>M10. Czy, ogólnie biorąc, jest Pan(i) zadowolony(a) ze swego życia?</b> 1. bardzo zadowolony(a) 2. raczej zadowolony(a) 3. różnie bywa – czasem tak, czasem nie 4. raczej niezadowolony(a) 5. bardzo niezadowolony(a)	
<b>M11. Czy jest Pan(i) osobą</b> 1. wierzącą i praktykującą 2. wierzącą i niepraktykującą 3. niewierzącą, ale przywiązaną do niektórych praktyk religijnych 4. niewierzącą i niepraktykującą 5. trudno powiedzieć		

***Dziękujemy za udział w badaniach!***