

Narkotyki, alkohol, dopalacze. Diagnoza problemu.

Studium socjologiczne na podstawie badań
wśród mieszkańców Gdańska.

Marta Abramowicz
Maciej Brosz

Beata Bykowska-Godlewska
Tomasz Michalski
Anna Strzałkowska



ZAKŁAD REALIZACJI
BADAŃ SPOŁECZNYCH

Recenzja:

prof. dr hab. Lucyna Kopciewicz

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 2018

ISBN: 978-83-944961-3-5

Wydawnictwo Zakładu Realizacji Badań Społecznych Q&Q

e-mail: info@qqzrbs.pl

<http://qqzrbs.pl>

Spis treści

Wprowadzenie	5
Rozdział I: Analiza materiałów zastanych – desk research	25
1. Sytuacja demograficzna i specyfika miasta	26
1.1. Obecna i przewidywana sytuacja demograficzna	26
1.2. Specyfika miasta	33
2. Stan prac nad wdrożeniem systemu monitoringu narkotyków i narkomanii	36
2.1. Organizacja monitoringu i jego cele	36
2.2. Zakres dostępnych danych i ich ocena	39
2.3. Plany badawcze	41
3. Charakterystyka zjawiska i trendów	43
3.1. Użytkowanie narkotyków w populacji generalnej	43
3.2. Problemowe używanie narkotyków	48
3.3. Konsekwencje zdrowotne i społeczne	50
3.4. Postawy wobec narkotyków i narkomanii	56
3.5. Dostępność narkotyków	58
3.6. Sytuacja w Gdańsku na tle dużych miast w Polsce	61
4. Opis i ocena posiadanych zasobów oraz podejmowanych działań	66
4.1. Ograniczanie popytu – profilaktyka	66
4.2. Ograniczanie popytu – leczenie i rehabilitacja	72
4.3. Ograniczenie popytu – readaptacja społeczna	82
4.4. Ograniczanie popytu – ograniczanie szkód	84
4.5. Ograniczanie popytu – pozostałe działania	87
4.6. Ograniczanie podaży	90
5. Wnioski i rekomendacje dalszych działań w perspektywie krótkoterminowej	92
6. Ogólne wnioski na temat Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	93
Załączniki:	95
Rozdział II: Badanie ilościowe wśród mieszkańców Gdańska	106
1. Struktura próby badawczej	107
2. Używanie substancji psychoaktywnych	112
2.1. Leki uspokajające lub nasenne	112
2.2. Leki wydawane bez recepty	119
2.3. Używanie marihuany	121
2.4. Używanie substancji psychoaktywnych a konsumpcja alkoholu	126

3. Problemy i zagrożenia związane ze spożywaniem substancji psychoaktywnych	127
3.1. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków	127
3.2. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem tzw. dopalaczy	128
3.3. Zażywanie narkotyków w miejscu pracy	130
4. Ryzyko korzystania z używek w ocenie badanych	131
5. Używanie narkotyków przez osoby z bliskiego otoczenia respondenta	133
6. Pomoc osobom uzależnionym – identyfikowane formy wsparcia	138
7. Zestawienie najważniejszych wyników	140
Rozdział III: Badanie jakościowe wśród mieszkańców Gdańska	143
1. Badanie wśród odbiorców wsparcia – indywidualne wywiady pogłębione	143
1.1. Aktualna sytuacja życiowa – alkohol	144
1.2. Aktualna sytuacja życiowa – narkotyki	145
1.3. Aktualna sytuacja życiowa – wnioski	146
1.4. Używanie substancji psychoaktywnych – alkohol	147
1.5. Używanie substancji psychoaktywnych – narkotyki	149
1.6. Używanie substancji psychoaktywnych – wnioski	152
1.7. Ocena systemu wsparcia – alkohol	154
1.8. Ocena systemu wsparcia – narkotyki	157
1.9. Ocena systemu wsparcia – wnioski	159
2. Badanie wśród ekspertów i ekspertek – zogniskowane wywiady grupowe	161
2.1. Wyniki badań ilościowych a doświadczenie ekspertów	161
2.2. Obecna sytuacja w Gdańsku	162
2.3. Nowe trendy i wyzwania w terapii	163
2.4. Zróżnicowanie dzielnicowe Gdańska	165
Wnioski i rekomendacje	166
Aneks: Narzędzia użyte w badaniach terenowych	172
Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z odbiorcami systemu wsparcia	172
Dyspozycje do wywiadu pogłębionego grupowego z ekspertami i ekspertkami	173
Kwestionariusz użyty w badaniu ilościowym	174
Bibliografia	181

Wprowadzenie

Fenomen popularności substancji zwanych ogólnie narkotykami tkwi w tym, że oddziałują one bezpośrednio na ośrodkowy układ nerwowy, który jest „odpowiedzialny za odbieranie bodźców ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego oraz za ich przetwarzanie i przekazywanie do odpowiednich narządów wykonawczych”¹. Żyjąc w świecie, który niełatwo zmienić, nierzadko cierpiąc z powodu wewnętrznych rozterek lub bólu, tak psychicznego, jak i fizycznego, człowiek nauczył się, że poprzez zastosowanie substancji o działaniu narkotycznym można doświadczyć szybkiej (choć tylko chwilowej) ulgi, że można zredukować stan psychicznego dyskomfortu i napięcia. W narkotykach od dawien dawna ludzie szukali sposobu na ucieczkę od trudów życia, od świadomości, od otoczenia, bo „trzeźwość nie jest dla istoty ludzkiej stanem łatwym do zniesienia”².

W literaturze przedmiotu, pośród wypowiedzi znawców problematyki często przewijają się stwierdzenia podobne do tego, które zawarł w swojej książce Jarosław Molenda. Píše on, że „nie ma i nie było takiej epoki lub kultury, która nie przeznaczalaby ogromnej ilości energii na produkcję, dystrybucję i konsumpcję roślin psychoaktywnych”³. Stosowanie środków psychoaktywnych jest głęboko zakorzenione w historii ludzkich społeczeństw. Dorota Pstrąg zauważyła, iż „w literaturze pięknej spotyka się wzmianki dotyczące narkotyzowania się już w czasach starożytnych. Na przykład bohater *Odysei* Homera – Odyseusz, miał ratować z opresji swych żeglarzy, odurzających się kwiatami lotosu w krainie Lotofagów. Staroindyjskie księgi wspominają tajemniczym *soma*, które to określenie dotyczyło prawdopodobnie halucynogenego grzyba, będącego odmianą *muchomora*”⁴.

Źródłem substancji narkotycznych, w których na przestrzeni dziejów znajdował upodobanie człowiek, były rośliny. Jak podkreśla Irena Pospiszyl, „obecność narkotyków w różnych kulturach zależna była od ich naturalnej dostępności. Tam gdzie rosną kaktusy, najczęściej żuto ich suszone pędy lub krążki. Tam gdzie uprawiano kokę, wykorzystywano jej liście. Tam, gdzie najbardziej dostępne są korzenie, używano korzeni (np. żeń-szeń,

¹ Hasło: Ośrodkowy układ nerwowy, *Encyklopedia Powszechna PWN*, dostęp online: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/nerwowy-uklad;3946771.html> [14.10.2018].

² Molenda J., 2016, *Historia używek. Rośliny, które uzależniły człowieka*, Warszawa, s.12.

³ Tamże, s.9.

⁴ Pstrąg D., 2000, *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*, Rzeszów, s.115.

mandragora)⁵. Na terenach przynależących do Europy, tradycyjnie substancje psychoaktywne pozyskiwano z maku i konopi.

Zdaniem Barbary Kuźnickiej, w Polsce „mak znany był i opisywany już w czasach średniowiecza. Miał ogromne znaczenie jako roślina apotropaiczna, chroniąca według wierzeń słowiańskich, przed odwiedzinami dusz zmarłych ludzi”⁶. W medycynie ludowej stosowano go jako środek nasenny i przeciwbólowy. Odwar z suszonych lub niedojrzałych makówek stosowano także w celu odurzania i wywoływania halucynacji.

Obok maku, drugą rośliną o szczególnym znaczeniu w naszej kulturze były konopie. „Działanie psychotropowe preparatów konopi jest zróżnicowane ze względu na zawartość czynnego składnika (9-delta tetrahydrokannabinolu). Najśłabszą postacią narkotyku jest marihuana, zawierająca około 10%, mocniejszą haszysz, stanowiący ekstrakt z żywicy konopi (ok. 35-50%). W małych dawkach halucynogeny konopne mają działanie uspokajające, w większych pobudzające, powodują oszołomienie, niekiedy długotrwałe, niepokój, zakłócony zostaje tok rozumowania. Halucynacje powodują, że wyraźny staje się stan psychicznego rozluźnienia, wizje są podobne do oddziaływania innych środków narkotycznych, lecz występują w znacznie słabszym nasileniu”⁷.

Obok maku i konopi nasi przodkowie cenili sobie także narkotyczne właściwości tkwiące w niektórych roślinach z rodziny psiankowatych. Wśród nich Barbara Kuźnicka jako trzy główne wymienia: „pokrzyk wilczą jagodę, bielun dziedzierzawę i lulek czarny. Związkami biologicznie czynnymi tych gatunków są alkaloidy tropanowe⁸ (hioscyjamina, atropina, skopolamina), o silnym działaniu farmakologicznym”⁹. W największym skrócie działanie tych substancji można scharakteryzować następująco: „Hioscyjamina hamuje przekazywanie sygnałów przez neurony. (...) Atropina wykazuje stymulujące działanie na ośrodkowy układ nerwowy i na akcję serca, nieznacznie podwyższa ciśnienie krwi.

⁵ Pospiszyl I., 2009, *Patologie społeczne. Resocjalizacja*, Warszawa, s.158.

⁶ Kuźnicka B., 1992, *Znaczenie roślin halucynogennych w polskich tradycjach kulturowych: zarys problematyki*, „Analecta” nr 1/1, s.113.

⁷ Tamże, s.114-115.

⁸ „Słowo *alkaloid* (od arabskiego *al-kali* — potaż i od greckiego *eidos* — postać) oznacza: przybiera postać zasady. Nazwa ta obejmuje dużą grupę związków organicznych, głównie produktów metabolizmu wtórnego wielu roślin”. Należą do nich np. rośliny z rodziny psiankowatych; „Psiankowate to zróżnicowana i ważna pod względem gospodarczym rodzina, której przedstawiciele byli od dawna wykorzystywani przez człowieka. Należące tu gatunki stanowią element pożywienia ludzi, są źródłem surowców wielu gałęzi przemysłu, a także źródłem używek. Zawsze znajdowały się w centrum uwagi człowieka, ale nadal kryją wiele tajemnic” – zob.: Jerzykiewicz J., 2007, *Alkaloidy roślin z rodziny psiankowatych (Solanaceae)*, „Postępy biochemii” nr 3 (53), s.281 i 285.

⁹ Kuźnicka B., dz. cyt., s.114-115.

Działając na układ przywspółczulny zmniejsza napięcie mięśni gładkich, rozszerza źrenicę oka i oskrzeliki, hamuje wydzielanie śluzu. Skopolamina ma wpływ na układ przywspółczulny, ale w odróżnieniu od atropiny działa uspokajająco i depresyjnie na układ nerwowy i silniej hamuje wydzielanie śliny. Podobnie jak atropina, rozszerza źrenicę oka. Wywołuje rozkurcz mięśni¹⁰.

Wiedza o leczniczych właściwościach roślin była od zawsze integralną częścią kultury. W starożytności stanowiła rozbudowaną dziedzinę naukową. Jednak na skutek historycznych procesów i zawirowań, po upadku Cesarstwa Rzymskiego, wiele bezcennych dzieł opisujących ważne odkrycia zostało zniszczonych, a wraz z nimi przepadł wielowiekowy dorobek starożytnej nauki. Powolny proces rekonstrukcji wiedzy przyrodniczej, w tym fitoterapii, rozpoczął się w Europie dopiero ok. VI wieku.¹¹

Rozwój fitoterapii powiązany był bezpośrednio z działalnością klasztorów, w których zakonnicy hodowali rośliny, a następnie wytwarzali z nich lekarstwa. Opierali się przy tym na przekazach zawartych w nielicznie ocalałych starożytnych księgach medycznych. „Gdy osiągnęli sukcesy w leczeniu daną rośliną, zmieniali jej nazwę, nadając jej imię świętej osoby i tak na przykład zielem świętej Klary nazwano kozłek lekarski, a dzwonekami Panny Marii – dziurawiec zwyczajny¹². Zakonnicy (wśród nich: dominikanie, cystersi, karmelici, benedyktyni) sprzedawali swoje medykamenty w przyklasztornych aptekach. „Jednak dostęp do klasztorów, gdzie można było uzyskać poradę lekarską mieli tylko nieliczni. Sytuacja ta, jak i brak zaufania prostych ludzi do mnichów, reprezentujących stan wyższy, spowodowały rozwijanie się równoległe do tzw. medycyny klasztornej, medycyny ludowej, przesyconej magią. Cierpiący zazwyczaj kierowali się po pomoc do znachorów, wróżbitów, guślarzy i czarownic¹³.

Wraz z rozwojem chrześcijaństwa w Europie, Kościół wypowiedział wojnę ludziom, którzy parali się ludową medycyną, bazującą na wykorzystywaniu terapeutycznych właściwości roślin. Zakazano stosowania praktyk leczniczych zielarkom i znachorom. Upatrywano w tych praktykach przejawów kultu szatana, postrzegano je jako zagrożenie dla porządku ustanowionego przez Boga na Ziemi. Jak podaje Bartek Chaciński,

¹⁰ Jerzykiewicz J., 2007, *Alkaloidy roślin z rodziny psiankowatych (Solanaceae)*, „Postępy biochemii” nr 3 (53), s.283.

¹¹ Rokicki P., 2018, *Ziolołecznictwo w średniowieczu*, dostęp online: https://www.doz.pl/czytelnia/a1113-Ziolołecznictwo_w_sredniowieczu [10.09.2018].

¹² Tamże.

¹³ Tamże.

Kościół bał się większości naturalnych ziół o właściwościach psychoaktywnych, zdecydowanie preferował alkohol jako substancję mniej zagrażającą swoim celom. Ten sam autor podaje, że jednym z zadań jakie stawiała sobie święta inkwizycja, było m.in. wyplenienie konopi, popularnego chwastu, „razem z wykorzystującymi go wiedźmami. Bo skąd niby miały się pojawiać wszystkie średniowieczne smoki i demony, jeśli nie z wizji i halucynacji? (...) Pierwszym zachodnim prawem tępiącym marihuanę był zakaz kościelny – bulla papieża Innocentego VIII, która uznała ją za satanistyczny sakrament”¹⁴. Jednak mimo wszystkich zakazów, restrykcji i prześladowań, stosowania substancji roślinnych do celów tak leczniczych, jak i magicznych, nigdy nie zaprzestano. Prosty lud silnie wierzył w nadprzyrodzoną moc ziół. Zapobiegawczo wieszano je w domach, obejściach, noszono przy sobie. Miały ustrzec przed chorobami, ciemnymi mocami oraz urokami zawistnych ludzi. Elity natomiast chętnie korzystały z ich odurzających właściwości.

Gdy średniowiecze zaczęło się chylić ku końcowi, następująca po nim epoka nowożytna przyniosła ze sobą rozkwit filozofii naturalnej. Medycyna, która dotąd pozostawała sztuką (*ars medici*), zaczęła stopniowo przekształcać się w naukę. „To właśnie wtedy, w wiekach XVI-XVIII, narodziły się podstawy nowych paradygmatów medycznych, które w pewnym stopniu kształtują myślenie medyczne i przesady związane z leczeniem po dziś dzień”¹⁵. Lekarze tego okresu chętnie wykorzystywali psychoaktywne substancje do produkcji wielu stosowanych oficjalnie medykamentów. W częstym i powszechnym użyciu był m.in. lek o nazwie *laudanum*, mający postać opiumowej nalewki. Cieszył się ogromną popularnością jako uniwersalne panaceum na wszelkie dolegliwości, od błahych, po poważne. W XVIII i XIX wieku dostępność tego preparatu była praktycznie nieograniczona. W wielu europejskich krajach można go było kupić niemal w każdej aptece. Chętnie korzystały z niego kobiety, stosując go jako środek na ból głowy¹⁶.

O stosowaniu środków psychoaktywnych w XIX stuleciu można powiedzieć niewątpliwie, że stało się zauważalnym, ale nie wywołującym większego zainteresowania

¹⁴ Chaciński B., 2010, *Dzieje na haju. Historia środków odurzających*, dostęp on line: <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1509662,1,historia-srodkow-odurzajacych.read?print=true> [18.11.2018].

¹⁵ Pękacka-Falkowska T., *Geneza medycyny. Nowożytność.*, dostęp online: http://www.medycynapolska.eu/default_003.html [06.11.2018].

¹⁶ Chaciński B., dz. cyt. [20.11.2018].

zjawiskiem społecznym. Bynajmniej nie traktowano go jeszcze jako problemu. Jak podaje Monika Abucewicz, w publikacjach pochodzących z tamtych czasów sporadycznie donoszono o zażywaniu narkotyków, ale ówczesna narkomania „nie wykraczała poza wyższe warstwy społeczne. W owym czasie narkotyki zażywały przeważnie osoby z kręgów artystyczno-literackich, co wiązało się z rozpowszechnieniem ideologii modernizmu”¹⁷. O uzależniających właściwościach substancji psychoaktywnych wiedziano wówczas niewiele. Dorota Pstrąg twierdzi, że „jeszcze w końcu XIX wieku pozostawały one nieznane”¹⁸.

Śledząc historię stosowania środków psychoaktywnych, w odniesieniu do XIX wieku warto wspomnieć o kilku dokonanych w tym czasie ważnych odkryciach, które w niedalekiej przyszłości miały znacząco wpłynąć na dynamikę zjawiska i diametralnie odmienić obraz narkomanii. Za sprawą rozwoju nauk przyrodniczych oraz postępu techniki, w wieku XIX narodziła się inżynieria psychofarmakologiczna. „Na drodze syntezy chemicznej uzyskano leki, które dotychczas były używane jako środki pochodzące bezpośrednio ze świata przyrody. (...) Środki przeciwbólowe nasenne i narkotyczne, używane dotychczas jako przetwory z roślin, stały się łatwo dostępne w postaci leków o znacznie zwiększonej sile działania”¹⁹.

W pierwszej kolejności przełomem stało się odkrycie morfiny. Wyizolowano ją z opium w początkach XIX wieku (1804r.). Nieco ponad pół wieku później, w 1859 roku, wynaleziono kokainę. „Jej twórca, Albert Niemann, był studentem wydziału chemii na uniwersytecie w Göttingen. Pewnego dnia dostał od swojego profesora porcję liści koki świeżo sprowadzonych z Ameryki Południowej wraz z zadaniem ich naukowej analizy oraz wyodrębnienia aktywnego składnika. I tak właśnie, w imię nauki, dwudziestopięcioletni Albert uzyskał alkaloid, któremu nadał nazwę *kokaina* i której jako pierwszy osobiście spróbował, tak opisując swoje wrażenia: *Ma smak lekko gorzki, wywołuje ślinotok i zostawia w ustach poczucie dziwnego znieczulenia, po którym na języku następuje uczucie chłodu*. Młody naukowiec opublikował swoje odkrycie w prasie naukowej i otrzymał w nagrodę tytuł doktora”²⁰. Kokaina szybko uzyskała status leku

¹⁷ Abucewicz M., 2005, *Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej Część pierwsza: okres międzywojenny*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 3, s.85.

¹⁸ Pstrąg D., dz. cyt., s.115.

¹⁹ Kuźnicka B., dz. cyt., s.113.

²⁰ *Co jest starsze: koka czy kokaina?*, dostęp online: <https://www.focus.pl/artykul/co-jest-starsze-koka-czy-kokaina> [02.11.2018].

cieszącego się dużym uznaniem. „Do jej przyjmowania zachęcali najlepsi lekarze. Nie istniało ograniczenie sprzedaży, toteż szybko stała się eliksirem mas. Weszła w skład leków na astmę, na katar sienny. Jako specyfik wywołujący stan euforii zalecano ją także na takie przypadłości jak melancholia, histeria i zszarpane nerwy”²¹. Kilka lat później, w roku 1874, także w chemicznym laboratorium po raz pierwszy z morfiny pozyskano heroinę. W roku 1898 heroina została oficjalnie wprowadzona do lecznictwa i zaczęto ją stosować w leczeniu m.in. chorób górnych dróg oddechowych, alergii, gruźlicy, a także jako środek przeciwbólowy.

Wprowadzenie do powszechnego użycia wymienionych wyżej substancji szybko przyniosło nieuniknione konsekwencje. Liczba osób uzależnionych rosła w niezwykle dynamicznym tempie. Byli wśród nich już nie tylko artyści i intelektualiści, ale także powracający z pól bitewnych żołnierze, którym morfinę podawano w szpitalach jako środek przeciwbólowy (zjawisko uzależnienia od morfiny tej grupie było na tyle duże, że zaczęto je nazywać chorobą wojskową)²², oraz przedstawiciele zawodów medycznych: lekarze, pielęgniarki, farmaceuci²³. W latach 20-tych XX wieku świat medyczny stanął przed nowym wyzwaniem: jak i czym leczyć ludzi uzależnionych od narkotyków? W poszukiwaniu skutecznych sposobów, stosowano nierzadko rozwiązania paradoksalne. Uzależnionych od opium leczono morfiną, z kolei uzależnionym od morfiny leczniczo podawano heroinę.

W pierwszej połowie XX wieku, społeczne postrzeganie zjawiska narkomanii uległo zdecydowanemu wyostreniu. Zaczęto mówić i pisać o nim jako o problemie społecznym. W kolejnych dekadach problem stawał się coraz bardziej wyrazisty. Po zakończeniu II wojny światowej nastąpiła globalna ekspansja narkomanii. Działo się tak po pierwsze za sprawą szybkiego rozwoju technologii i medycyny. Odkryto nowe „umiejętności izolowania i syntezy poszczególnych związków psychoaktywnych”²⁴. Powodem drugim była postępująca w szybkim tempie globalizacja, która niosła ze sobą „unifikację zwyczajów, rytuałów, postaw, mody, a nawet patologii”²⁵.

W latach 60. XX wieku w społeczeństwach zachodnich dokonała się radykalna zmiana stylu życia. Przebudowie uległy dotychczasowe systemy wartości. Rodziła

²¹ Dąbrowski G., 2006, *Rytuały przejścia a użycie substancji psychoaktywnych*, Wrocław, s.63.

²² Pstrąg D., dz. cyt., s.115.

²³ Dąbrowski G., dz. cyt., s.63.

²⁴ Pospiszyl I., dz. cyt., s.162.

²⁵ Tamże.

się i umacniała kultura promująca indywidualizm. Ludzie masowo szukali sposobu na ekspresję siebie, łaknęli nowych inspiracji, fascynacji, chcieli czuć więcej, doświadczać mocniej, żyć pełniej. Kontestowanie dotychczasowego, „nudnego” porządku świata stało się bardzo modne. Po środki psychoaktywne coraz częściej w tym czasie sięgała poszukująca swego miejsca w świecie i sensu w życiu młodzież. W Stanach Zjednoczonych narodził się młodzieżowy ruch hipisowski. „Hipisi traktowali narkotyki (...) jako środek umożliwiający podróż do wnętrza osobowości. Miały one pobudzać energię twórczą i seksualną, pomagać w odprężeniu ducha i ciała, zapobiegać neurastenii i psychozom”²⁶.

Zrodzony w USA ruch szybko rozlał się na inne kontynenty i kraje. Jego popularyzacji sprzyjały masmedia, głównie telewizja oraz możliwości, jakie w zakresie społecznej ruchliwości stwarzały nowoczesne środki transportu. Jak podaje Irena Pospiszyl: „np. kanadyjska młodzież przemierzała ocean tylko po to, żeby zdobyć receptę na leki psychotropowe lub morfinę w Anglii, gdzie było o nią najłatwiej”²⁷. Doniosłą rolę w upowszechnianiu się stosowania narkotyków odgrywała muzyka młodzieżowa (można tu przywołać np. popularną piosenkę zespołu The Beatles *Lucy in the Sky with Diamonds*. Pierwsze litery słów z jej tytułu tworzą skrót LSD. Środek ten w przekonaniu hipisów otwierał możliwości ekspansji umysłu)²⁸.

Cechą charakterystyczną narkomanii w okresie lat 60-tych i 70-tych XX wieku była „fascynacja środkami halucynogennymi, LSD, haszyszem, marihuaną, meskaliną, psylocybiną. (...) Dużym powodzeniem cieszyły się amfetamina, którą traktowano jako specyfik na odchudzanie oraz klasyczne leki psychoaktywne jak valium, librium. Używano także opium i morfiny, ale marginalnie”²⁹. Skala zjawiska była na tyle duża, że w różnych krajach zaczęto podejmować próby zahamowania rozwoju narkomanii. Brak doświadczenia i wiedzy w tym obszarze powodował, że na początku naiwnie wierzono, iż penalizacja zachowań związanych z zażywaniem narkotyków rozwiąże problem. W związku z tym ograniczano dostęp do narkotyków, zaostrzając kontrolę nad obrotem farmaceutycznym, rejestrowano narkomanów, izolowano ich od reszty społeczeństwa w szpitalach dla uzależnionych, a nawet zamykano w więzieniach. Minęło kilka lat, zanim uznano, że sama penalizacja problemu nie rozwiąże. Zaczęto wówczas podkreślać konieczność

²⁶ Bykowska B., Załęcki J., 2005, *Wybrane zjawiska patologii społecznej wśród młodzieży z peryferyjnych dzielnic Gdańska*, Gdańsk, s.111.

²⁷ Pospiszyl I., dz. cyt., s.164.

²⁸ Bykowska B., Załęcki J., dz. cyt., s.111.

²⁹ Pospiszyl I., dz. cyt., s.164.

prowadzenia działań terapeutyczno-prewencyjnych w zwalczaniu narkomanii³⁰. Były to już lata siedemdziesiąte.

Zadanie powstrzymania rozwoju narkomanii niewątpliwie utrudniał fakt, że handel narkotykami stał się źródłem ogromnych zysków dla nielegalnie działających organizacji przestępczych, które nie tylko zajmowały się produkcją zabronionych środków, ale też prowadziły na skalę światową ich dystrybucję i marketing. Większa liczba uzależnionych oznaczała większe zyski. Lata siedemdziesiąte to początek tworzenia i umacniania się mafii narkotykowych na świecie. Opisywane tu problemy dotyczyły także Polski, która dla „międzynarodowych grup przestępczych trudniących się przemytem narkotyków, stała się zarówno krajem docelowym, jak i tranzytowym”³¹.

Kolejna dekada przyniosła pogłębienie problemu. W latach osiemdziesiątych w użyciu były głównie morfina, heroina i kokaina, nieco później także amfetamina. Zgodnie z ogólnoświatowym trendem, również w Polsce gwałtownie rosła liczba osób uzależnionych. W opracowaniach dotyczących tego okresu można przeczytać m.in.: „problem narkomanii w Polsce to problem przede wszystkim młodzieżowy, można by rzecz – dziecięco-młodzieżowy, ponieważ wiek inicjacji obniża się nam gwałtownie (jeśli chodzi o środki wziewne to są już one używane przez dzieci w szkole podstawowej). Nasi najstarsi narkomani mają około 30 lat, a i oni brali środki odurzające w wieku kilkunastu lat)”³².

Narkomani tego okresu różnili się znacząco od swoich barwnych i optymistycznie nastawionych do świata poprzedników z lat sześćdziesiątych. Byli w większości „otępiały, słabymi, niedożywionymi ludzkimi wrakami, którzy planowali swoje życie od działki do działki”³³. Przyczyny tego stanu rzeczy można upatrywać zarówno w specyfice środków, które nagminnie stosowali, jak też w sposobie ich podawania.

Jak pisze Ewa Andrzejewska, charakteryzując narkomanię lat osiemdziesiątych: „w Polsce była zawsze dość duża kontrola nad lekami. (...) Przepisy nadzoru farmaceutycznego a także działalność organów ścigania sprawiały, że dostęp do narkotyków stał się bardzo trudny. Narkomani sięgali więc po surowiec łatwo dostępny, jakim jest słoma makowa. W ten sposób rozpoczęła się domowa produkcja heroiny, zwanej

³⁰ Tamże, s.165.

³¹ Bykowska B., Załęcki J., dz. cyt., s.112.

³² Andrzejewska E., 1986, *Narkomania w Polsce* [w:] Strzelecki Z., Wrzeszcz M., Ziółkowski Z. (red.), *Alkohol, narkotyki, tytoń. Skutki demograficzne w Polsce*, Warszawa, s.127.

³³ Pospizyl I., dz. cyt., s.166.

polskim kompotem, który jest szczególnie niebezpiecznym narkotykiem. Zawiera też dużą ilość zanieczyszczeń i związków toksycznych. Powszechna dostępność i taniaść słomy makowej przyczyniła się do wzrostu narkomanii w Polsce”³⁴.

W większości ten domowej produkcji preparat przyjmowany był drogą iniekcyjną. „Heroina podana bezpośrednio do żyły powoduje natychmiastową reakcję w postaci przyjemnego samopoczucia i euforii, z angielska określanego jako „flash”. Później następuje faza relaksu, odprężenia i zubożenia, która trwa od 2 do 6 godzin. Przy paleniu lub inhalacji opisane uczucia są mniej intensywne. Przy kilkukrotnym dożylnym przyjęciu heroiny, użytkownik nie może oprzeć się dalszemu przyjmowaniu i zwiększaniu dawki, co ostatecznie doprowadza go do psychicznego i fizycznego uzależnienia”³⁵.

Dramatyczny obraz narkomanii lat osiemdziesiątych trzeba uzupełnić o jeszcze inne zjawisko, rozpowszechnione wśród najmłodszych użytkowników. Uczniowie szkół podstawowych, czyli zaledwie dziesięcio-trzynastoletnie dzieci, często sięgali po środki i preparaty chemiczne, do których dostęp był nielimitowany. Młodzi narkomani nagminnie inhalowali się oparami rozpuszczalników, klejów, proszków do prania, rozwijając głównie uzależnienie psychiczne, w którym na plan pierwszy wysuwała się przemożna potrzeba „brania czegoś”, po prostu dla uzyskania efektu odurzenia. W użyciu często były też leki, dostępne bez recepty, przeciwbólne, rozkurczowe, nasenne itp.

Narkomania lat osiemdziesiątych zbierała swoje żniwo w szczególności wśród młodych ludzi. Badacze zjawiska zauważyli, że coraz trudniej było w tym czasie wskazać środowiska, z jakich wywodzą się narkomani. Statystyki wskazywały, że narkomania rozpowszechniona jest najbardziej w środowiskach wielkomiejskich. Oceniano, że 95% narkotyzujących się młodych osób pochodzi z właśnie z wielkich aglomeracji. Wśród rejonów szczególnie zagrożonych wymieniano Warszawę, Gdańsk/Trójmiasto, Kraków i Wrocław³⁶.

W toczących się publicznych dyskusjach podkreślano pilną konieczność zatrzymania narkomanii, która stała się plagą społeczną. Wyrazem najwyższego zaniepokojenia skalą tego zjawiska było uchwalenie przez sejm w połowie lat

³⁴ Andrzejewska E., dz. cyt., s.127.

³⁵ Wiśniewski P., 1999, *Jak uchronić dziecko od narkotyków i alkoholu. Poradnik dla pedagogów, nauczycieli, rodziców*, Warszawa, s.11.

³⁶ Dąbrowski G., dz. cyt., s.114.

osiemdziesiątych (31 stycznia 1985r.) ustawy o zapobieganiu narkomanii. Obok uregulowań prawnych pojawiały się także rozwiązania społeczne. Działający od 1978 roku ośrodek leczenia narkomanów, założony i prowadzony przez psychologa i terapeutę Marka Kotańskiego, w roku 1981 przekształcił się w Stowarzyszenie MONAR. Organizacja dynamicznie rozwijała swoją działalność w kolejnych latach. Na terenie całego kraju powstały ośrodki dla narkomanów działające w oparciu o ideę terapeutycznej wspólnoty. W roku 1985 „z inicjatywy Marka Kotańskiego zorganizowana zostaje największa w historii MONARu masowa akcja „Łańcuch Czystych Serc”. W „Łańcuchu” staje ponad milion ludzi w różnym wieku. W geście solidarności z osobami chorymi, słabymi, zagubionymi, uzależnionymi i samotnymi jest też wyraz poparcia dla działania MONARu. Wśród haseł „Łańcucha Czystych Serc” przeważają hasła nakłaniające do poszanowania godności człowieka, czynienia dobra i odpowiedzialności za los innych ludzi. Łańcuch zaczyna się na molo w Sopocie, a kończy u podnóża Tatr. O tym bezprecedensowym wydarzeniu mówi cała Polska – po raz pierwszy publicznie zostaje przedstawione wyraźne stanowisko MONARu w sprawach zapobiegania narkomanii i pomocy ludziom uzależnionym”³⁷.

Lata osiemdziesiąte to także czas, w którym wykryto istnienie wirusa HIV. Jego intensywne rozprzestrzenianie się w tym okresie pozostawało w bezpośrednim związku z dożylnym podawaniem narkotyków, często bez zachowania należytych zasad higieny i wielokrotnym stosowaniem tych samych, zakażonych igieł. Wiadomość o HIV/AIDS szybko obiegła świat. Ludzie byli przerażeni, zaczęli się bać narkomanów. Domagano się odizolowania ich od społeczeństwa, usunięcia z przestrzeni publicznej, poddania przymusowemu leczeniu w zamkniętych ośrodkach. Strach przed zarażeniem HIV zadziałał jak hamulec w odniesieniu do rozpędanego zjawiska narkomanii. „Wydawało się, że śmiertelna choroba stanowi najlepszą zaporę przed wyborem narkotyków. Na początku lat 90-tych liczba narkomanów zmniejszyła się pięciokrotnie”³⁸.

Wydarzenia kolejnych lat pokazały jednak, że był to wyłącznie efekt chwilowy. Co prawda ze sceny zniknęli wyniszczeni polską heroiną narkomani, z użycia wyszedł także domowej produkcji „kompot”, ale jego miejsce zajęły nowe, uważane za „bezpieczniejsze” w dobie HIV/AIDS narkotyki. Były to „kolorowe i egzotyczne

³⁷ MONAR – *Historia*, informacja dostępna online na stronie internetowej MONAR, <http://www.monar.org/o-nas/historia> [02.10.2018].

³⁸ Pospiszyl I., dz. cyt. s.169.

w formie i treści substancje psychoaktywne, jak np. kolorowe kartoniki nasączone LSD lub zawierające amfetaminę owocowe gummy do żucia”³⁹.

Moda na używanie nowych narkotyków w latach dziewięćdziesiątych zataczała szerokie kręgi, przenikała do środowisk, które nigdy wcześniej nie miały kontaktu z narkomanią. Narkotyzowali się młodzi ludzie nie tylko w wielkich miastach, ale także w mniejszych miasteczkach i wsiach. „Jednocześnie po raz kolejny od lat sześćdziesiątych zmienił się etos narkomana. Nie jest on już intelektualistą, ideologiem, buntownikiem, tępołowym outsiderem, nie zawsze jest też przedstawicielem konkretnej subkultury bądź grupy narkomańskiej, ale zwykle jest nastolatkiem, którego pierwsze kontakty z narkotykiem połączone są z chęcią relaksu, spędzenia wolnego czasu wśród rówieśników, którzy preferują zbiorowe odurzanie się”⁴⁰.

Z Zachodu do Polski w latach dziewięćdziesiątych przywędrowała moda na muzykę techno i house. Popularnością cieszyły się kluby muzyczne. Sobotnia klubowa impreza stała się przestrzenią, w której królowały narkotyki. Były wśród nich te tradycyjne, jak marihuana, haszysz, LSD, kokaina. Ale były też nowe produkty, jak extasy. Ten ostatni specyfik bił rekordy popularności. Wokół praktyk związanych ze stosowaniem niepozornej pigułki, która tak niewiele miała wspólnego ze stereotypowym wyobrażeniem narkotyku, nadbudowało się nowe kulturowe zjawisko. W literaturze przedmiotu określa się je mianem *kultury extasy*. Stanowiła ona podstawową formę spędzania wolnego czasu przez młode pokolenie i jako taka „została gładko zintegrowana ze strukturą weekendowych rytuałów”⁴¹. Aksjologicznym fundamentem *kultury extasy* były wartości hedonistyczne. Do połknięcia małej tabletki nie potrzebne były żadne uzasadnienia: ma być przyjemnie, chodzi po prostu o uzyskanie stanu euforycznego haju. Na całym świecie, tysiące młodych ludzi, którzy nigdy wcześniej nie stosowali narkotyków, sięgali teraz po extasy. To *chemiczne pokolenie*, jak pisze o nich Matthew Collins, przy użyciu tabletki extasy „przeszło przez drzwi percepcji do świata, w którym narkotyki były nie tylko do zaakceptowania, ale były po prostu wspinał”⁴².

³⁹ Michel M., 2001, *Znaczenie grupy rówieśniczej w konsumpcji substancji psychoaktywnych* [w:] Urban B. (red.), *Spoleczne konteksty zaburzeń w zachowaniu*, Kraków, s.114.

⁴⁰ Dąbrowski G., dz. cyt., s 115.

⁴¹ Collin M., Godfrey J., 2006, *Odmienne stany świadomości. Historia kultury extasy i acid house*, Warszawa, s.327.

⁴² Tamże, s.350.

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych wśród badaczy zjawiska narkomanii dominował pogląd, iż pod względem specyfiki narkotykowej sceny, Polska upodobniła się do innych krajów europejskich. Polacy, a w szczególności młode pokolenie, stało się podatne na przyjmowanie „ponowoczesnych stylów życia, opartych na wysokim poziomie konsumpcji produktów kultury popularnej. Dotyczy to zarówno tych jej wytworów, które mieszczą się w kanonie tradycyjnych wartości związanych z polepszaniem jakości życia, jak i tych które *de facto* ową jakość życia pogarszają”⁴³.

Zaprezentowany wyżej rys historyczny rozwoju narkomanii ze szczególnym uwzględnieniem dynamiki, jaka charakteryzowała to zjawisko w drugiej połowie XX wieku (w podziale na specyficzne podokresy: (1) lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte, (2) lata osiemdziesiąte, (3) lata dziewięćdziesiąte) skłania do zastanowienia się nad aktualnym stanem problemu i jego specyfiką. W literaturze przedmiotu najczęściej prezentowane w tej kwestii stanowisko można ująć w słowach następujących: współczesna narkomania jest zjawiskiem złożonym, wielowymiarowym, wpisującym się i odzwierciedlającym skomplikowaną istotę cywilizacyjnych przemian obecnej doby. Żyjemy w czasach, w których następuje „wzajemne przenikanie się różnych stylów i wzorców kulturowych. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy dopatrywać się w coraz szybszym rozwoju technicznym i cywilizacyjnym oraz w postmodernizmie jako dominującym w nauce i kulturze modelu, którego charakter dopuszcza pluralizm poznawczy i relatywizm wszelkich norm i wartości. Nastąpiła również ewolucja w sferze pojmowania wolności jako konsekwencji procesów demokratycznych”⁴⁴.

Najbardziej aktualnych informacji o przemianach narkotykowej sceny, dostarcza opublikowany w 2018 roku „Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia”⁴⁵. Oficjalna prezentacja tego dokumentu w Polsce miała miejsce podczas międzynarodowej konferencji dotyczącej przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym. Otrzymała się ona w Warszawie w dniach 16-17 lipca, a zorganizowała ją *Fundacja Res Humanae* we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Z raportu można dowiedzieć się między innymi, że:

⁴³ Fatyga B., 2002, *Style życia uczniów gimnazjów* [w:] Fatyga B., Rogala-Oblędowska J., 2000, *Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych*, Warszawa, s.182.

⁴⁴ Michel M., dz. cyt., s.111.

⁴⁵ *Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia*, dostęp online: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001PLN_PDF.pdf [07.09.2018].

1. Europa jest aktualnie „ważnym rynkiem narkotykowym, na który trafia zarówno produkcja miejscowa, jak i środki przemycane z innych regionów świata. Ameryka Południowa, Azja Zachodnia i Afryka Północna to ważne regiony pochodzenia narkotyków przywożonych do Europy, przy czym nowe substancje psychoaktywne pochodzą w dużej mierze z Chin. Niektóre narkotyki i prekursory są przemycane przez Europę na inne kontynenty. Europa to również region, w którym wytwarza się konopie indyjskie i narkotyki syntetyczne; konopie są produkowane głównie do konsumpcji lokalnej, natomiast część wytworzonych narkotyków syntetycznych jest wywożona do innych regionów świata”⁴⁶.
2. Zauważalnym problemem na narkotykowej scenie są nowe substancje psychoaktywne. Stanowią one „rosnące wyzwanie dla polityki narkotykowej. Do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania w zakresie nowych substancji co tydzień zgłaszana jest przynajmniej jedna dodatkowa substancja psychoaktywna. Mimo że liczba substancji pojawiających się w wykazie zmniejsza się w porównaniu do wartości szczytowej osiągniętej w 2015 roku, to negatywne następstwa używania tych środków w odniesieniu do obszaru zdrowia publicznego są w dalszym ciągu znaczne”⁴⁷.
3. Niepokojące jest również zjawisko handlu narkotykami w sieci. „Sprzedaż substancji odurzających przez internet stanowi przykład pokazujący, jak szybko mogą zachodzić zmiany stanowiące wyzwania dla istniejącej polityki i wzorców reagowania, a także dla monitorowania narkotyków. (...) Szacuje się, że dostawcy z UE odpowiadają za niemal połowę sprzedaży narkotyków w „głębokiej sieci” (darknet) pomiędzy 2011 a 2015 rokiem. Wielkość sprzedaży za pośrednictwem internetu jest obecnie niewielka w stosunku do całego rynku nielegalnych narkotyków, ale wydaje się ona rosnąć. Mimo, że uwaga jest często skupiona na „głębokiej sieci”, oczywiste jest także, iż w przypadku nowych substancji psychoaktywnych oraz nadużywanych leków podobnie ważną rolę mogą odkrywać media społecznościowe i ogólnodostępne witryny internetowe”⁴⁸.

⁴⁶ Tamże, s.19.

⁴⁷ Tamże, s.13.

⁴⁸ Tamże, s.12.

4. Podaż narkotyków w Europie jest zróżnicowana, a sposób ich używania ma charakter wysoce zindywidualizowany: „Używane narkotyki stanowią obecnie bardziej różnorodną grupę niż kiedyś. Powszechne wśród osób używających narkotyków jest jednocześnie przyjmowanie różnych substancji, a indywidualne modele konsumpcji obejmują używanie eksperymentalne, problemowe i uzależnienie. Używanie konopi indyjskich jest około pięć razy powszechniejsze niż innych substancji. Choć konsumpcja heroiny i innych opioidów pozostaje na stosunkowo niskim poziomie, to właśnie te narkotyki wiążą się z najbardziej szkodliwymi formami konsumpcji, w tym z podawaniem drogą iniekcji. Ogólnie, wszystkie narkotyki są częściej używane przez mężczyzn, a różnica ta jest zazwyczaj szczególnie wyraźna w przypadku bardziej intensywnego lub regularnego używania”⁴⁹.
5. Rosną koszty zdrowotne używania narkotyków w Europie. „Używanie narkotyków uznawane jest powszechnie za jedną z przyczyn ogólnoświatowego obciążenia chorobami. Z przyjmowaniem narkotyków wiążą się przewlekłe i ostre problemy zdrowotne, na które dodatkowo wpływ mają liczne czynniki, takie jak właściwości danej substancji, droga podania, wytrzymałość organizmu oraz kontekst społeczny, w którym odbywa się konsumpcja narkotyku. Przewlekłe problemy zdrowotne obejmują uzależnienie oraz choroby zakaźne związane z przyjmowaniem narkotyków. Możliwe jest także wystąpienie stanów ostrych, z których najlepiej udokumentowanym jest przedawkowanie. Choć używanie opioidów jest względnie rzadkie, substancje z tej grupy wciąż odpowiadają za znaczny odsetek przypadków zachorowań i zgonów związanych z używaniem narkotyków. Szczególnie wysokie ryzyko wiąże się z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji. Problemy zdrowotne związane z przyjmowaniem konopi indyjskich nie są tak poważne, ale rozpowszechnienie tej substancji może nie pozostawać bez wpływu na zdrowie publiczne. Zróżnicowana zawartość i czystość substancji dostępnych obecnie dla użytkowników zwiększa ryzyko ewentualnych problemów zdrowotnych i utrudnia odpowiednie reagowanie”⁵⁰.

⁴⁹ Tamże, s.39.

⁵⁰ Tamże, s.59.

Po zapoznaniu się informacjami zawartymi we wspomnianym wyżej raporcie, które w sposób pełny i obrazowy przedstawiają sytuację w Europie, w sposób naturalny nasuwa się pytanie, jak na tym tle wygląda Polska? Które z opisanych tendencji można zaobserwować u nas? Czy występują w takim samym nasileniu? Jaka jest specyfika polskiej sceny narkotykowej? Odpowiedzi na tak postawione pytania znaleźć można w innym ważnym dokumencie, udostępnionym m.in. przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Ten dokument to „Country Drug Report 2018. Poland”⁵¹. Czytamy w nim między innymi, że:

1. W Polsce, konopie indyjskie są najczęściej używaną nielegalną substancją w populacji ogólnej, a następnie MDMA/extasy, amfetamina i kokaina. Używanie narkotyków dotyczy najczęściej młodych dorosłych.
2. Osoby w wieku od 25 do 34 lat częściej niż osoby młodsze lub starsze zgłaszają używanie nielegalnej substancji w ciągu ostatniego roku. Ogólnie rzecz biorąc, mężczyźni częściej niż kobiety zgłaszają stosowanie narkotyków.
3. W roku 2014 jedna na 10 osób w wieku od 15 do 34 lat zgłosiła używanie konopi indyjskich w ostatnim roku. Częstość używania konopi indyjskich wzrosła między ankietami przeprowadzonymi w 2006 r. i 2014 r. Regularne stosowanie nowych substancji psychoaktywnych wśród osób w wieku od 15 do 64 lat było w 2014 roku na relatywnie niskim poziomie i wynosiło 2,2%.
4. Dane z 2015 roku pochodzące z Europejskiego Programu Badań nad Używaniem Alkoholu i środków Odurzających przez Młodzież Szkolną (ESPAD), wskazują że odsetek polskich uczniów zgłaszających regularne używanie wszystkich kategorii narkotyków (konopi indyjskich, nowych substancji psychoaktywnych i substancji nielegalnych innych niż konopie indyjskie) był wyższy niż średnia europejska (na podstawie danych z 35 krajów). Długoterminowa analiza pokazuje, że używanie konopi indyjskich zwiększyło się w latach 1995-2015 aż trzykrotnie.
5. W oparciu o istniejące dane należy szacować, że w ogólnej populacji w roku 2015 było w Polsce około 14.670 osób używających ryzykownie opioidów i od 54.000 do 108.000 ryzykownie używających marihuany.

⁵¹ *Poland. Country Drug Report 2018*, dostęp online: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/poland/drug-use_en [04.11.2018]

Po zapoznaniu się z danymi dotyczącymi Europy i Polski jako całości, nasuwają się dalsze pytania, o skalę i specyfikę problemów związanych ze stosowaniem narkotyków w środowiskach lokalnych. To właśnie na poziomie lokalnym, w gminach, dzielnicach, w szkołach i uczelniach, w poradniach i szpitalach, w różnych ośrodkach i organizacjach, codziennie, na wielu płaszczyznach, prowadzone są działania zmierzające do zatrzymania rozwoju zjawiska narkomanii i do naprawienia szkód, które już zostały wyrządzone. W dyskusjach prowadzonych w środowiskach związanych z profilaktyką, edukacją, zdrowiem publicznym czy polityką społeczną, wyraźnie podkreśla się, że w docieraniu z informacją, wsparciem czy pomocą, najlepiej sprawdzają się działania kierunkowe, specyficznym profilowane, czyli ogólnie rzecz biorąc takie, które uwzględniają zindywidualizowane potrzeby i oczekiwania odbiorców. Bo nie ma i nie może być jednego uniwersalnego programu profilaktycznego czy jednego właściwego rozwiązania z zakresu polityki społecznej dla wszystkich palących problemów, jakie występują w przestrzeni społecznej. Każde środowisko ma bowiem swoje specyficzne potrzeby. Budowanie strategii skutecznych oddziaływań z zakresu przeciwdziałania narkomanii wymaga przede wszystkim szczegółowej identyfikacji potrzeb różnych grup funkcjonujących w lokalnych środowiskach, w poszczególnych miastach, miasteczkach, wsiach, dzielnicach itp. Dynamika procesów związanych z rozwojem społecznym, ruchliwością w płaszczyźnie poziomej i pionowej, ze zmianami strukturalnymi rynku pracy, z różnicowaniem się modeli funkcjonowania rodziny i innych ważnych instytucji społecznych, w tym systemu kontroli społecznej, wreszcie ze zmianami w zakresie stylów życia i systemów wartości, wymusza w zasadzie permanentne monitorowanie rzeczywistości pod kątem rozpoznawania i eksplorowania najbardziej problemowych obszarów, które wymagają jakiejś formy interwencji.

Wychodząc naprzeciw temu wyzwaniu, socjologowie z Uniwersytetu Gdańskiego w okresie 2014–2015, przeprowadzili kompleksowe badania, w których uwagę swoją skoncentrowali na najbardziej istotnych problemach, powiązanych bezpośrednio i pośrednio z używaniem narkotyków w mieście. Celem tych badań było szczegółowe określenie zarówno skali, jak i wzorców używania narkotyków przez mieszkańców Gdańska oraz rozpoznanie specyfiki problemów powiązanych z narkomanią wraz ze wskazaniem na tej podstawie najbardziej pożądanym i adekwatnym do realnych potrzeb kierunków działalności profilaktycznej i interwencyjnej, zmierzającej

do zapobiegania, redukcji i naprawy szkód, powstałych w związku z używaniem narkotyków przez gdańszczan. Badania przeprowadzone zostały na zlecenie Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień (GCPU) oraz Gminy Gdańsk.

Postępowanie badawcze, podporządkowane wyżej opisanemu celowi, obejmowało działania prowadzone równolegle w trzech obszarach. Pierwszy obszar dotyczył oceny sytuacji w mieście pod kątem ustalenia co do tej pory zostało zrobione i jakie są efekty przeprowadzonych działań. W tej części badania zastosowano metodę *desk research*. Polega ona na dotarciu przez badacza do istniejących danych statystycznych (danych zastanych) i poddaniu ich analizie w wybranym kontekście. Zastosowana procedura badawcza składała się z trzech zasadniczych etapów. Pierwszym były badania terenowe, podczas których zgromadzono dane, następnie poddano te dane weryfikacji we współpracy z przedstawicielami instytucji, które je sporządziły. W drugim etapie zebrane materiały poddano analizie ilościowej i jakościowej. Trzeci etap polegał na sformułowaniu wniosków i rekomendacji w odniesieniu do przyszłych działań.

Drugi obszar badań dotyczył diagnozy aktualnego stanu problemów powiązanych z narkomanią, w tym ustalenia skali zjawiska używania narkotyków przez gdańszczan. W tej części posłużono się metodą sondażową. Wśród dorosłych gdańszczan przeprowadzono ankietę. Dobór respondentów do badania miał charakter losowo-kwotowy. Losowano adresy gospodarstw domowych metodą ustalonej ścieżki, po czym pod wskazanym adresem zapraszano do udziału w badaniu osobę spełniającą kryterium kwotowe (płeć/wiek). W przypadku dwóch osób spełniających kryterium kwotowe, stosowano losowanie proste na podstawie metody: *kto ostatni obchodził urodziny?* Wyłonionym w ten sposób respondentom pozostawiano do samodzielnego wypełnienia kwestionariusz ankiety, który potem od nich odbierano. W ten sposób zbadano 1003 osoby. Narzędzie zastosowane w badaniu, stanowiące załącznik do niniejszego opracowania, cechowało się wysokim stopniem standaryzacji. W kwestionariuszu łącznie zawarto 45 pytań, wśród których znalazło się 27 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte, 8 skalogramów i 11 pytań metryczkowych.

W trzecim obszarze, poszukiwane informacje pozyskano przy zastosowaniu metody jakościowej. Zdecydowano się tu na wyznaczenie dwu ścieżek postępowania. W ramach pierwszej z nich przeprowadzono 20 pogłębionych wywiadów indywidualnych z osobami, które były odbiorcami systemu wsparcia instytucjonalnego w związku z występowaniem

u nich uzależnienia od substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki). Próbę badawczą skonstruowano w oparciu o dobór celowy. Znalazły się w niej osoby uzależnione w przeszłości od alkoholu (10 osób) i od narkotyków (10 osób). Wszystkie osoby z uzależnieniem od narkotyków miały w swojej historii także problemy alkoholowe (w obrębie problemów związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych często bowiem dochodzi do występowania takich zjawisk jak politoksykomania, zależność mieszana, zależność krzyżowa). W grupie osób badanych z uzależnieniem od alkoholu znalazły się 3 kobiety i 7 mężczyzn. W grupie badanych uzależnionych od narkotyków znalazło się 5 kobiet i 5 mężczyzn. W ramach drugiej ścieżki badawczej zdecydowano się na przeprowadzenie dwóch pogłębionych wywiadów zogniskowanych (*metoda focusowa*) z grupą ekspertek i ekspertów z zakresu profilaktyki, leczenia uzależnień i szeroko pojętej pomocy. Osoby do udziału w tej części badania wskazała instytucja zamawiająca. Łącznie w grupie fokusowej znalazło się 12 osób reprezentujących: Straż Miejską, Monar, Mrowisko, Towarzystwo Brata Alberta, Stowarzyszenie na Rzecz Integracji Społecznej Klub Abstynenta „Przyszłość”. Byli wśród nich także terapeuci prowadzący terapię uzależnień i przedstawiciele rad dzielnic.

Działania prowadzone w ramach trzech wskazanych i opisanych wyżej obszarów, w których zastosowano odpowiednio metodę *desk research*, metodę sondażową oraz wywiady pogłębione (indywidualne i grupowe), zmierzały do tego, by finalnie, po zakończeniu całej procedury gromadzenia i analizy danych, znaleźć odpowiedź na kluczowy dla całego projektu problem badawczy i podporządkowane mu problemy szczegółowe. Główny problem badawczy sformułowano w formie pytania: Czy i w jaki sposób mieszkańcy Gdańska używają narkotyków i czy istnieją specyficzne w tym zakresie wzorce oraz jakie problemy społeczne generuje narkomania w mieście Gdańsku i co należy zrobić, aby skutecznie te problemy rozwiązywać?

Problemowi głównemu podporządkowane zostały problemy szczegółowe. Rozstrzygnięcia problemów szczegółowych zamierzano dokonać poprzez analizę danych zgromadzonych odpowiednio w badaniach prowadzonych w trzech wymienionych wyżej obszarach. Dla obszaru pierwszego (*desk research* - analiza danych zastanych) problemy szczegółowe określono w sposób następujący:

1. Czy istnieją jakieś specyficzne cechy społeczności lokalnej i samego Gdańska, które mogą istotnie wpływać na rozwój narkomanii w mieście?

2. Jak wyglądają działania związane z opracowaniem oraz implementacją monitoringu zjawiska narkomanii w Gdańsku?
3. Jaka jest skala używania środków psychoaktywnych przez mieszkańców Gdańska? Czy i na ile narkomania jest zjawiskiem rozpowszechnionym wśród lokalnej populacji?
4. Jak wyglądały dotychczasowe działania na rzecz przeciwdziałania zjawisku narkomanii oraz co należy przedsięwziąć, aby były one bardziej efektywne?

Dla obszaru drugiego (badania ilościowe, technika ankiety) problemy szczegółowe miały postać następującą:

1. Jakie narkotyki są najbardziej rozpowszechnione wśród mieszkańców miasta, czyli co, w jakich ilościach i z jaką częstotliwością używają gdańszczanie (leki uspokajające, leki wydawane bez recepty, marihuana, inne substancje psychoaktywne, dopalacze)?
2. Do jakich problemów/skutków prowadzi używanie narkotyków przez gdańszczan? Czy w związku z używaniem narkotyków dochodzi do łamania reguł porządku społecznego (jazda rowerem lub pojazdem mechanicznym po użyciu środków psychoaktywnych, używanie narkotyków w miejscu pracy)?
3. Jaka jest społeczna percepcja zjawiska narkomanii, czy badani upatrują w nim zagrożenia dla zdrowia i życia ludzkiego? Jakie przyjmują postawy wobec tego zjawiska?
4. Czy mieszkańcy Gdańska wiedzą gdzie można szukać pomocy i wsparcia w związku z używaniem narkotyków? Czy znają instytucje zajmujące się leczeniem/terapią uzależnień? Czy potrafią identyfikować potrzeby osób uzależnionych? Czy są skłonni reagować w sytuacjach kryzysowych?

Dla obszaru trzeciego (badanie jakościowe: pogłębione wywiady indywidualne, zogniskowane wywiady grupowe) problemy szczegółowe obejmowały następujące kwestie:

1. Jakie są szczególne/indywidualne doświadczenia osób korzystających z pomocy instytucjonalnej w procesie leczenia/wychodzenia z uzależnienia? Jak osoby te oceniają otrzymaną pomoc pod kątem dostępności i jakości świadczonych usług?
2. Czy i w jaki sposób otrzymane wsparcie/pomoc doprowadziło do zmiany w funkcjonowaniu społecznym osób korzystających z nich? Jakie są realne efekty

prowadzonych działań w ramach systemu wsparcia/pomocy, czy w rzeczywistości przyczyniają się one do poprawy jakości życia?

3. Jak funkcjonowanie systemu wsparcia postrzegają eksperci na co dzień pracujący w różnych instytucjach związanych z profilaktyką, leczeniem/terapią i udzielaniem innych form pomocy osobom uzależnionym? Czy system ten jest wystarczający w stosunku do realnie istniejących potrzeb? Jakie główne potrzeby i problemy związane z prowadzeniem i rozwijaniem działalności tych instytucji identyfikują eksperci? Jakie widzą szanse w tym zakresie, jakie przeszkody, jakie wyzwania?
4. Czy eksperci zauważają nowe trendy w leczeniu/terapii i profilaktyce uzależnień? Jeśli tak, to jakie? I czy w oparciu o swoje doświadczenia zawodowe widzą/identyfikują potrzebę wprowadzenia zmian w ofercie skierowanej do potencjalnych odbiorców tak, aby pomoc udzielana osobom jej potrzebującym była jak najbardziej adekwatna do potrzeb i skuteczna.

Przedstawiony wyżej sposób sformułowania problematyki badawczej (problem główny i wynikające z niego problemy szczegółowe przyporządkowane do trzech obszarów) znalazł swoje odzwierciedlenie w strukturze niniejszego opracowania. Składa się ono z trzech rozdziałów, z których każdy prezentuje wyniki badań przeprowadzonych z zastosowaniem odmiennej metody (rozdział pierwszy: *desk research*, rozdział drugi: badanie ilościowe, rozdział trzeci: badanie jakościowe). Każdy z rozdziałów, w końcowej części przedstawia syntetyczne wnioski sformułowane w odniesieniu do poczynionych ustaleń badawczych. Autorzy badań pokusili się także o sformułowanie praktycznych rekomendacji, z tą myślą, że mogą się one okazać przydatne nie tylko dla instytucji zlecających badanie. Wydaje się, że zarówno wyniki badań, wnioski z nich wynikające, jak i rekomendacje, mogą posłużyć jako ważny punkt wyjścia lub odniesienia wszystkim tym podmiotom, które do prowadzenia społecznie pożytecznej działalności potrzebują empirycznie zweryfikowanej wiedzy o otaczającej rzeczywistości.

Publikacja niniejsza dedykowana jest w szczególności różnego typu stowarzyszeniom, organizacjom pozarządowym, fundacjom, szkołom, świetlicom, poradniom, specjalistom i innym osobom oraz instytucjom, które łączy jeden wspólny cel: dążenie do uczynienia Gdańska miastem bezpiecznym i przyjaznym dla jego mieszkańców.

Rozdział I: Analiza materiałów zastanych – *desk research*

Zaprezentowane w tym rozdziale wyniki badań przeprowadzonych metodą *desk research*, wpisują się w cykl działań ujętych w Uchwale Nr XXXII/693/12 Rady Miasta Gdańska z dnia 29 listopada 2012 r. w sprawie przyjęcia „Programu Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańsk na lata 2013–2017”. Jej doprecyzowanie na 2015 rok stanowi Uchwała Nr LVIII/1446/14 Rady Miasta Gdańska z dnia 30 października 2014 roku, w sprawie przyjęcia szczegółowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańsk na 2015 rok”. Są to ważne dokumenty, nie tylko w aspekcie medyczno-społecznym, t.j. przeciwdziałania zjawisku narkomanii, ale także w ujęciu zwiększania jakości zasobów ludzkich, co jest jednym z preferowanych przez Unię Europejską prorozwojowych kierunków działań. Przedstawione w tym rozdziale informacje, uwzględniają dane z wcześniejszych raportów (obejmujących lata 2003–2011) i zawierają ich aktualizacje o możliwe do uzyskania dane z lat 2012, 2013 i 2014⁵².

Głównym celem tego rozdziału jest prezentacja skali rozpowszechnienia zjawiska narkomanii w Gdańsku oraz analiza działań zmierzających do jego ograniczenia. Pozwoli to na dużo dokładniejsze określenie celów, a także niezbędnych środków finansowych oraz wskazanie instytucji, które powinny zająć się przeciwdziałaniem narkomanii i jej skutkom w następnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na terenie Gdańska. Przy opracowywaniu układu treści prezentowanych w rozdziale I, użytych w badaniu wskaźników oraz algorytmu postępowania, posłużono się literaturą przedmiotu, zarówno szczegółową⁵³, jak i bardziej ogólną⁵⁴.

⁵² W przypadku danych statystycznych udostępnianych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) lub Urząd Statystyczny w Gdańsku – w przypadku niektórych danych aktualizacja może nie obejmować 2014 roku, z uwagi na długi czas oczekiwania na udostępnienie danych przez te instytucje.

⁵³ Bukowska B., Jabłoński P., Sierosławski J. (red.), 2008, *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*, Warszawa; Malczewski A. (red.), 2013, *Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii*, Warszawa; Tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. *Podręcznik*, 2010, Warszawa.

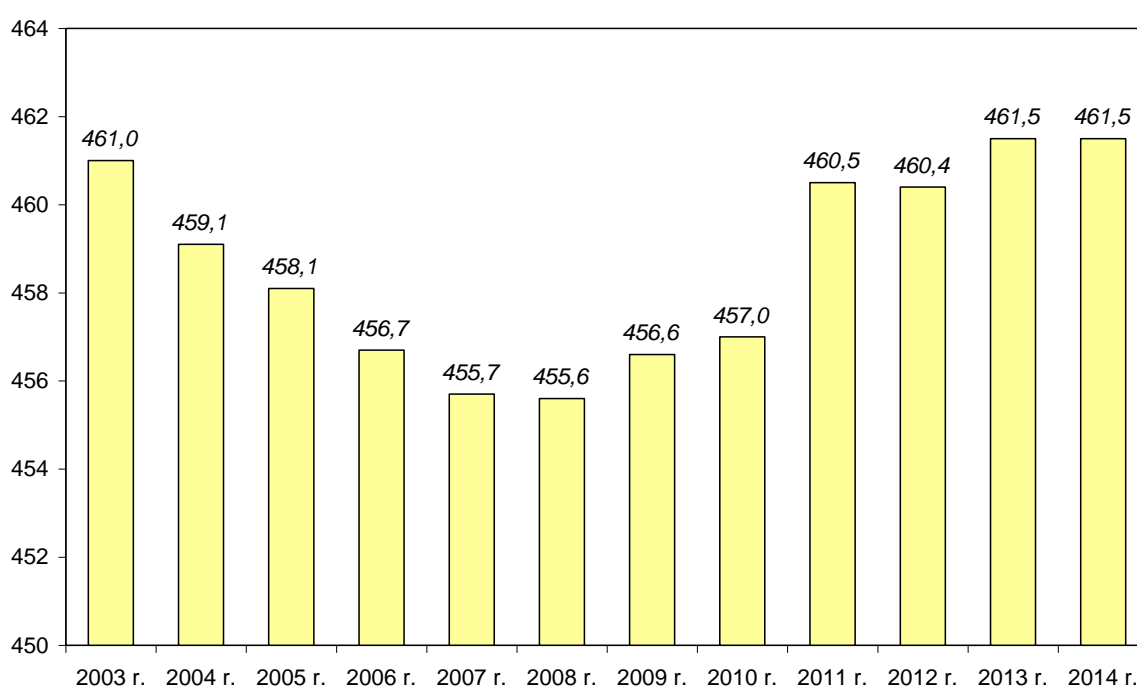
⁵⁴ Kurkowska A., 2011, *Wskaźniki społeczne w polityce społecznej. Historia, teoria i zastosowanie w praktyce*. Warszawa; Rószkiewicz B., Perek-Białas J., Węziak-Białowolska D., Zięba-Pietrzak A., 2013, *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych. Rekomendacje i praktyka badawcza*, Warszawa.

1. Sytuacja demograficzna i specyfika miasta

1.1. Obecna i przewidywana sytuacja demograficzna

W okresie po upadku systemu komunistycznego oficjalna liczba mieszkańców Gdańska (liczona osobami faktycznie zamieszkującymi) powoli rosła, osiągając maksimum w 2002 roku, by od następnego roku zacząć maleć, osiągając minimum w roku 2008. Od tego czasu notowana jest tendencja wzrostowa, która swoje maksimum osiągnęła w 2013 roku. Należy zaznaczyć, że tendencja ta nie jest typowa dla dużych polskich miast, gdyż większość z nich notuje ubytek ludności.

Ryc. 1.1.1. Zmiany liczby ludności miasta Gdańska w tys. w okresie 2003-2014



Źródło: opracowanie na podstawie BDL GUS [20.11.2015].

Należy jednak mieć na uwadze, że oficjalne dane przedstawione na ryc. 1.1.1. nie do końca odzwierciedlają stan faktyczny. Zgodnie z definicją stosowaną przez Główny Urząd Statystyczny do konstrukcji tejże ryciny wzięto „ogół osób zameldowanych na pobyt stały w danej jednostce administracyjnej i rzeczywiście tam zamieszkałych oraz osób przebywających czasowo i zameldowanych w tej jednostce administracyjnej na pobyt czasowy ponad 3 miesiące (do 2005 r. ponad 2 miesiące)”⁵⁵. Problem polega na tym,

⁵⁵ <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/184,pojecie.html> [20.11.2015].

że bardzo dużo osób zameldowanych na pobyt stały w danej jednostce administracyjnej nie przebywa w niej od dawna, gdyż np. wyemigrowało z niej w celach zarobkowych. A ponieważ brak wymeldowania osoby nieprzebywającej faktycznie w danej jednostce terytorialnej, nie rodzi żadnych konsekwencji/sankcji prawnych – powyższe dane należy uznać za znacznie zawyżone. Dość dobitnie określił to Paweł Kaczmarczyk „(...) bardzo istotna jest różnica między populacją *de iure* (teoretycznie zamieszkującą w kraju) oraz populacją *de facto* (rzeczywiście w Polsce przebywającą). Różnica ta wynika z tego, iż większość migrantów, pomimo często długotrwałego pobytu poza granicami kraju, wciąż jest traktowana jako stali mieszkańcy Polski – dzieje się tak ze względu na powszechne ignorowanie obowiązku wymeldowywania się z rejestrów populacyjnych w kraju. W związku z tym wszelkie dane odnoszące się do tematyki ludnościowej powinny być traktowane jako poważnie zniekształcone, gdyż obejmują całkiem pokaźną – zwłaszcza w okresie poakcesyjnym – liczbę osób, które w istocie nie są już mieszkańcami Polski”⁵⁶.

Zatem spróbujmy oszacować faktyczną liczbę mieszkańców Gdańska⁵⁷. W oficjalnych opracowaniach zakłada się, że skoro dany emigrant nie wymeldował się z pobytu czasowego w Polsce, to zamierza do niej wrócić. Nie jest to przekonanie do końca uprawomocnione, gdyż taki emigrant (wobec braku negatywnych konsekwencji/sankcji prawnych) może nie dopełnić swojego obowiązku meldunkowego z różnych przyczyn, niekoniecznie w powodu woli późniejszego powrotu do Polski. Według GUS liczba osób, które – zachowując zameldowanie na pobyt stały w Polsce – przebywają poza krajem powyżej 3 miesięcy, wynosiła na koniec 2014 roku 2 320 tys.⁵⁸. Jeżeli by zatem przyjąć założenie o przestrzennej proporcjonalności wyjazdów, to by znaczyło, że skoro poza granicami kraju przebywało około 6,03% jego ludności traktowanej jako rezydenci, a w przypadku Gdańska gdyby to był taki sam odsetek, to na koniec 2014 roku ludność tego miasta zamiast 4624 89 osób, liczyłaby o 27 825 osób mniej, czyli 433 644 osoby⁵⁹. Mając na względzie powyżej podane przyczyny, także dane

⁵⁶ Kaczmarczyk P. (red.), 2008, *Współczesne migracje zagraniczne Polaków. Aspekty lokalne i regionalne*, Warszawa, s.14-15.

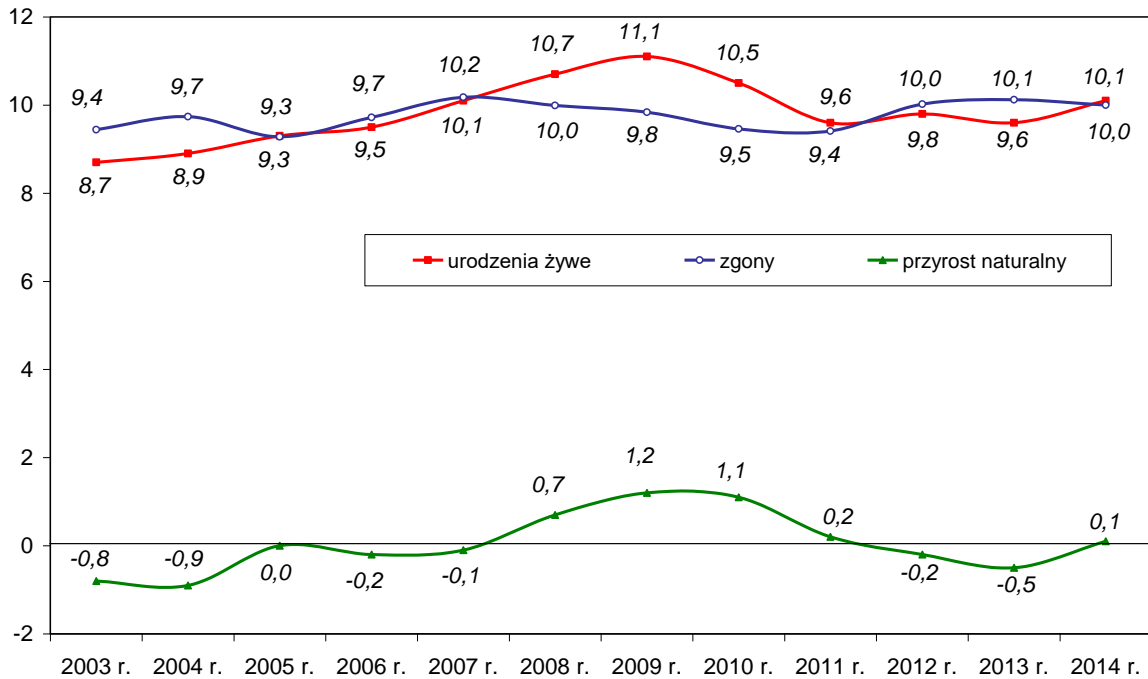
⁵⁷ Bez imigrantów krajowych oraz imigrantów obcokrajowców, którzy nie dopełnili obowiązku meldunkowego.

⁵⁸ *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004-2014*, dostęp online: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2014,11,1.html> [20.11.2015].

⁵⁹ Czyli tyle osób byłoby uprawomocnionych do korzystania z usług publicznych oferowanych przez władze miasta. Liczba ta nie obejmuje studentów oraz imigrantów zarobkowych (z Polski i zagranicy, którzy się nie zameldowali na pobyt czasowy).

na temat ruchu migracyjnego oraz ruchu rzeczywistego należy traktować z dużą dozą nieufności. Natomiast dane na temat przyrostu naturalnego są wiarygodne.

Ryc. 1.1.2. Zmiany w przyroście naturalnym i jego składowych [na 1000 osób] w Gdańsku w okresie 2003–2014⁶⁰



Źródło: opracowanie na podstawie BDL GUS [20.11.2015].

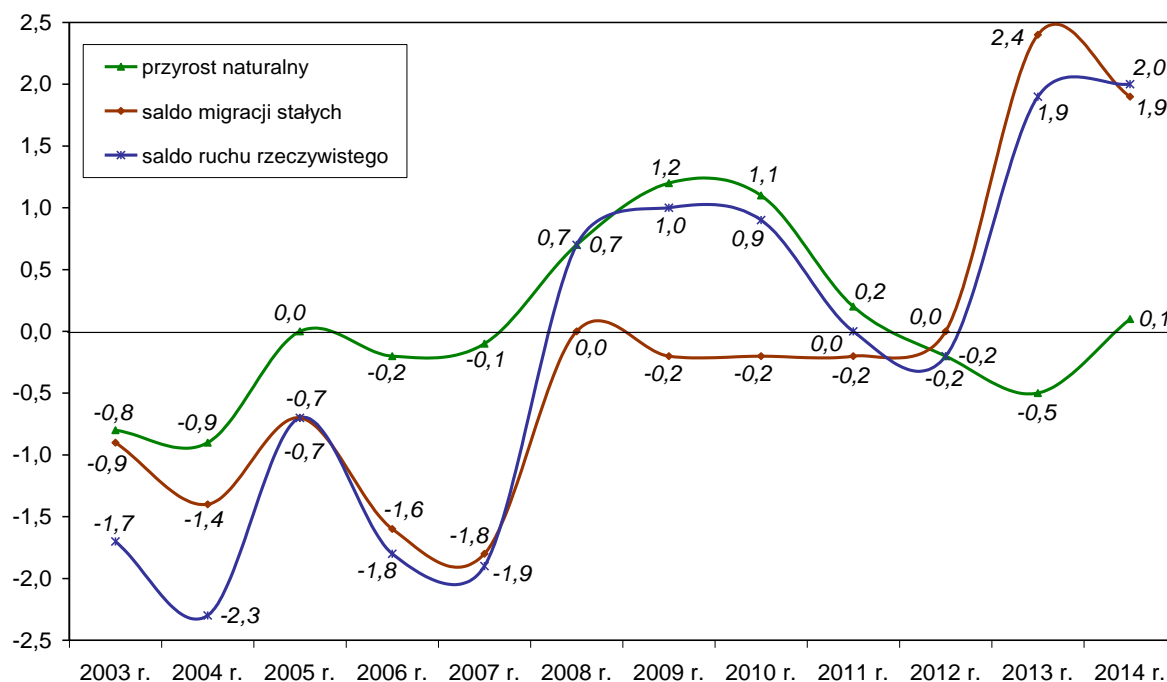
Przez ponad połowę analizowanego okresu występował ujemny przyrost naturalny. Był on ujemny w latach 2003–2007 i powtórnie w okresie 2012–2013. Natomiast dodatni przyrost naturalny odnotowano w latach 2008–2011 oraz w 2014 roku (ryc. 1.1.2.). W odniesieniu do umieralności nie zaobserwowano poważniejszych zmian – sprzyjające wzrostowi zgonów starzenie się mieszkańców Gdańska jest „równoważone” przez postęp w opiece medycznej i społecznej. Natomiast w zakresie urodzeń żywych do 2009 roku w Gdańsku, notowana była tendencja wzrostowa, która następnie przeszła w spadkową. Ogólnie można stwierdzić, że w zakresie zmian przyrostu naturalnego, społeczeństwo gdańskie wpisuje się w teorię drugiego przejścia demograficznego⁶¹.

⁶⁰ Zsumowanie wartości współczynnika urodzeń żywych i zgonów powinno być równe wartości współczynnika przyrostu naturalnego. Z wykresu tak nie wynika, ponieważ dane są prezentowane w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku, a obliczenia dokonywane z większą dokładnością.

⁶¹ Procesy drugiego przejścia demograficznego zostały zapoczątkowane w latach 60. ubiegłego wieku w Europie Zachodniej. Polegają one na: spadku dzietności poniżej poziomu gwarantującego zastępowalność pokoleń, dalszym zmniejszaniu poziomu umieralności oraz wydłużaniu przeciętnego dalszego trwania życia, zwiększaniu natężenia ruchów migracyjnych, wzroście znaczenia związków

O ile dane na temat migracji wewnątrz krajowych dość dobrze oddają rzeczywistą skalę i kierunek tego procesu, to dane na temat migracji zagranicznych (z przyczyn podanych wcześniej) już dość niedokładnie. Tym niemniej dane te są powszechnie używane, lecz z zaznaczeniem, że chodzi o migracje rejestrowane (zameldowania i wymeldowania na pobyt stały).

Ryc. 1.1.3. Zmiany w ruchu rzeczywistym i jego składowych [na 1000 osób] w Gdańsku w okresie 2003–2014



Źródło: opracowanie na podstawie BDL GUS [20.11.2015].

Większość dużych miast w Polsce doświadcza permanentnie ujemnego salda migracji na pobyt stały. Jest to z jednej strony spowodowane przez ujemne saldo migracji wynikające z emigracji zarobkowej polskich obywateli, z drugiej jest skutkiem procesów suburbanizacji, w wyniku których mieszkańcy dużych miast wyprowadzają się do strefy podmiejskiej. Gdańsk w tym „schemacie” mieścił się w okresie 2000–2012, natomiast dla lat 2013–2014 wystąpiło dość nietypowe zjawisko polegające na wyraźnej przewadze imigracji na pobyt stały nad emigracją (ryc. 1.1.3.). Jest to w całości efektem dodatniego salda migracji wewnątrz krajowych, gdyż saldo migracji zagranicznych w tych dwóch ostatnich latach było ujemne. Taki stan rzeczy można wiązać ze wzrostem atrakcyjności

niesformalizowanych, rozwoju egalitaryzmu społecznego, któremu towarzyszy dążenie do zwiększenia autonomii jednostki oraz korzystania z „uroków” życia.

Gdańska dla mieszkańców innych regionów Polski, ewentualnie z odwróceniem trendu emigracji do strefy podmiejskiej. Odrzucenie lub przyjęcie którejs z tych dwóch hipotez wymaga osobnych, szczegółowych badań.

Saldo ruchu rzeczywistego⁶² przez nieco ponad połowę analizowanego okresu było ujemne (tzn. że Gdańsk tracił mieszkańców). W jednym roku bilansowało się dokładnie w okolicy 0, a w pięciu latach było dodatnie (czyli oficjalna liczba mieszkańców miasta rosła)⁶³. Na początku analizowanego okresu cechą charakterystyczną populacji zamieszkującej Gdańsk był bardzo wysoki poziom umieralności niemowląt (18,8 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 2003 roku), w następnych latach nastąpił szybki spadek, tak że w 2014 roku poziom ten spadł do 3,4‰ i obecnie sytuacja w tym zakresie nie różni się już od notowanej w innych dużych polskich miastach.

W zakresie struktury według płci nie widać istotniejszych zmian. Współczynnik feminizacji wyznaczony dla populacji zamieszkującej Gdańsk przez cały badanych okres oscylował wokół 111, co jest typowe dla dużych polskich miast. Natomiast w zakresie struktury wieku w Gdańsku obserwuje się postępujące starzenie się społeczeństwa, albowiem o ile w 2003 roku ludność w wieku poprodukcyjnym stanowiła 16,6%, to w 2014 roku było to już 22,0% populacji miasta. Towarzyszył temu spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (odpowiednio z 17,6% do 16,2%), przy lekko zmniejszającej się liczbie osób w wieku produkcyjnym (odpowiednio 65,8% i 61,8%).

Ponieważ problem narkomanii dotyka przede wszystkim młodzież oraz dorosłych w I fazie produkcyjnej⁶⁴, zatem za konieczne uznano przeprowadzenie dokładniejszej analizy ich liczby i jej zmian. W analizie posłużono się kohortą 15–39 lat w rozbiciu na przedziały pięcioletnie (tabl. 1.1.1.). Stwierdzono bardzo wyraźny spadek liczebności kohort w przedziałach 15–19 i 20–24 lat, przy mniejszym spadku liczebności kohorty w

⁶² W statystyce saldo ruchu rzeczywistego możemy mierzyć na dwa sposoby – licząc je jako sumę przyrostu naturalnego i salda migracji oraz jako wypadkową zmian liczby ludności pomiędzy dwoma profilami czasowymi. Oba podejścia mają swoje zalety i wady. Tym co je różni – jest przede wszystkim uwzględnianie lub nieuwzględnianie błędów w obliczaniu liczby ludności dla poszczególnych profili czasowych. Na potrzeby niniejszego opracowania, przy konstruowaniu ryc. 1.1.3. przyjęto pierwszą metodę.

⁶³ Co zresztą znajduje odzwierciedlenie w ryc. 1.1.1.

⁶⁴ Ludność w I fazie produkcyjnej to osoby w wieku 20–44 lata, a w II fazie produkcyjnej to w wieku 45–65 lat. Zob.: Andryszek Cz. Indulski, J. A. Worach-Kardas, H., 1996, *Dynamika i zróżnicowanie przestrzenne umieralności przedwczesnej populacji w wieku produkcyjnym – przesłanki do pogłębionych badań przyczyn i uwarunkowań tego zjawiska*, „Medycyna Pracy” T. XLVII, nr 6, s. 577–596. Koreponduje z tym podział na ludność w wieku produkcyjnym mobilnym (18–44 lata) i produkcyjnym niemobilnym (kobiety: 45–59 lat, mężczyźni: 45–64 lata), stosowany także przez GUS; zob.: Holzer J. Z., 1999, *Demografia*, Warszawa.

przedziale 25–29 lat i dużym wzroście liczby osób w kohortach z przedziałów: 30–34 i 35–39 lat. Ogółem liczebność kohorty 15–39 lat nieznacznie spadła. Na tej podstawie można sądzić, że gdyby zjawisko natężenia narkomanii utrzymywało się na nie zmienionym poziomie – sukcesywnie malałaby liczba osób uzależnionych.

Należy mieć na uwadze, że przedstawione dane dotyczą liczby osób oficjalnie zamieszkujących w Gdańsku, a jak wykazano wcześniej, wskutek nierejestrowanej emigracji zarobkowej z Polski – liczba ludności jest niższa od tu podanej. Dlatego też przy analizie natężenia zjawiska narkomanii zaleca się obliczać je w dwóch wersjach: (1) w przeliczeniu na ludność oficjalnie zamieszkaną w Gdańsku i (2) w przeliczeniu na szacowaną liczbę ludności zamieszkującej Gdańsk.

Tabl. 1.1.1. Osoby w kohortach najbardziej zagrożonych narkomanią w Gdańsku w 2003 r. i 2014 r.

	2003 r.	2014 r. *
Ludność w kohortach [w osobach]		
15–19 lat	31597	19391
20–24 lat	42563	26177
25–29 lat	41088	36313
30–34 lat	33093	41821
35–39 lat	27132	39580
15–39 lat	175473	169461
Ludność w kohortach [w % całej populacji miasta]		
15–19 lat	6,9	4,2
20–24 lat	9,2	5,7
25–29 lat	8,9	7,9
30–34 lat	7,2	9,1
35–39 lat	5,9	8,6
15–39 lat	38,1	36,7

* dane oficjalne, w rzeczywistości (z powodu nierejestrowanych migracji zarobkowych) liczba tej ludności w Gdańsku jest o kilka procent mniejsza od tu przedstawionej.

Źródło: opracowanie na podstawie BDL GUS [20.11.2015].

Warto mieć na uwadze, że według najnowszej prognozy demograficznej opracowanej przez GUS⁶⁵, liczba ludności Gdańska do 2030 roku zmniejszy się do 447,3 tys.⁶⁶. Przewiduje się, że w tym samym czasie liczba ludności w wieku 15–39 spadnie do 115 058 osób⁶⁷ (25,7% ludności miasta). Dlatego też, gdyby założyć niezmiennosc natężenia zjawiska narkomanii, zagrożenie nią powinno spadać.

⁶⁵ *Prognoza dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2014-2050 (opracowana w 2014 r.)*, dostęp online: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-dla-powiatow-i-miast-na-prawie-powiatu-oraz-podregionow-na-lata-2014-2050-opracowana-w-2014-r-5,5.html> [20.11.2015].

⁶⁶ Co będzie stanowiło spadek o 14,2 tys. (3,1%) w stosunku do 2014 roku.

⁶⁷ Co będzie stanowiło spadek o 54,4 tys. (czyli aż o 32,1%) w stosunku do 2014 roku.

Analiza danych za okres transformacji ustrojowej pozwala stwierdzić, że czas silnego oddziaływania tzw. bezrobocia transformacyjnego w Gdańsku już minął. Podobnie jak i silnych zmian w strukturze zatrudnienia. Stopa bezrobocia rejestrowanego⁶⁸ na koniec 2003 roku osiągnęła 12,7%, by pod koniec 2014 roku wynieść 5,5%⁶⁹. Jest to z jednej strony zasługą szybkiego rozwoju gospodarczego, który dopiero w ostatnim okresie uległ wyhamowaniu, z drugiej strony – wyjazdu znacznej liczby osób do pracy w bogatych krajach Unii Europejskiej.

Ważną grupą czynników, wpływającą na skłonność do sięgania po substancje psychoaktywne, jest poziom zadowolenia z życia. W czerwcu 2014 roku przeprowadzono badania na temat oceny jakości życia przez mieszkańców Gdańska⁷⁰. Syntetyczna wartość wskaźnika ogólnego wyniosła 3,63 (wynik pozytywny). Najbardziej zadowoleni są mieszkańcy dzielnic środkowych i położonych bliżej Sopotu (Żabianka – Osiedle Wejhera – Jelitkowo – Tysiąclecia, Przymorze Wielkie, Przymorze Małe, Zaspą Rozstaje, Zaspą Młyniec, Strzyża, Wrzeszcze Dolny, Wrzeszcze Górny, Suchanino, Siedlce, Wzgórze Mickiewicza). Natomiast najgorzej swoją jakość życia oceniają mieszkańcy peryferyjnych dzielnic położonych na południowym-wschodzie miasta (Orunia, Św. Wojciech, Lipce, Olszynka, Rudniki, Przeróbka, Stogi, Krakowiec–Górki Zachodnie, Wyspa Sobieszewska). Tak więc jakość życia, rozpatrywana w ujęciu makroskalowym, nie powinna raczej skłaniać do sięgania po narkotyki motywowanego chęcią ucieczki przed problemami życia codziennego.

Wnioski:

1. Liczba ludności mieszkającej w Gdańsku nie ulega poważniejszym zmianom, lecz zgodnie z prognozą GUS w najbliższych latach powinna zacząć maleć. Natomiast już teraz ulega zmniejszeniu liczba osób w grupie wiekowej (15–39 lat) uznawanej

⁶⁸ Jest to udział zarejestrowanych bezrobotnych w cywilnej ludności aktywnej zawodowo, tj. bez pracowników jednostek budżetowych prowadzących działalność w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego, zob. *Słownik pojęć statystycznych*, dostęp online: <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/2390,pojecie.html> [20.11.2015].

⁶⁹ Zob.: *Rynek pracy województwa pomorskiego według powiatów. Archiwum*, dostęp online: http://wup.gdansk.pl/rynek_pracy/artukul/rynek-pracy-województwa-pomorskiego-wedlug-powiatow-archiwum.html [20.11.2015].

⁷⁰ Badanie zostało przeprowadzone dniach 16–30 czerwca 2014 roku na reprezentatywnej próbie 1616 dorosłych mieszkańców Gdańska. Próba została dobrana proporcjonalnie w stosunku do liczebności mieszkańców w pomocniczych jednostkach organizacyjnych (dzielnicach). Badanie zostało zrealizowane na zamówienie Urzędu Miasta Gdańska a jego wyniki zawiera opracowanie: Brosz M., Załęcki J., 2014, *Jakość życia w Gdańsku. Studium jakości życia. Raport z badań przeprowadzonych wśród mieszkańców Gdańska*, Gdańsk.

za najbardziej zagrożoną narkomanią. Zgodnie z tą prognozą liczba osób w tej grupie będzie bardzo szybko spadać. Zatem przy założeniu niezmienności natężenia zjawiska narkomanii – liczba problemowych użytkowników narkotyków powinna spadać.

2. Oficjalnie dostępne dane statystyczne (udostępniane zarówno przez GUS, jak i też przez instytucje miejskie w Gdańsku) nie odzwierciedlają faktycznej liczby mieszkańców miasta. W rzeczywistości liczba osób, które mają prawo korzystać z działań miasta w zakresie przeciwdziałania zjawisku narkomanii jest mniejsza o ok. 27,8 tys. Jest to głównie skutek braku wymeldowania osób, które wyemigrowały w celach zarobkowych i przebywają powyżej 3 miesięcy poza granicami Polski.
3. Z drugiej strony mamy w Gdańsku nieznaną liczbę osób (w tym z zagranicy), które przebywają w mieście od dłuższego czasu nie wypełniając obowiązku meldunkowego. Z tej racji teoretycznie nie mają prawa korzystać z finansowanych przez miasto programów przeciwdziałania zjawisku narkomanii. Ale osoby te mogą być uwzględnione w statystykach prowadzonych przez inne instytucje, jak chociażby Policja czy Narodowy Fundusz Zdrowia.

1.2. Specyfika miasta

Na tle innych wielkich miast w Polsce Gdańsk posiada trzy elementy charakterystyczne, które pozostają mogą rzutować na ocenę zjawiska narkomanii. Powinny być one uwzględniane przy formułowaniu założeń Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Te elementy to:

1. Istnienie ruchliwych przejść granicznych.
2. Duża liczba turystów.
3. Funkcjonowanie Gdańska w ramach konurbacji.

Poprzez fakt posiadania na swoim terytorium przejść granicznych Gdańsk może pełnić rolę „bramy wwozowo-wywozowej” dla narkotyków. Gdańsk jest jedynym miastem w kraju, które w swoich granicach ma jednocześnie lotnicze i morskie przejścia graniczne, na których dodatkowo panuje ożywiony ruch (tabl. 1.1.2.). Oprócz tego część granic administracyjnych miasta jest jednocześnie morskimi granicami państwa (i Unii Europejskiej). Ponadto w sąsiedniej Gdyni znajduje się drugie morskie przejście graniczne, wprawdzie o mniejszych przeładunkach, lecz za to o dużo większej liczbie odprawianych

pasażerów. Lecz o ile pasażerowie i ładunki z portu lotniczego oraz ładunki z portu morskiego są odprawiane do wielu krajów świata, o tyle pasażerowie z portu morskiego w zdecydowanej większości do/ze Szwecji. Ruch pasażerów na gdańskim lotnisku zaczął gwałtownie rosnać, począwszy od wstąpienia Polski do UE. Port morski w Gdańsku stanowi najważniejszy port w Polsce, a port lotniczy zajmuje trzecie miejsce pod względem wielkości (po Warszawie i Krakowie).

Tabl. 1.1.2. Międzynarodowy ruch pasażerski i towarowy na gdańskich przejściach granicznych w latach 2003–2014

Ruch pasażerski [w tys. osób]							
Lata	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Port morski	21,3	23,8	23,9	23,8	20,8	18,7	19,5
Port lotniczy **	181,0	290,1	474,4	1017,1	1431,9	1704,9	1669,3
Lata cd.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.		
Port morski	28,3	26,3	27,5	30,5	31,9		
Port lotniczy **	1975,9	2162,6	2309,2	2515,0	2724,1		
Ruch ładunków [w mln ton]							
Lata	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Port morski *	273,7	172,6	198,3	156,5	170,8	175,1	147,9
Port lotniczy ***	2,0	2,3	2,6	2,8	3,3	3,2	2,7
Lata cd.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.		
Port morski *	157,0	150,4	146,7	125,8	121,2		
Port lotniczy ***	3,0	3,2	3,3	3,8	5,0		

* liczono razem załadunek łącznie z tranzytem oraz wyładunek łącznie z tranzytem

** liczono razem zagraniczny regularny ruch lotniczy i zagraniczny nieregularny ruch lotniczy.

*** liczono razem przewozy cargo w przywozie i wywozie w lotach międzynarodowych.

Źródło: opracowanie na podstawie materiałów Urzędu Statystycznego w Gdańsku, BDL GUS [20.11.2015] oraz danych statystycznych portu lotniczego w Gdańsku, dostęp online: <http://www.airport.gdansk.pl/airport/statistic> [20.11.2015].

Drugim elementem specyfiki Gdańska, na tle innych wielkich miast w kraju jest duża liczba turystów. W Gdańsku koncentruje się z jednej strony typowa turystyka miejska (z racji wielu wysokiej klasy zabytków oraz imprez o zasięgu ogólnokrajowym i europejskim); a z drugiej strony wypoczynkowa, zlokalizowana w pasie nadmorskim. Ponadto Gdańsk stanowi cel krótkich wycieczek dla turystów wypoczywających na Pojezierzu Kaszubskim oraz w innych miejscowościach nadmorskich. Oprócz tego, sąsiedni Sopot jest traktowany jako letnia stolica Polski i w efekcie przyciąga w sezonie letnim rzesze turystów. Według szacunków sporządzonych na zamówienie Gdańskiej Organizacji Turystycznej w 2014 roku, Gdańsk odwiedziło 7,0 mln osób, z tego 1,4 mln można uznać za turystów, a 5,6 mln za odwiedzających⁷¹. Tak duża liczba osób

⁷¹ Opracowano na podstawie dwóch raportów: *Raport. Turystyka gdańska w I kwartale 2014 r. oraz*

wizytujących Gdańsk oczywiście zwiększa zagrożenie narkotykowe na terenie miasta (ale nie ma badań odpowiadających na pytanie: o ile?).

Trzecim elementem specyfiki Gdańska jest to, że razem z sąsiednią Gdynią i Sopotem tworzy on zwarty terytorialnie rdzeń konurbacji, która razem ze strefą podmiejską obejmuje prawie milion mieszkańców. Poza Konurbacją Górnośląską pozostałe aglomeracje w kraju posiadają tylko jedno miasto stanowiące rdzeń aglomeracji⁷². Zatem planowanie i realizacja wszelkich działań podejmowanych w związku z problemem narkomanii w Gdańsku, powinno się odbywać w powiązaniu z podobnymi działaniami inicjowanymi i realizowanymi w Sopocie oraz Gdyni. Nie należy także zapominać o rozległej strefie podmiejskiej, z którą występuje ciągła wymiana ludności (zarówno w cyklu dobowym, jak i dłuższych).

Wnioski:

1. Istnienie w Gdańsku ruchliwych portów: lotniczego i morskiego oraz odnotowywana duża liczba osób odwiedzających miasto, zwiększają zagrożenie narkomanią (zwłaszcza: przestępczością narkotykową).
2. Fakt tworzenia przez Gdańsk razem z Gdynią i Sopotem rdzenia aglomeracji, powinien wymusić na samorządach tych trzech miast koordynowanie prowadzonej przez nie polityki antynarkotykowej. W dalszej kolejności działania te można by koordynować za pośrednictwem Gdańskiego Obszaru Metropolitalnego i NORDy⁷³.

podsumowanie okresu badania w II, III i IV kwartale 2013 roku oraz w I kwartale 2014 roku, badanie zrealizowane przez Instytut Eurotest, dostęp online: http://www.gdansk4u.pl/uploads/www.gdansk.pl_53455.pdf, oraz Raport z badań. Turystyka gdańska w IV kwartale 2014 r. Podsumowanie badań turystyka gdańska w II, III i IV kwartale 2014 roku [20.11.2015], badanie zrealizowane przez Ośrodek Badań Społecznych „INDEX”, dostęp online: <http://www.gdansk4u.pl/uploads/RaportzbaturystykagdaskaIVkwarta2014r.wersjazpodsumowaniem.pdf> [20.11.2015]. Oba badania zrealizowano na zamówienie Gdańskiej Organizacji Turystycznej.

⁷² Pominęto tu Aglomerację Bydgosko-Toruńską, gdyż te miasta nie sąsiadują bezpośrednio ze sobą, nie tworzą zatem jednego organizmu miejskiego.

⁷³ Gdyński odpowiednik Gdańskiego Obszaru Metropolitalnego, więcej na ten temat: <http://www.nordforum.pl/>

2. Stan prac nad wdrożeniem systemu monitoringu narkotyków i narkomanii

2.1. Organizacja monitoringu i jego cele

Zgodnie z art. 10. (rozdział 2.) ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku (Dz. U. 2005, Nr 179, poz. 1485 z późniejszymi zmianami) do zadań własnych gminy w zakresie przeciwdziałania narkomanii należą:

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 dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, jak również integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Z przedstawionymi wyżej zadaniami gminy korespondują kierunki działań przewidziane do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego ogłoszone w „Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016”, przyjętym rozporządzeniem Rady Ministrów w dniu 22 marca 2011 roku. (Dz.U. 2011, Nr 78, poz. 428). W zakresie profilaktyki są to:

1. Wspieranie rozwoju programów profilaktyki uniwersalnej;
2. Wspieranie programów profilaktyki selektywnej i wskazującej;
3. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku narkomanii;

4. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną.

W zakresie leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej są to:

1. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od substancji psychoaktywnych;
2. Zwiększenie dostępności programów ograniczania szkód zdrowotnych dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków;
3. Zapewnienie we wszystkich województwach dostępności leczenia substytucyjnego dla co najmniej 25% populacji osób uzależnionych od opiatów;
4. Zmniejszenie marginalizacji społecznej osób używających szkodliwie substancji psychoaktywnych oraz osób uzależnionych;
5. Wspieranie rozwoju zawodowego pracowników zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz innych grup zawodowych mających styczność z osobami uzależnionymi, np.: policjantów, pracowników społecznych, kuratorów, lekarzy, organizacji pozarządowych.

W zakresie badań i monitoringu problemów narkomanii są to:

1. Monitorowanie epidemiologiczne problemu substancji psychoaktywnych i narkomanii na szczeblu lokalnym i wojewódzkim;
2. Monitorowanie postaw społecznych na temat problemu narkotyków i narkomanii;
3. Rozwój i konsolidacja systemu informacji o substancjach psychoaktywnych i narkomanii w województwach.

Powyższe trzy zakresy działań mieszczą się w obrębie pierwszego, drugiego i piątego⁷⁴ spośród wyróżnionych w tym programie⁷⁵ pięciu obszarów problemowych:

1. Profilaktyka.
2. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych, reintegracja społeczna.
3. Ograniczanie podaży.

⁷⁴ Koresponduje to z wnioskami przyjętymi przez B. Bukowską (zob.: Bukowska B., 2007, 4.2. *Zadania ustawowe gminy oraz kierunki wyznaczone przez Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010* [w:] *Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii*, Warszawa, s. 62–63.).

⁷⁵ Zresztą tak samo było w przypadku poprzedniego obowiązującego programu „Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010” przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. (Dz. U. Nr 143, poz. 1033).

4. Współpraca międzynarodowa.

5. Badania i monitoring.

Podmiotem odpowiedzialnym za organizację oraz przeprowadzenie badań i monitoringu jest Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku⁷⁶ (dalej w skrócie oznaczany jako WRS UMG). Prowadzenie badań i monitoringu ma przede wszystkim na celu zebranie danych, które mogą zostać wykorzystane do budowy modelu opisowego rozprzestrzenienia zjawiska narkomanii na terenie Gdańska. By należycie to zadanie zrealizować, należy sformułować następujące cele poboczne o charakterze poznawczym:

1. Jakie instytucje gromadzą dane na temat zjawiska narkomanii i jakiej jakości są to dane?
2. Jakie są zasoby, czyli jakie instytucje zajmują się prewencją, profilaktyką i likwidacją szkód wywoływanych przez narkomanię?
3. Jakie środki finansowe są przeznaczane na przeciwdziałanie zjawisku narkomanii (w podziale na działania zmierzające do ograniczania popytu oraz podaży)?
4. Jak wygląda rozprzestrzenienie zjawiska narkomanii w Gdańsku i jaki jest stosunek społeczeństwa do niego oraz jakie skutki społeczne, zdrowotne i prawne wywołuje narkomania?
5. Jakie konkretne działania są podejmowane w kierunku przeciwdziałania narkomanii i szkód przez nią wywoływanych?

W odniesieniu do celów pobocznych o charakterze poznawczym, sformułowano następujące pytania o charakterze metodycznym:

1. Jakich środków perswazji użyć i jakie narzędzia wypracować, aby instytucje powiązane w jakikolwiek sposób z problemem narkomanii na terenie Gdańska chciały współpracować?
2. Jakimi środkami się posłużyć, aby zbudować pozytywną atmosferę wokół Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii wśród władz miasta, społeczeństwa oraz odnośnych instytucji?

Wniosek:

Zaleca się, aby działania podejmowane w ramach Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii wyraźnie mieściły się w ramach prawnych określonych przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005, Nr 179, poz. 1485 z późniejszymi zmianami)

⁷⁶ Do 2011 r. był to Wydział Spraw Społecznych, następnie Wydział Polityki Społecznej, obecnie pod nazwą Wydział Rozwoju Społecznego.

oraz przez Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016” (Dz.U. 2011, Nr 78 poz. 428).

2.2. Zakres dostępnych danych i ich ocena

Dane gromadzono dla lat 2003–2014. Większość instytucji, do których zwrócono się z pismem zawierającym prośbę o udostępnienie danych, posiadała je za cały objęty badaniem okres. Źródła informacji podzielono na cztery grupy, z których trzy pierwsze dotyczyły instytucji zewnętrznych w stosunku do WRS UMG, natomiast czwarta obejmowała działania podejmowane przez instytucje bezpośrednio powiązane z UMG:

1. Miejskie.
2. Wojewódzkie.
3. Krajowe.
4. Samodzielne działania.

Kryterium wydzielenia jednostek zewnętrznych (punkty 1–3 spośród powyżej wymienionych) był zasięg terytorialny ich odpowiedzialności⁷⁷. Do instytucji miejskich zaliczono: Komendę Miejską Policji w Gdańsku, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Straż Miejską w Gdańsku, Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień (GCPU), sądy szczebla rejonowego oraz część spośród placówek medycznych, stowarzyszeń i fundacji. Do instytucji o charakterze wojewódzkim: Morski Oddział Straży Granicznej im. płk. Karola Bacza, Izbę Celną w Gdyni, Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Urząd Statystyczny w Gdańsku oraz część spośród placówek medycznych wyższego poziomu referencyjnego, a także niektóre fundacje i stowarzyszenia. Do instytucji o charakterze ogólnopolskim zaliczono Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Główny Urząd Statystyczny⁷⁸.

W przypadku placówek szczebla powiatowego, autonomicznych względem Urzędu Miasta Gdańska, oraz placówek szczebla wojewódzkiego, istnieje problem uzyskania

⁷⁷ Dokładniej chodziło tu o kryterium związane z samymi badaniami terenowymi – czyli do kogo należało skierować pismo z prośbą o dane. Dla przykładu: zamiast do Urzędu Celnego w Gdańsku należało je skierować do instytucji nadrzędnej, czyli Izby Celnej w Gdyni. Z drugiej strony nie było konieczności kierowania pism do centrali MONARU, wystarczyło skontaktować się z jego dwiema placówkami zlokalizowanymi na terenie Gdańska.

⁷⁸ Pominęto inne instytucje o zasięgu ogólnopolskim, jak np. MONAR, NFZ, MSW, ponieważ aby uzyskać odnośne dane wystarczyło zwrócić się do ich oddziałów, agend, placówek itp. o zasięgu wojewódzkim, miejskim lub innym regionalnym.

ich aprobaty do podejmowanych działań. Cały czas prowadzone są działania w celu uzyskania od nich jak najbardziej wiarygodnych danych, chociaż nie zawsze spotyka się to ze zrozumieniem (podczas badania w 2015 roku taki problem szczególnie ostro wystąpił w przypadku Gdańskiego Centrum Zdrowia, co omówiono dokładniej w dalszej części tego rozdziału). Elementem budowania pozytywnego klimatu wobec działań na rzecz przeciwdziałania zjawisku narkomanii w mieście są szkolenia dla nauczycieli, strażników miejskich itd. na temat tegoż zjawiska.

Do czwartej grupy, spośród wymienionych powyżej (samodzielne działania) należą badania nad narkomanią zlecane przez WRS UMG bezpośrednio lub pośrednio (poprzez Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień) podmiotom zewnętrznym. Przykładem z 2015 roku tego typu badań są przeprowadzane co cztery lata wśród uczniów gdańskich szkół badania typu ESPAD. Nowym jakościowo działaniem w ramach badań i monitoringu są seminaria współorganizowane przez WRS UMG⁷⁹.

Instytucje zajmujące się przeciwdziałaniem zjawisku narkomanii podzielono na te, od których otrzymano już dane w wersji zweryfikowanej oraz na te, od których dane będą ulegały jeszcze gromadzeniu i poprawie. Przyjęta procedura badawcza była dwuetapowa. W pierwszym występowano do odnośnego podmiotu z prośbą o udostępnienie danych, których zakres podawano w piśmie. W przypadku części instytucji uzyskana odpowiedź była satysfakcjonująca. W przypadku innych, konieczne były dodatkowe spotkania w celu uszczegółowienia i weryfikacji otrzymanych danych. Mając na uwadze przejrzystość i czytelność niniejszego opracowania (co jest związane także z zaleceniami KBPN, aby raporty nie były zbyt obszerne), część zgromadzonych danych została wykorzystana jedynie pod postacią tzw. map statystycznych⁸⁰.

Wniosek:

Należy stwierdzić, że nadal nie wszystkie instytucje które są proszone o udostępnienie danych – robią to. Na szczęście powoli następuje poprawa sytuacji w tym zakresie.

⁷⁹ Np. Debata regionalna pt. „Organizacje pozarządowe w profilaktyce uzależnień” z dn. 08.05.2015 r. współorganizowana m.in. przez Urząd Miasta Gdańska, Fundację Praesterno oraz seminarium „Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w Gdańsku” z dn. 22.06.2008 r. współorganizowane przez Wydział Polityki Społecznej UMG oraz Katedrę Geografii Rozwoju Regionalnego Uniwersytetu Gdańskiego.

⁸⁰ Jest to zgodne z zaleceniami KBPN, a same mapy informacyjne są dostępne w WRS UMG.

2.3. Plany badawcze

Szczegółowe plany badawcze obejmują dwie grupy działań, które można podzielić na mikroskalowe i mezoskalowe. Działania mikroskalowe dotyczą Gdańska - zaleca się przeprowadzać monitoring problemów narkomanii w cyklu 2-4 letnim. Chodzi tu przede wszystkim o aktualizację danych, ale także o identyfikację nowych instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii. Ponadto zaleca się opracowanie wspólnych wytycznych opracowań typu ESPAD i podobnych (przeprowadzanych najczęściej co 4 lata), aby uzyskiwane w rezultacie ich przeprowadzenia wyniki były ze sobą porównywalne do monitoringu problemów narkomanii w mieście i do ewaluacji GPPN. Celowa byłaby koordynacja badań nad realizacją profilaktyki narkotykowej przez gdańskie szkoły (chodzi zwłaszcza o działania podejmowane przez szkoły w ramach zadań własnych). W tym celu niezbędna jest ściślejsza współpraca WRS UMG z GCPU.

W ramach działań o charakterze mezoskalowym zaleca się stworzenie forum wymiany informacji i koordynacji działań między samorządami miast tworzących rdzeń aglomeracji (Gdańsk, Sopot i Gdynia). Niezbędna wydaje się tu pomoc zarówno Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, jak i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, lecz przede wszystkim potrzebna jest dobra wola samorządowców z tych trzech miast. Można także wykorzystać organizacje zrzeszające samorządy, zwłaszcza Gdański Obszar Metropolitalny i metropolitarne forum NORDA.

Coraz większym problemem w Polsce są uzależnienia behawioralne, w tym od hazardu. Uznając wagę problemu polskie władze uchwały dnia 19 listopada 2009 roku ustawę o grach hazardowych (Dz.U. 2009 Nr 201 poz.1540 z późn. zm.). Jednym z jej efektów jest ustanowienie Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, z którego (począwszy od 2011 roku) mogą być finansowane także inne działania zmierzające do przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym („niechemicznym”), jak uzależnienia od Internetu, gier komputerowych, telefonu komórkowego, nałogowe zakupy, seksoholizm, pracoholizm itd. Jednostką zarządzającą tym funduszem jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Proponuje się podjęcie działań zmierzających do wstępnego rozpoznania zagrożeń behawioralnych na terenie Gdańska. Optymalnym byłoby przeprowadzenie badań w całym Trójmieście. Mogłyby one zostać sfinansowane np. ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Inna możliwość polegać by mogła na zainteresowaniu

tą problematyką odpowiedniej jednostki naukowej lub konsorcjum naukowego, które pozyskałoby fundusze na takie badanie, wykorzystując możliwości istniejące w ramach systemu finansowania nauki. Gdyby to okazało się trudne lub niemożliwe, należałoby wówczas rozważyć przeprowadzenie takich badań ze środków własnych samorządu miasta Gdańska (np. w ramach programu Ochrony Zdrowia Psychicznego).

Wnioski:

1. Ponowieniu ulega wniosek nr 2 (przedstawiony w podrozdziale 1.2.) o potrzebie intensyfikacji współpracy wewnątrz obszaru metropolitalnego (a zwłaszcza jego rdzenia obejmującego Gdańsk, Sopot i Gdynię) w zakresie przeciwdziałania narkomanii. W działania tego typu powinien włączyć się Wojewódzki Pełnomocnik ds. Uzależnień.
2. Wobec występujących problemów z porównywalnością danych dla kolejnych badań typu ESPAD realizowanych w Gdańsku zaleca się opracowanie wzorca zawierającego: (1) ściśle określone i niezmiennie wytyczne w odniesieniu do tego, które klasy i w jakich typach szkół mają być poddane badaniu ankietowemu, (2) wyraźnie zdefiniowane wytyczne co do liczebności próby, tak aby badania zawsze były reprezentatywne, (3) jednoznaczny wybór zbioru pytań wraz ze wzorcami odpowiedzi, który nie będzie ulegał zmianom przy kolejnych badaniach, (4) jednocześnie, aby zapewnić elastyczność badania, zaleca się zapewnienie możliwości dodawania lub likwidacji pytań (ale w tym drugim przypadku nie może to obejmować wzorca zdefiniowanego w poprzednim punkcie), (5) określenie zasad prezentacji otrzymanych wyników, w tym zakresie zaleca się preferowanie wykresów zawierających w każdym przypadku dane procentowe, a na końcu badania zamieszczanie aneksu zawierającego dane bezwzględne w postaci tabel.
3. Coraz większym problemem w Polsce są uzależnienia behawioralne. Sugeruje się zlecenie badań nad skalą tego zjawiska wśród gdańszczyzan, zwłaszcza młodzieży. Jest to aktualnie możliwe, dzięki adaptacji do polskich realiów specjalnej ankiety „test przesiewowy SOGS-RA”, dokonanej przez dr Jolantę Jarczyńską (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy). Wprawdzie w trakcie badań typu ESPAD przeprowadzonych w 2015 roku, pytano respondentów także o uzależnienia behawioralne⁸¹, ale cenne byłoby przeprowadzenie takich badań w oparciu o powyżej zaproponowaną metodę. Badania te mogą być sfinansowane albo przez Fundusz

⁸¹ *Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną*, 2015, Gdańsk, dostępne w WRS UMG.

Rozwiązywania Problemów Hazardowych administrowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, albo ze środków finansowych samorządu. Sugeruje się zainspirowanie tą problematyką badawczą odpowiedniej jednostki naukowej lub naukowego konsorcjum.

3. Charakterystyka zjawiska i trendów

3.1. Użytkowanie narkotyków w populacji generalnej

Za problemowego użytkownika narkotyków uważa się osobę, która regularnie i często używa nielegalnych narkotyków, co powoduje problemy zdrowotne i społeczne u tej osoby. Istnieje wiele metod szacowania liczby problemowych użytkowników⁸². Opierając się na metodzie wielokrotnego połowu (*capture-recapture*) w wariancie dla dwóch źródeł danych⁸³, ich liczbę w 2008 roku oszacowano na 2 936 osób. Lecz wartość informacyjną uzyskanego wyniku osłabia fakt, że jedna z prób użyta do szacowania była mało liczna. Ponadto należy mieć na uwadze, że liczba ta dotyczy jedynie osób posiadających stały meldunek w Gdańsku (oraz przebywających faktycznie w Gdańsku lub gminach sąsiednich⁸⁴). Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że w 2008 roku na 383 osoby zidentyfikowane jako posiadające meldunek w Gdańsku, a leczące się w NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar”⁸⁵, przypadało 11 osób zakwalifikowanych jako bezdomni (do daje 2,9% z tychże 383 osób), możemy szacowaną liczbę problemowych użytkowników narkotyków przebywających w Gdańsku zwiększyć właśnie o te 2,9%, co daje 3 021 osób⁸⁶. Szacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków powtórzono dla 2010 roku⁸⁷, otrzymując wynik 2 093 osób (spośród osób posiadających

⁸² J. Sierosławski, 2008, *Metody monitorowania* [w:] J. Sierosławski, B. Bukowska, P. Jabłoński (red.) *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*, Warszawa, s. 45–122.

⁸³ Pierwszy „połów” to dane otrzymane z NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar” w Gdańsku. Drugi „połów” to dane otrzymane z Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień.

⁸⁴ Gdyby zamieszkiwali w dalszej odległości od Gdańska, to nie leczyliby się w NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar” w Gdańsku, lecz w innej placówce, położonej bliżej ich aktualnego miejsca pobytu. A tym samym nie znaleźliby się w żadnym z dwóch „połowów”.

⁸⁵ Obecna nazwa: Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku Stowarzyszenie „Monar”. Placówka funkcjonuje także pod nowym adresem: ul. Srebrniki 9, 80–282 Gdańsk.

⁸⁶ Zabieg ten wydaje się tym bardziej prawomocny, że według Beaty Zajkowskiej (z NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar” w Gdańsku, obecnie: Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień W Gdańsku Stowarzyszenie „Monar”) większość spośród osób zakwalifikowanych jako bezdomni to mieszkańcy Gdańska, którzy utracili meldunek.

⁸⁷ Zastosowano tę samą metodę szacowania, co dwa lata wcześniej. Pierwszy „połów” to dane otrzymane

meldunek w Gdańsku). Jest to wprawdzie liczba dużo niższa, niż oszacowana dwa lata wcześniej, lecz ze względu na uwzględnienie w drugim „połowie” innej instytucji, nie można jednoznacznie stwierdzić, że liczba problemowych użytkowników narkotyków wśród obywateli Gdańska uległa zmniejszeniu. Badanie powtórzono dla 2011 roku⁸⁸ i otrzymano wynik 2 134 problemowych użytkowników narkotyków, którzy posiadają meldunek w Gdańsku i przebywają na jego terenie lub w okolicy⁸⁹.

Po konsultacjach ze specjalistami⁹⁰ oraz ponownym rozpoznaniu sytuacji w zakresie dostępności danych na terenie Gdańska, zdecydowano o modyfikacji dotychczasowej metody szacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków w Gdańsku. W teje modyfikacji dane pozyskano z: (1) Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku Stowarzyszenia „Monar”⁹¹ oraz (2) Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku⁹². Niestety, po weryfikacji danych dla lat 2012, 2013 i 2014 nie znaleziono części wspólnej połowu⁹³.

Tę samą procedurę powtórzono dla: (1) danych uzyskanych z Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku⁹⁴ oraz (2) ponownie danych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku. I ponownie nie uzyskano części wspólnej „połowu”. Dlatego też powrócono do wcześniej stosowanej metody, w której porównywano liczbę osób leczonych w: (1) Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku Stowarzyszenia „Monar” oraz (2) w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku. Lecz należy podkreślić, że minusem tych dwóch połowów jest to, że częściowo są one ze sobą

z NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar” w Gdańsku Drugi „połów” to dane otrzymane z Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku.

⁸⁸ Modyfikacja metody polegała na tym, że dokonano dwóch pomiarów. Pierwszy „połów” objął te same instytucje, co w 2010 r. w drugim „połowie” zamiast danych z w/w. szpitala wzięto dane z Miejskiej Poradni Uzależnienia i Współuzależnienia NZOZ Gdańskie Centrum Zdrowia. A następnie obliczono średnią z tych dwóch „połowów”.

⁸⁹ Dokładniej problemy związane z metodologią szacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków przedstawiono w podrozdziale 2.3.

⁹⁰ Z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (mgr Artur Malczewski) oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii (dr Janusz Sierosławski).

⁹¹ Dane otrzymano e-mailem dn. 05.12.2015 r. od Beaty Zajkowskiej (otrzymany e-mail wysłany był z konta prywatnego, więc go w tym miejscu nie podano) z Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku Stowarzyszenia MONAR

⁹² Dane otrzymano e-mailem dn. 26.11.2015 r. od Witolda Bocheńskiego (w.bochenski@mopr.gdansk.pl) z Zespołu Planowania i Sprawozdawczości MOPR w Gdańsku.

⁹³ Brak części wspólnej sugeruje brak występowania na terenie Gdańska problemowych użytkowników narkotyków, co oczywiście nie jest prawdą.

⁹⁴ Pismo nr 9655/2015 z dnia 02.12.2015 r. wraz z załącznikami.

powiązane⁹⁵. Stosując tę metodę oszacowano, że liczba gdańszczytan używających problemowo narkotyki wynosiła w 2012 roku 2 873 osoby, w 2013 roku 1 212 osób, a w 2014 roku 1 726 osób.

Uzyskane wyniki szacowań liczby problemowych użytkowników narkotyków metodą wielokrotnego połowu (*capture-recapture*) w wariancie dla dwóch źródeł danych przedstawiono w tabl. 3.1.1. Tak duże wahania w wielkości szacowanej liczby gdańszczytan używających problemowo narkotyków wynikają z niemożności uzyskania danych, które w pełni pasowałyby do zastosowanej metody, drugim czynnikiem zniekształcającym są częściowe zmiany źródeł danych. Tym niemniej uzyskane wyniki dają chociaż przybliżony ogląd rozprzestrzenienia zjawiska narkomanii wśród gdańszczytan przebywających w mieście.

Tabl. 3.3.1. Szacowana liczba gdańszczytan problemowo używających narkotyki w okresie 2008–2014

Rok	2008 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Osoby	2936	–	2093	2134	2873	1212	1726

Źródło: Opracowanie na podstawie materiałów rozproszonych (szczegółowe objaśnienia w tekście).

Istotnych danych na temat rozpowszechnienia zjawiska i problemów narkomanii w Gdańsku, dostarczają badania typu ESPAD, przeprowadzane wśród uczniów gdańskich szkół⁹⁶. Jednak poważnym mankamentem jest nieporównywalność wyników tychże badań uzyskiwanych w kolejnych latach. Stąd w niniejszym opracowaniu, zamiast tablicy lub wykresów obrazujących zmiany w kolejnych przekrojach czasowych, ograniczono się do omówienia osobno wyników każdego z tych badań. Nieporównywalność wyników wynika z kilku błędów, z których za najważniejsze uznano wymienione poniżej:

⁹⁵ Powiązane, tzn. że dotyczą osób trafiających do „połowu” z tej samej przyczyny, tu: leczonych z powodu narkomanii, co może zaniżać wyniki. Lepiej byłoby, gdyby te „połowu” były ze sobą niezwiązane np. zawierając osoby leczone z powodu narkomanii i właśnie otrzymujące pomoc z powodu narkomanii, albo zatrzymane przez Policję (ale nie wszyscy, tylko ci, którzy są uzależnieni – a na to niestety nie pozwalają statystyki policyjne).

⁹⁶ Badanie dla 2007 r. zostało przeprowadzone przez Macieja Dębskiego z Centrum Doradztwa i Badań Społecznych „SOCJOGRAM” na zlecenie WSS UMG i było zatytułowane *Używanie alkoholu, narkotyków i tytoniu przez uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych pn. „ESPAD” zgodnie z metodologią i standardami Europejskiego Programu Badań Ankiety w Szkołach* (badania trwały w okresie 26.XI–07.XII.2007 r. i przebadano 525 uczniów w klasach III gimnazjów i 498 uczniów w klasach II szkół ponadgimnazjalnych). Badanie dla 2011 roku zostało przeprowadzone przez Macieja Brosza, Annę Strzałkowską i Tomasza Tobisa na zlecenie Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień i było zatytułowane „ESPAD 2011 (raport z badań socjologicznych)” (badania objęły 502 uczniów w klasach II gimnazjów i 502 uczniów w klasach II szkół ponadgimnazjalnych, Badania dla 2015 roku, zatytułowano *Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną. Gdańsk, 2015*, maszynopis otrzymano z WRS UMG (objęły one 633 uczniów klas trzecich gimnazjum i 867 uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych).

1. W przypadku szkół gimnazjalnych badano uczniów innych klas (gdyż w badaniu z 2007 roku ankietowano uczniów klas drugich, a w 2011 roku uczniów klas trzecich); dla szkół ponadgimnazjalnych sytuacja przedstawia się lepiej, gdyż w obu przypadkach pytano uczniów klas drugich;
2. Pytania dotyczące rodzajów substancji psychoaktywnych różnią się między obiema ankietami;
3. Pytanie o częstość stosowania substancji psychoaktywnych jest odmienne w obu ankietach.
4. W opracowaniu wyników badania z 2015 roku zabrakło niektórych ważnych danych liczbowych obrazujących część spośród badanych procesów. Realizator badania ograniczył się jedynie do samych wykresów (bez umieszczenia pod nimi tabeli z danymi lub umieszczenia danych bezpośrednio na wykresie)⁹⁷.

Szczegółowo wyniki obu wspomnianych badań przedstawiono w załączniku 3.1.1. Poniżej przedstawiono ogólną analizę, bez próby pokazania w czasie zmian rozprzestrzenienia narkomanii (co uzasadniono powyżej). Wśród uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w 2007 roku najbardziej rozpowszechnionymi narkotykami były:

1. Marihuana, haszysz (konopie): 5,4% uczniów w swoim życiu używało ich 20 i więcej razy, przy czym ten odsetek był zdecydowanie większy wśród uczniów klas drugich ponadgimnazjalnych;
2. Amfetamina: 2,2% uczniów w swoim życiu używało ich 20 i więcej razy, przy czym ten odsetek był większy wśród uczniów klas drugich ponadgimnazjalnych;
3. Extasy: 1,2% uczniów w swoim życiu używało ich 20 i więcej razy, przy czym zdecydowanie dominowali tu uczniowie klas trzecich gimnazjalnych;
4. Sterydy anaboliczne: 1,1% uczniów w swoim życiu używało ich 20 i więcej razy, przy czym ten odsetek był większy wśród uczniów klas drugich ponadgimnazjalnych.

⁹⁷ Uzupełniono je później w oparciu o dane surowe. Obliczeń dokonał Maciej Brosz, dn. 20.03.2016 r.

W 2011 roku 4% uczniów gimnazjów i 11% uczniów szkół ponadgimnazjalnych używało marihuany i haszyszu 10 razy lub więcej. Z analizy wyników badania dla tego roku wyłoniło się inne niepokojące zjawisko, tj. używanie przez uczniów środków uspokajających lub nasennych wydawanych bez przepisu lekarza. Przynajmniej raz sięgnęło po nie 24% uczniów gimnazjów i 25% uczniów szkół ponadgimnazjalnych (szczegółowe wyniki w zał. 3.1.1.). Wyniki nowszych badań typu ESPAD z 2015 roku, podano dla marihuany w oparciu o ten raport, a dla pozostałych substancji w oparciu o obliczenia uzupełniające Macieja Brosza z dn. 20.03.2016 roku. Zauważono przede wszystkim:

1. Nadal wysoki odsetek zażywających marihuanę zadeklarowało, że zażywało ją 10 i więcej razy; 5,1% uczniów gimnazjum i 14,3% szkół ponadgimnazjalnych (czyli widzimy nawet wzrost w stosunku do badania z 2011 roku);
2. Istniejące cały czas zagrożenie związane z nieprawidłowym przyjmowaniem leków; leki uspokajające i nasenne wydawane bez recepty przyjmowało w 2015 roku często (tj. 10 i więcej razy) 3,1% uczniów gimnazjum oraz 4,6% uczniów szkoły ponadgimnazjalnej, ponadto alkohol z lekami często łączyło 1,5% respondentów z gimnazjum i 1,4% ze szkoły ponadgimnazjalnej, w przypadku środków przeciwbólowych było to odpowiednio 32,2% i 35,0%.

Natomiast tym, co podważa zaufanie do wyników badania ESPAD 2015 jest fakt, że 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%). Przy czym wątpliwości nie dotyczą samej metody badania, ale są związane z podejrzeniem, że niewielka część uczniów gimnazjum mogła wpisać „dla żartu” takie odpowiedzi. Podejrzenie to uprawomocnia odsetek uczniów, którzy zadeklarowali, że zażywali 40 razy i więcej re Levin⁹⁸ – w gimnazjum było to 0,6%, a w szkole ponadgimnazjalnej 0,1%.

⁹⁸ Jest to wymyślona nazwa, nie będąca określeniem żadnej występującej w rzeczywistości substancji psychoaktywnej.

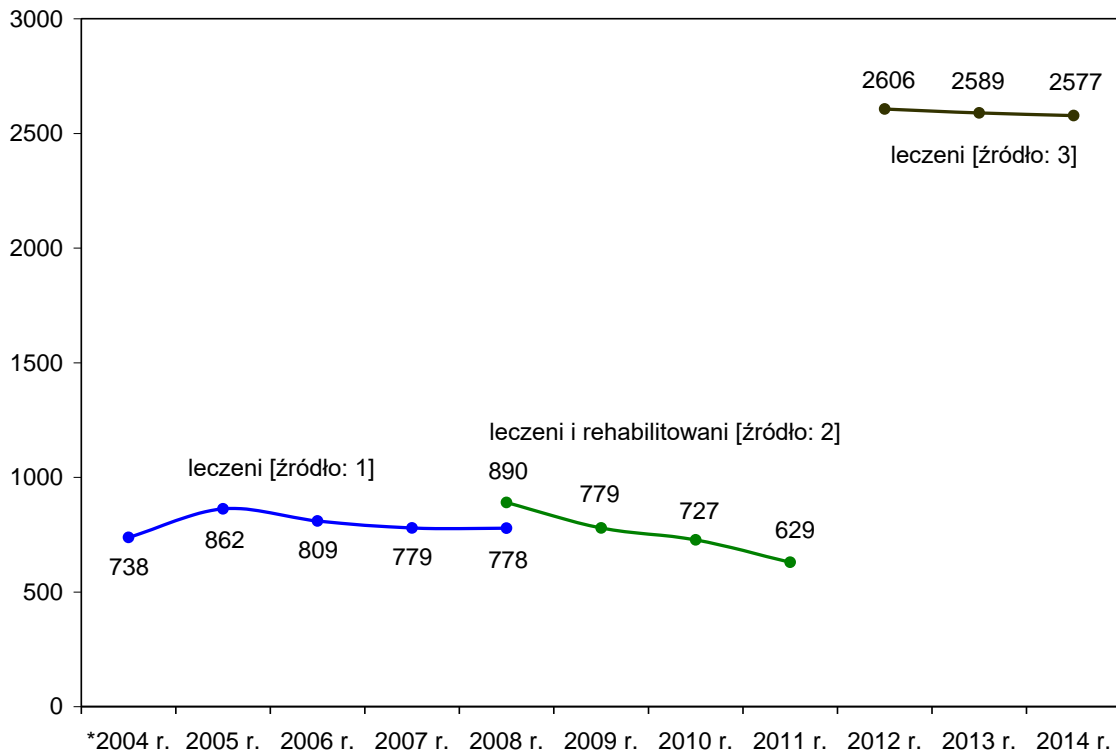
Wnioski:

1. Na podstawie dostępnych danych nie można jednoznacznie oszacować rozprzestrzenienia zjawiska narkomanii w Gdańsku. Liczbę problemowych użytkowników narkotyków posiadających stały meldunek w Gdańsku (i równocześnie zamieszkujących na jego terenie lub obszarze okolicznych gmin) szacuje się na około 1,9 tys. osób (średnia z trzech ostatnich lat: 2012–2014).
2. Nie dość, że przez czas utrzymuje się wysoki poziom zagrożenia młodzieży związany z używaniem marihuany, to porównanie lat 2011 i 2015 wskazuje, że nawet liczba użytkowników rośnie (np. deklarowało że zażywało ją 10 lub więcej razy w 2011 roku 11% a w 2015 roku 14,3%). Mając na uwadze budowanie atmosfery przyzwolenia i nawoływanie do legalizacji tego narkotyku ze strony niektórych polityków i tzw. celebrytów, zaleca się zwrócenie bacznej uwagi na zmiany w rozprzestrzenieniu używania marihuany.
3. Cały czas problemem jest niewłaściwe stosowanie leków przez zbyt duży odsetek uczniów gdańskich szkół (np. w 2015 roku 3,1% uczniów gimnazjum oraz 4,6% uczniów szkoły ponadgimnazjalnej zadeklarowało, że przyjmowało często, tj. 10 więcej razy, leki uspokajające i nasenne wydawane bez recepty. Po raz kolejny za istotną uznano konieczność zapewnienia czasowej porównywalności badań typu ESPAD (szczegóły podano we wnioskach w podrozdziale 2.3.).

3.2. Problemowe używanie narkotyków

Opierając się na danych udostępnionych przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ na temat liczby mieszkańców Gdańska leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie na terenie województwa pomorskiego (ryc. 3.2.1.) można stwierdzić duże różnice pomiędzy poszczególnymi latami. Niestety, zmieniające się klasyfikowanie procedur medycznych utrudnia sformułowanie w tej materii konstruktywnych wniosków. Należy przy tym zaznaczyć, że tak duża liczba osób leczonych dla lat 2012-2014 wynika z faktu, że z POW NFZ otrzymano dane nt. liczby leczonych z powodu konkretnych procedur medycznych, więc jest wielce prawdopodobne, że ta sama osoba mogła korzystać z dwóch lub nawet trzech procedur.

Ryc. 3.2.1. Liczba leczonych mieszkańców Gdańska (osób zameldowanych na stałe) na terenie województwa pomorskiego w okresie 2004–2014.



* dane obejmują jedynie część 2004 roku

Źródło: [1] E-mail wraz załącznikami otrzymany w dniu 03.11.2009 r. od Kierownika Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej POW NFZ [dane za 2004-2008]; [2] pismo WSOZ-M/MS-R/3/01/12 z dnia 10.01.2012 r. [dane 2008-2011]; [3] pismo 11NFZ/WSOZ-M-AS/MSH/5729/2016 z dnia 21.01.2016+ r. otrzymane od zastępcy dyrektora ds. medycznych POW NFZ.

Gdańszczanie leczeni z powodu narkomanii w przeważającej mierze mieszczą się w kategorii F.19 (ICD-10⁹⁹). Na przykład w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku¹⁰⁰ stanowili oni 79,2% hospitalizowanych w 2010 roku i 87,8% w 2014 roku. Potwierdzają to dane otrzymane z Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku¹⁰¹. Zgodnie z nimi w 2014 roku w placówkach zlokalizowanych na terenie Gdańska leczono 758 osób, z tego 50,9% z powodu stosowania kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych (F19), 20,1% z powodu stosowania kanabinoli (F12), 11,5% innych substancji pobudzających, w tym kofeiny (F15) i 10,2% z powodu

⁹⁹ F.19 to: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychotropowych.

¹⁰⁰ Pisma z teŕże placówki nr 8737/11 z dnia 28.12.2011 r., 5614/12 z dnia 17.07.2012 r., 9655/2015 z dnia 02.12.2015 r.

¹⁰¹ Pismo nr WZ-III.046.1.2016 z dn. 08.01.2016 r.

stosowania opiantów (F11), pozostałe przyczyny (F13 – leki uspokajające i nasenne, F14 – kokaina, F16 – substancje halucynogenne, F18 – rozpuszczalniki) stanowiły 7,4% całości leczonych.

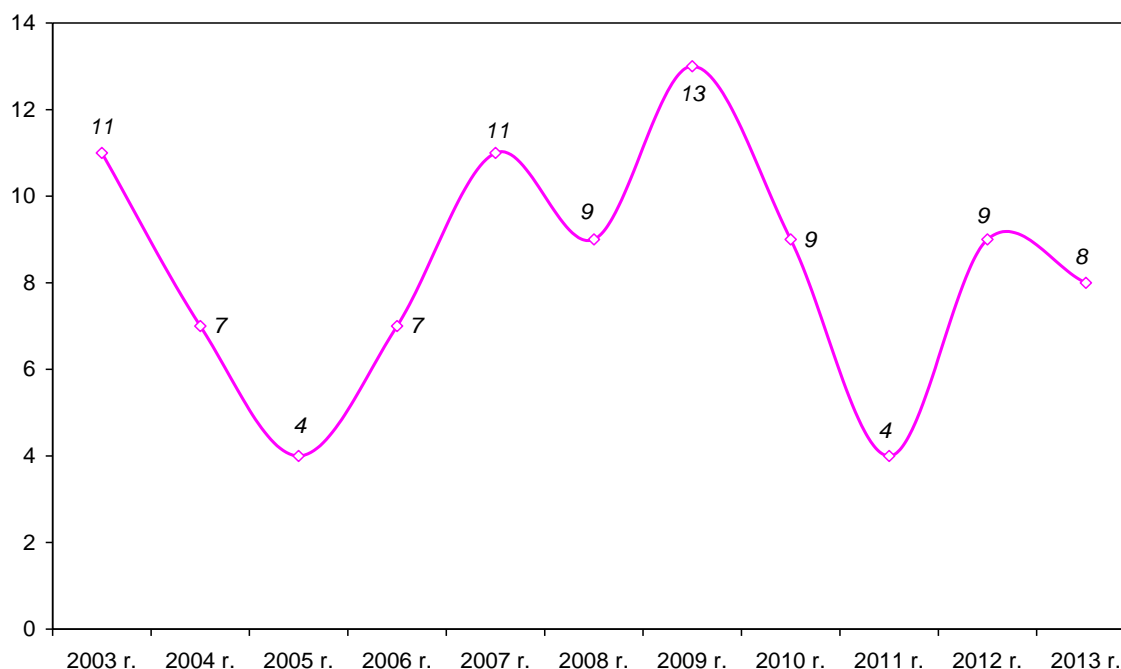
Wniosek:

Opierając się na dostępnych danych nie można jednoznacznie stwierdzić wzrostu lub spadku liczby problemowych użytkowników narkotyków, zameldowanych w Gdańsku, którzy podjęli leczenie. Natomiast zauważa się przewagę osób leczonych z powodu F19 (czyli stosowania kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych).

3.3. Konsekwencje zdrowotne i społeczne

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

Ryc. 3.3.1. Liczba zmarłych obywateli Gdańska w latach 2003–2013 z powodu używania narkotyków (F11–F12, F14–F16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12, Y14 – objaśnienie skrótów w zał. 3.3.1.)



Źródło: Opracowanie na podstawie danych Bazy Demograficznej GUS, dostęp online: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/> [28.11.2015].

Analizując dane na temat umieralności z powodu używania narkotyków w okresie 2003–2013 (ryc. 3.3.1.) zauważyć można niejednoznaczną sytuację (dokładne dane zawarto w zał. 3.3.1). Po okresie minimum dla lat 2004–2006, ponownie notowany jest wzrost liczby zgonów wśród mieszkańców Gdańska powodowanych przez problemowe używanie substancji psychoaktywnych, po czym w 2011 roku ponownie odnotowuje się minimum. Z analizy struktury zgonów według płci, dla całego tego okresu (tj. 2003–2013), zauważa się przewagę mężczyzn 63,0% nad kobietami (37,0%). Licząc dla całego okresu wyraźnie zaznacza się przewaga dwóch przyczyn zgonów¹⁰²:

1. X64, czyli zamierzone zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone leki, środki farmakologiczne i substancje biologiczne (33 zgony, czyli 35,9% całości);
2. X42, czyli przypadkowe zatrucie przez narażenie na narkotyki i leki psychodyleptyczne (halucynogenne), niesklasyfikowane gdzie indziej (32 zgony, czyli 34,8% całości).

Niestety, nie można jednoznacznie określić wpływu substancji psychoaktywnych na samobójstwa, gdyż w zdecydowanej liczbie przypadków dominuje kategoria „nie ustalono”. I tak w 2013 roku na 68 zamachów samobójczych (w tym 59 zakończonych zgonem), jedna osoba była pod wpływem substancji psychoaktywnej, a dla 54 nie ustalono, w 2014 roku było to odpowiednio: 89 (58) – 0 i 72, a dla 2015 roku odpowiednio 74 (58) – 0 i 60¹⁰³.

Począwszy od 1 stycznia 2009 roku w Gdańsku rozpoczęło działalność Pomorskie Centrum Toksykologii. Główną przyczyną zatrucia lub zaburzeń psychicznych z powodu zatrucia nie były środki w powszechnym mniemaniu uważane za narkotyki, lecz niewłaściwie przyjmowane leki. Stanowiły one w 2009 roku¹⁰⁴ przyczynę prawie 60%

¹⁰² Ponadto zgony odnotowano jeszcze w kategoriach: F-11 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów, X-44 (Przypadkowe zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone leki, środki farmakologiczne i substancje biologiczne), X-62 (Zamierzone zatrucie przez narażenie na narkotyki i leki psychodyleptyczne (halucynogenne), niesklasyfikowane gdzie indziej), Y-12 (Zatrucie przez narażenie na narkotyki i leki psychodyleptyczne (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).

¹⁰³ Opracowano w oparciu o pismo E. 501-1/2015 z dnia 04.01.2016 r. przesłane z Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku.

¹⁰⁴ Nowsze dane są niedostępne z racji zmiany kodowania pacjentów w systemie informatycznym tej placówki (źródło: e-mail z dn. 12.09.2010 r. od Daniela Cejrowskiego z tejże placówki).

hospitalizacji w Pomorskim Centrum Toksykologii¹⁰⁵. Narkotyki były przyczyną 12,1% hospitalizacji, a pozostałe przyczyny (głównie alkohol) były odpowiedzialne za 28,0%.

Obecnie w całym kraju widać wzrost zagrożenia nowymi środkami psychoaktywnymi (NSP), zwanymi potocznie dopalaczami. To zjawisko nie ominęło także Gdańsk. W okresie od 01.01.2015 roku do 23.07.2015 roku w Pomorskim Centrum Toksykologii odnotowano 209¹⁰⁶ przypadków zgłoszeń ostrych zatruc przy użyciu NSP (z tego w 99 przypadkach, z powodu ciężkiego stanu klinicznego chorych, konieczne okazało się ich dalsze leczenie z Pomorskim Centrum Toksykologii). Osoby zgłaszające zatrucie najczęściej nie wiedziały co przyjęły (najczęstsza informacja brzmiała „nieznany dopalacz” lub „jakiś dopalacz, chory nie wie jaki”)¹⁰⁷.

Dane na temat marginalizacji związanej z używaniem narkotyków można podzielić na dotyczące samych narkomanów oraz ich rodzin. W niniejszej analizie oparto się o dane udostępnione przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku. Zaprezentowano je w ryc. 3.3.2. Ponieważ bardzo często osoby uzależnione od narkotyków korzystające z pomocy teje palcówki tworzą jednoosobowe gospodarstwa rodzinne, dane odnoszące się liczby takich osób i och rodzin są zbliżone. Należy jednakże mieć na uwadze, że ze względu na ostre kryteria dochodowe uprawniające do otrzymania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej¹⁰⁸, liczba rodzin zagrożonych narkomanią i jednocześnie otrzymujących pomoc społeczną jest na pewno mniejsza, niż rzeczywiście zagrożonych narkomanią.

¹⁰⁵ 37,9% stanowiły leki uspokajające, nasenne, przeciwdepresyjne, psychotropowe, przeciwpadaczkowe (T42-T43), a 22,0% wszystkie leki poza T42 i T43 (źródło: nienumerowane pismo od p. Wojciecha Waldmana z dnia 22.11.2010 r.).

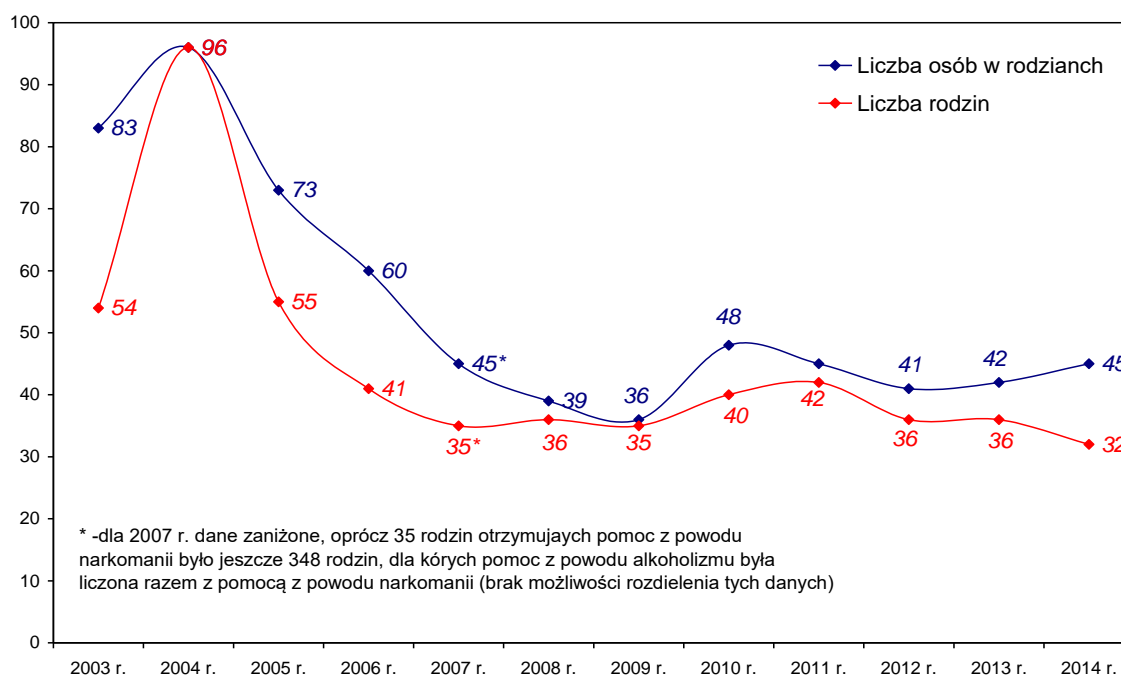
¹⁰⁶ Z tego 96 pacjentów (tj. 45,9%) pochodziło z terenu Gdańska. Wśród pacjentów dominowali mężczyźni (81,8%), ponadto byli to generalnie ludzie młodzi, mediana wieku dla kobiet wyniosła 17 lat, a dla mężczyzn 20 lat.

¹⁰⁷ Opracowano w oparciu o pismo z Pomorskiego Centrum Toksykologii (brak daty i numeru), które wpłynęło 31.07.2015 r. do Kancelarii Ogólnej Pomorskiego Urzędu Marszałkowskiego w Gdańsku i było zaadresowane do p. Hanny Zych-Cisoń.

¹⁰⁸ Kryteria dochodowe ulegają zmianie. I tak Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 lipca 2009 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. Nr 1027, poz. 1055) wyznaczało je dla osoby samotnie gospodarującej na poziomie 477 zł, a dla osoby w rodzinie na poziomie 351 zł; Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. poz. 823) wyznaczało je dla osoby samotnie gospodarującej na poziomie 542 zł, a dla osoby w rodzinie na poziomie 456 zł; a obecnie dla osoby samotnie gospodarującej wynosił 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)].

W analizowanym przedziale czasowym 2003–2014 wyróżnia się dwa okresy różniące się między sobą nasileniem korzystania z pomocy społecznej, z powodu narkomanii. W pierwszym, obejmującym lata 2003–2006, obserwowane jest nasilenie korzystania z tejże pomocy. Natomiast w latach 2008–2014 pomoc społeczna udzielana z powodu analizowanej przyczyny ustabilizowała się na relatywnie niskim poziomie. W analizie pominięto rok 2007, z racji nie w pełni wiarygodnych danych.

Ryc. 3.3.2. Liczba rodzin i osób w nich, którym Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w latach 2003–2014 udzielił pomocy w związku z narkomanią



Źródło: Pismo PS.WOR.VI.4104-28/08 z dnia 12.05.2008 r. (dane za 2003–2007); Pismo PS.WIOPŚ.I.4101-18(1)/09 z dnia 08.12.2009 r. (dane za 2008); Pismo PS.WPR.VI.4102-9/10 z dnia 26.10.2010 r. (dane za 2009 r.); e-mail otrzymany z Wydziału Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku (p. Iwona Goćław (iwona.gocal@gdansk.uw.gov.pl) oraz pismo PS.ZPS(S).I.4100-8/11 z dnia 30.12.2011 r. (dane 2010 r.); pismo: PS.ZPS(S).I.4100-1/12 z dnia .07.2012 r. (dane 2011 r.), e-mail z dn. 26.11.2015 r. od Witolda Bocheńskiego (w.bochenski@mopr.gdansk.pl) z Zespołu Planowania i Sprawozdawczości MOPR w Gdańsku (dane: 2012–2014).

Ponadto w porównaniu z liczbą rodzin, które otrzymywały w tym samym czasie pomoc z tytułu alkoholizmu, czy niezaradności życiowej, liczba rodzin otrzymujących pomoc z powodu narkomanii jest bardzo mała¹⁰⁹. Oczywiście interpretując te wyniki

¹⁰⁹ Np. w 2010 roku była to następująca kolejność udzielania pomocy społecznej przez MOPS/MOPR w Gdańsku (liczono liczbą osób w rodzinach, które korzystały z pomocy): ubóstwo (10777), niepełnosprawność (6677), bezrobocie (5548), bezradność w sprawach opiekuńczych ogółem (5442), długotrwała choroba (4902), potrzeba ochrony macierzyństwa ogółem (1766), bezdomność (979),

należy pamiętać, że (1) dana rodzina mogła otrzymać pomoc społeczną z więcej niż jednej przyczyny, (2) klasyfikacja powodu przyznania pomocy wymyka się sztywnym ramom zapisanym w wytycznych klasyfikujących przyczyny przyznania pomocy.

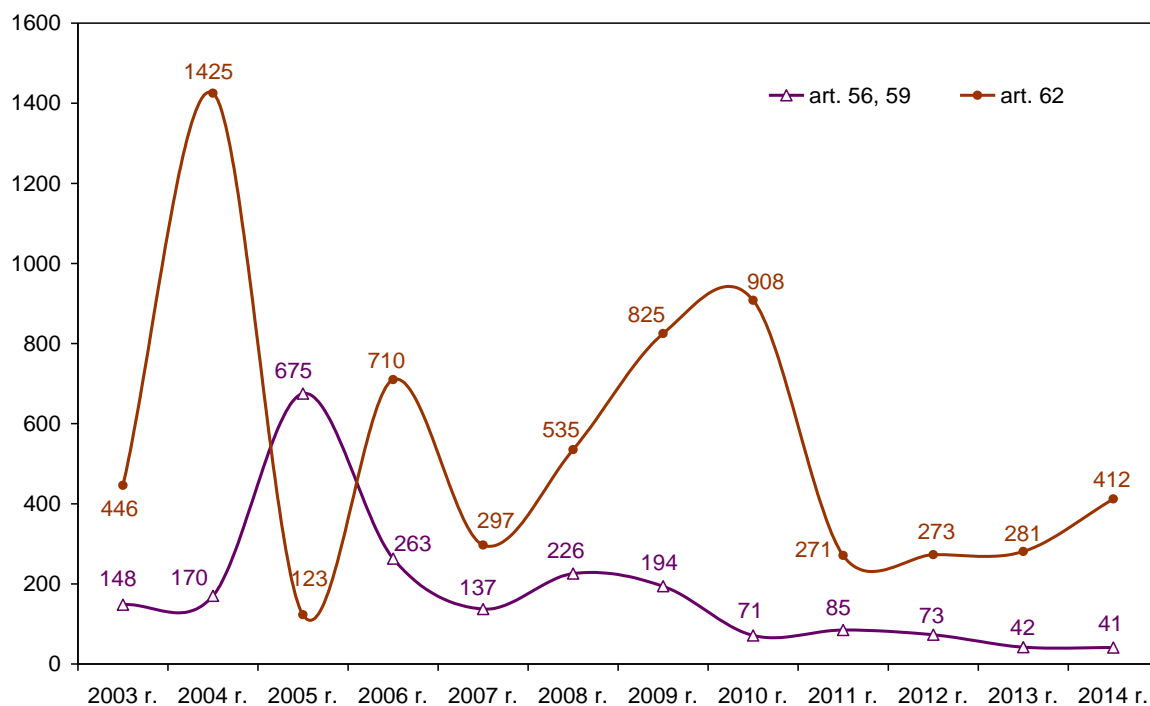
Kontakt z narkotykami często powoduje także kolizje z prawem. W niniejszym opracowaniu przestępstwa związane z narkomanią umieszczono w dwóch miejscach. Poniżej omówiono liczbę stwierdzonych przestępstw, natomiast w podrozdziale 4.6. skupiono się na rodzajach oraz wielkości zatrzymanych wolumenów środków.

Informacje na temat przestępczości związanej z narkotykami uzyskano analizując dane na temat liczby popełnionych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w oparciu o artykuły 56, 59 i 62¹¹⁰. Na ryc. 3.3.3. przedstawiono ogólnie zmiany w tym zakresie w Gdańsku, w okresie 2003–2014. Natomiast w załączniku 3.3.2. przedstawiono ich rozkład przestrzenny w podziale na komisariaty. W oparciu o zebrane dane można stwierdzić, że nie zauważa się trendu zmian w liczbie stwierdzanych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Jest to skutkiem z jednej strony specyfiki działań operacyjnych policji, z drugiej zaś, zmian w interpretowaniu przepisów prawa. Analizując rozkład przestrzenny (w oparciu o dane zaprezentowane w zał. 3.3.2.) natężenia omawianych przestępstw, stwierdza się, że najwięcej odnotowano ich w V Komisariacie w Gdańsku-Przymorzu, a najmniej w VI Komisariacie w Gdańsku-Nowym Porcie.

Ryc. 3.3.3. Liczba stwierdzonych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w zakresie artykułów 56, 59 i 62 w latach 2003–2014 przez funkcjonariuszy KMP w Gdańsku

alkoholizm (735), trudności po opuszczeniu zakładu karnego (290), przemoc w rodzinie (153), zdarzenie losowe (55) i wreszcie narkomania (48) (źródło: e-mail z Wydziału Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku (Iwona Gocław: iwona.gocal@gdansk.uw.gov.pl).

¹¹⁰ Art. 56 dotyczy wprowadzania do obrotu środków odurzających. Art. 59. dotyczy udzielania innej osobie środka odurzającego w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Art. 62 dotyczy posiadania środków odurzających.



Źródło: Pismo Ldz..D-I-1105/08 z dnia 12.05.12 wraz z jego aktualizacją otrzymaną w Sekcji Dochodzeniowo-Śledczej KMP w Gdańsku dnia 12.12.2008 r. [dane za lata: 2003–2007]; pismo L. dz. D-850/09 z dnia 04.12.2009 r. [dane za 2008 r.] ; pismo: D.-640/10 z dnia 23.11.2010 r. [dane: za 2009 r.]; pismo D.5604-274/11 z dnia 01.01.2012 r. [dane za 2010 r.]; pismo D.076-1/12 z dnia 24.07.2012 r. [dane za 2011 r.]; e-mail z dnia 01.12.2015 r. od mł. asp. Lucyny Rekowskiej z KMP w Gdańsku (rzecznikkmp@pomorska.policja.gov.pl) [dane za lata 2012–2014].

Wnioski:

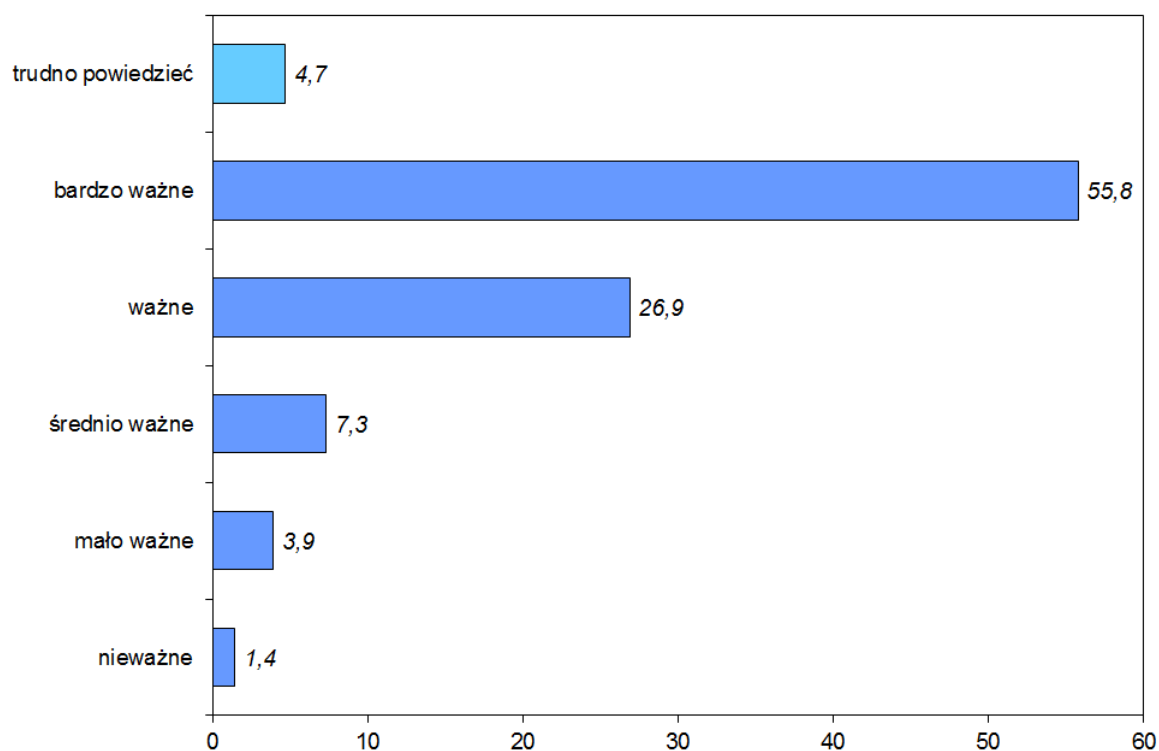
1. Liczba osób umierających z powodu używania narkotyków nie wykazuje tendencji do zmian.
2. W zakresie korzystania z pomocy społecznej w powiązaniu ze zjawiskiem narkomanii: wyróżniono dwa okresy: 2003–2006 o podwyższonym poziomie i 2008–2014 o niższym poziomie (chodzi tu o pomoc świadczoną przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie).
3. Nie obserwuje się także trendu zmian w odniesieniu do liczby przestępstw związanych z narkomanią. Natomiast duże fluktuacje w liczbie przestępstw stwierdzonych są oczywistym zjawiskiem, będącym skutkiem natury działań operacyjnych policji¹¹¹.

¹¹¹ Z rozmów z policjantami zajmującymi się tym rodzajem przestępstw wynika, że sprawozdawczość w tym zakresie ma charakter cykliczny wynikający z: fazy mniejszej podaży narkotyków z powodu rozbitcia grupy przestępczej, fazy rozpracowywania grupy przestępczej co może skutkować małą liczbą aresztowań, fazy likwidacji grupy przestępczej co w statystykach znajduje odzwierciedlenie w wyższej liczbie aresztowań.

3.4. Postawy wobec narkotyków i narkomanii

W Polsce narkomania jest postrzegana jako poważny problem. Na pytanie o najważniejszy problem społeczny w Polsce, 27,7% respondentów odpowiedziało, że jest nim bezrobocie, narkomania była na dziesiątym miejscu ze wskazaniem na poziomie 4,4%¹¹². Na ryc. 3.4.1. przedstawiono postrzeganie ważności problemu narkomanii przez mieszkańców Gdańska. Oparto się tu na badaniach z 2005 roku¹¹³. Zdecydowana większość badanych uważała narkomanię w mieście za problem ważny lub bardzo ważny (aż 82,7% respondentów). Najnowszych danych dostarczają badania z 2015 roku (ryc. 3.4.2.), które w sposób szczegółowy zostaną zostały omówione w rozdziale II.

Ryc. 3.4.1. Postrzeganie przez mieszkańców Gdańska ważności problemu narkomanii w 2005 roku (w % respondentów)



Źródło: Wzorce konsumpcji alkoholu i przemoc w rodzinie, 2005¹¹⁴.

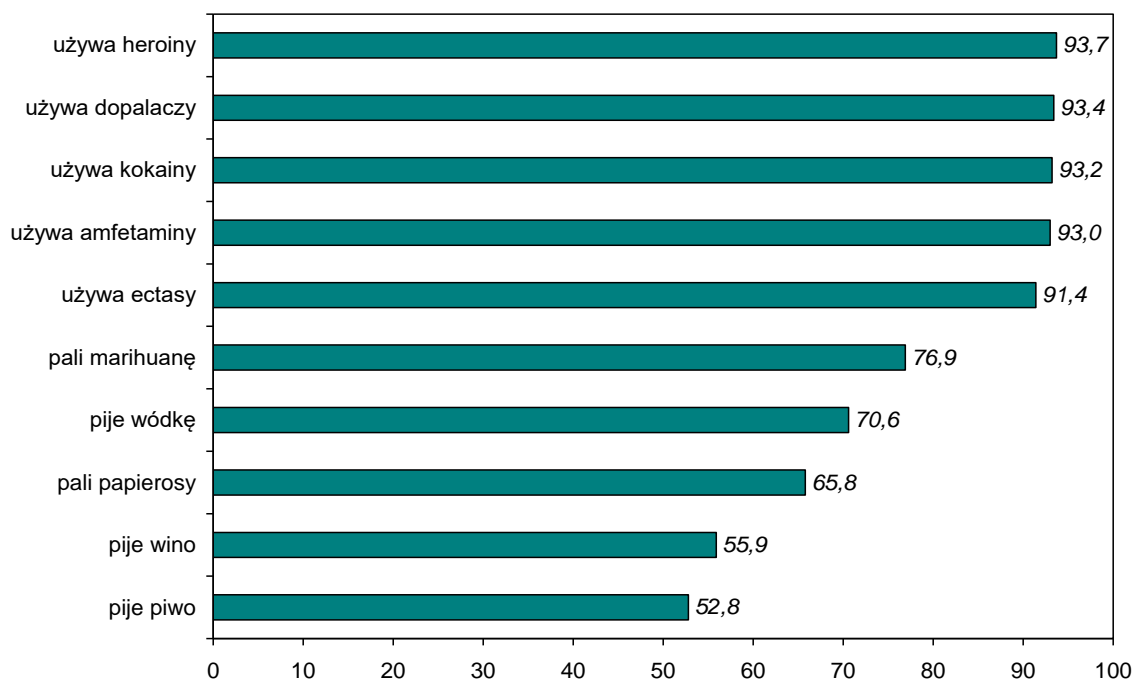
¹¹² Oparto się na badaniach przeprowadzonych w listopadzie-grudniu 2010 roku (źródło: A. Malczewski, M. Struzik, 2012, *Używanie substancji psychoaktywnych w Polsce*, „Serwis Informacyjny NARKOMANIA” nr 2 (58), s 36–41.

¹¹³ Zostały one wykonane przez Pracownię Badań Społecznych dla Urzędu Miejskiego w Gdańsku i Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdańsku w 2005 roku, maszynopis dostępny w WPS UMG.

¹¹⁴ Raport opracowany przez Pracownię Badań Społecznych z Sopotu dla Urzędu Miejskiego w Gdańsku i Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdańsku, maszynopis dostępny w WPS UMG.

Nie prowadzono dotychczas bezpośrednich badań na temat stosunku do narkotyków i skutków przez nie wywoływanych. Częściowych danych na temat postaw młodzieży dostarcza przygotowany w 2007 roku raport ewaluacyjny programu edukacyjnego na temat zaburzeń odżywiania realizowanego wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych¹¹⁵. Jedno z pytań dotyczyło przyszłych oczekiwań względem Urzędu Miasta pod kątem innych programów profilaktycznych. Najwięcej wskazań (13,0%¹¹⁶) dotyczyło darmowego programu szkoleniowego poświęconego używkom i uzależnieniom. Pośrednio dowodzi to, że młodzi mieszkańcy Gdańska widzą problem narkomanii w swoim otoczeniu i oczekują pomocy ze strony władz miasta.

Ryc. 3.4.2. Odsetek respondentów, którzy zdecydowanie potępią lub raczej potępią korzystanie przez 18-latkę od czasu do czasu z wymienionych używek



Źródło: *Diagnoza problemu narkotyków i narkomanii oraz ewaluacja Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Raport z badań socjologicznych, 2015*¹¹⁷.

¹¹⁵ T. Michalski, 2007, *Ewaluacja programów zleconych przez Urząd Miasta Gdańska w 2007 roku, pod kątem świadczeniobiorców: program diagnostyczny w kierunku zwiększenia skuteczności wykrywania gruźlicy; program wyszczepiania przeciw grypie osób po 60 roku życia; program dofinansowania rehabilitacji dla osób po 50 roku życia z dysfunkcją narządów ruchu; program przygotowania kobiety ciężarnej do porodu; program interwencji antynikotynowej skierowany do przyszłych matek, kobiet w wieku rozrodczym i młodych kobiet w wieku 15–18 lat; program badań profilaktycznych w kierunku nowotworu dolnego odcinka przewodu pokarmowego; program edukacji na temat zaburzeń odżywiania wśród młodzieży (szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych); maszynopis w WPS UMG. Badanie przeprowadzono pod koniec 2007 roku.*

¹¹⁶ Każdy respondent mógł sformułować maksymalnie dwa oczekiwania.

¹¹⁷ Badanie zrealizowane przez Zakład Realizacji Badań Społecznych w 2015 r. dla GPCU.

Stosunkowo wysoki odsetek rodziców uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych uważał (2009 r.), że używanie narkotyków jest poważnym zagrożeniem dla ich dzieci. Zdecydowanie tak odpowiedziało 53,4% rodziców uczniów szkół gimnazjalnych i 50,5% szkół ponadgimnazjalnych, raczej tak odpowiednio 10,2% i 9,1%. Z kolei na pytanie, czy używanie narkotyków jest poważnym zagrożeniem dla młodzieży uczącej się w szkole, w której Pan(i) pracuje, zdecydowanie tak odpowiedziało 22,2% pedagogów i 36,4% wychowawców (raczej tak odpowiednio 28,6% i 20,5%). Interesujący jest rozkład odpowiedzi twierdzących na pytanie: czy według Pan(i) na przestrzeni ostatnich 5 lat używanie narkotyków bądź substancji odurzających przez młodzież szkolną przybrało na sile. Zdecydowanie nasiliło się według 9,6% pedagogów i 20,7% wychowawców; raczej nasiliło się według 38,4% pedagogów i 39,7% wychowawców¹¹⁸.

Wniosek:

Gdańszczanie uważają narkomanię za poważny problem i widzą potrzebę realizowania programów w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

3.5. Dostępność narkotyków

Określenia dostępności narkotyków dokonano dwójako: (1) na podstawie danych i wywiadu przeprowadzonego w Komendzie Miejskiej Policji w Gdańsku oraz (2) badań ankietowych. W pierwszym przypadku wzięto pod uwagę dane na temat zatrzymań narkotyków, dokonywane przez funkcjonariuszy policji (w tym przypadku oparto się na danych Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku)¹¹⁹. Ponieważ dokładnie dane te przedstawiono w podrozdziale 4.6. przy okazji omawiania ograniczania podaży narkotyków, w tym miejscu można jedynie zaznaczyć, że rysuje się tendencja wzrostowa liczby zatrzymań marihuany, haszyszu, amfetaminy, heroiny. Natomiast cały czas obserwuje się wyraźny spadek wagi zatrzymywanej słomy makowej oraz „polskiej

¹¹⁸ Oparto się na badaniach *Więzi wewnątrzrodzinne uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w opinii pedagogów szkolnych, wychowawców klas oraz rodziców w kontekście problematyki spożywania substancji psychoaktywnych przez młodzież gimnazjalną oraz ponadgimnazjalną w Gdańsku*, 2009, SOCJOGRAM, dostęp online: www.gdansk.pl_27905.pdf

¹¹⁹ Pominęto w tym miejscu 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.

heroiny”. Z drugiej strony coraz większym problemem staje się przemyt przez granicę leków.

Ponadto na podstawie wyrywkowych danych można jedynie pokusić się o stwierdzenie, że następuje przesunięcie ciężaru rozprowadzania narkotyków ze sprzedaży ulicznej w stronę sprzedaży dokonywanych w dyskotekach, pubach itd. Z danych otrzymanych z Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku¹²⁰ wynika, że najpopularniejszym narkotykiem (szacowanie w oparciu o zatrzymania) jest grupa opiatów. Na przełomie 2011/2012 porcja heroiny, tzw. „ćwiara” (0,25 g) kosztowała w Gdańsku 50 zł. Dealerzy bardzo często oszukiwali kupujących, gdyż „ćwiara” zawierała nie 0,25 g heroiny, lecz zazwyczaj 0,16–0,18 g. Głównymi odbiorcami marihuany, amfetaminy itd. jest eksperymentująca młodzież (na podstawie wieku zatrzymywanych stwierdzono, że są to głównie osoby w wieku 16–28/30 lat). Podobnie rzecz wygląda w przypadku dopalaczy. Z racji wysokiej ceny kokainy (w zależności od jej jakości od 120 do nawet 300 zł za tzw. działkę) jest ona mniej rozpowszechniona, korzystają z niej osoby majątne.

Drugim źródłem informacji na temat dostępności narkotyków są badania ankietowe typu ESPAD przeprowadzone w 2007 i 2015 roku (tabl. 3.5.1.).

Tabl. 3.5.1. Odsetek respondentów, którzy w 2007 r. i 2015 r. na pytanie czy zdobycie danego narkotyku jest raczej łatwe bądź bardzo łatwe odpowiedzieli twierdząco¹²¹

Rodzaj substancji uzależniającej		III klasy szkół gimnazjalnych	II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Oba typy szkół razem
Marihuana lub haszysz (konopie)	2007	37,2	55,8	46,3
Crack	2015	11,9	12,9	
Extasy	2007	23,1	40,1	31,4
	2015	16,4	19,8	
Amfetamina	2007	21,6	38,0	29,5
	2015	18,2	23,4	
Metamfetamia	2015	14,0	18,4	
Kokaina	2015	18,1	17,3	
Leki uspokajające i nasenne	2007	52,2	55,8	53,9
	2015	46,1	48,2	
Substancje wziewne	2007	47,7	48,6	48,2

Źródło: *Używanie alkoholu, narkotyków i tytoniu przez uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych zgodnie z metodologią i standardami Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkolach*¹²²; *Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną*, Gdańsk, 2015, WRS UMG.

¹²⁰ Wywiad z dnia 30.06.2012 r., przeprowadzony przy okazji otrzymania pisma 08, l.dz. D.076-1/12.

¹²¹ W badaniu ESPAD w 2011 roku nie padło takie pytanie (M. Brosz, A. Strzałkowska, T. Tobis, 2011, *ESPAD 2011, Raport z badań socjologicznych*, dostępny na stronie internetowej GCPU).

¹²² Badanie zostało wykonane przez Macieja Dębskiego z Centrum Doradztwa i Badań Społecznych „Socjogram”, maszynopis znajduje się w WPS UMG.

Przed przystąpieniem do omówienia uzyskanych rezultatów należy przypomnieć, że wyniki tu prezentowane dotyczą młodzieży uczącej się w gdańskich szkołach, a nie młodzieży gdańskiej w ogóle¹²³. Z prezentowanych danych wyłania się obraz zgodny z przewidywaniami. To znaczy, że dostępność do większości narkotyków wśród młodzieży gimnazjalnej jest niższa, niż wśród osób uczących się w szkołach ponadgimnazjalnych. Dotyczy to zwłaszcza marihuany i haszyszu, extasy oraz amfetaminy. W przypadku substancji wziewnych oraz leków uspokajających bądź nasennych różnice są już mniejsze.

Osobno poddano analizie wyniki badań z 2011 roku¹²⁴. Zgodnie z nimi 28,5% badanych uczniów stwierdziło, że zdobycie marihuany (haszyszu, konopi), gdyby tego chcieli, byłoby łatwe. Dla kolejnych 17,8% byłoby to bardzo łatwe. Tylko 15,6% odpowiedziało, że byłoby to niemożliwe (9,0% powiedziało, że bardzo trudne, a 14,9% że raczej trudne). Natomiast 14,3% uczniów odpowiedziało: nie wiem. Ponadto blisko połowa badanych (44,8%) zaznaczyła, że doświadczyła sytuacji, w której była namawiana do spróbowania marihuany, ale odmówiła.

Dodatkowych, ważnych informacji o kondycji psychicznej młodzieży dostarcza informacja, że w 2008 roku aż 13% spośród respondentów brało leki uspokajające bądź nasenne z przepisu lekarza. W 2011 roku środki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza przynajmniej raz wzięło 24% uczniów drugich klas gimnazjów (4% wzięło je 10 razy lub więcej) oraz 25% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (5% wzięło je 10 razy lub więcej)¹²⁵, a dla 2015 roku¹²⁶ było to odpowiednio: 11,3% i 3,1% dla klasy III gimnazjum i 15,3% i 4,6% dla klasy II szkoły ponadgimnazjalnej. Może to świadczyć o małej odporności psychicznej młodzieży, a pośrednio, o jej większej podatności na narkotyki.

¹²³ Użyto terminu młodzieży uczącej się w Gdańsku, zamiast młodzieży gdańskiej, gdyż w gdańskich szkołach uczy się wiele dzieci, których rodzice są zameldowani poza powiatem grodzkim. O ile zjawisko to dotyczy w małym stopniu uczniów szkół gimnazjalnych, to już jest bardzo duże w odniesieniu do uczniów techników osiągając 26,5% (T. Michalski, 2007, *Ewaluacja programów zleconych przez Urząd Miasta Gdańska w 2007 roku, pod kątem świadczeniobiorców...*, maszynopis w WPS UMG).

¹²⁴ Źródło: *Używanie alkoholu, narkotyków i tytoniu przez uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych pn. „ESPAD” zgodne z metodologią i standardami Europejskiego Programu Badań Ankiety w Szkołach, 2011*, dostęp online: www.gdansk.pl/plik,24177.html. Badanie objęło uczniów III klas szkół gimnazjalnych i II ponadgimnazjalnych.

¹²⁵ W badaniu ESPAD w 2011 roku nie padło takie pytanie (M. Brosz, A. Strzałkowska, T. Tobis, 2011, *ESPAD 2011. Raport z badań socjologicznych*, dostępny na stronie internetowej GPCU).

¹²⁶ *Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną, Gdańsk, 2015*, WRS UMG + badania uzupełniające Macieja Brosza z dn. 20.03.2016 r.

Wnioski:

1. Z danych udostępnionych przez Komendę Miejską Policji w Gdańsku widać, że wzrasta liczba zatrzymań marihuany, haszyszu, amfetaminy, heroiny; natomiast gwałtownie spadła liczba zatrzymań słomy makowej oraz „polskiej heroiny”. Natomiast z danych służb granicznych widać w ostatnich latach wzrost przemytu leków.
2. Pomimo intensywnych działań Policji, prawie połowa uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych uważa (dane z 2007 roku dla pięciu środków psychoaktywnych, z 2011 roku i 2015 roku dla marihuany), że zdobycie narkotyków jest łatwe. Ponadto nastąpiło przesunięcie ich rozprowadzania z tzw. „bajzli” do pubów, dyskotek itp.
3. Dość duży odsetek młodzieży (zarówno w 2011 roku, jak i w 2015 roku) deklaruje, że zażywa środki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza (np. w 2015 roku 4,6% uczniów szkoły ponadgimnazjalnej zadeklarowało, że brało te leki bez recepty 10 i więcej razy). Zdaje się to świadczyć o relatywnie niskiej odporności psychicznej uczniów gdańskich szkół (stwierdzono to pośrednio, potwierdzenie lub odrzucenie tej tezy wymaga specjalistycznych badań).
4. Porównując dla 2007 roku i 2015 roku odpowiedzi uczniów gdańskich szkół w odniesieniu do łatwości zdobycia substancji psychoaktywnych, można zauważyć, że nastąpiło polepszenie sytuacji w tym zakresie, to znaczy że mniejszy odsetek deklaruje, że zdobycie narkotyków jest łatwe i bardzo łatwe (np. w przypadku extasy dla gimnazjum odnotowano spadek z 23,1% do 16,4%, a dla szkoły ponadgimnazjalnej z 40,1% do 19,8%).

3.6. Sytuacja w Gdańsku na tle dużych miast w Polsce

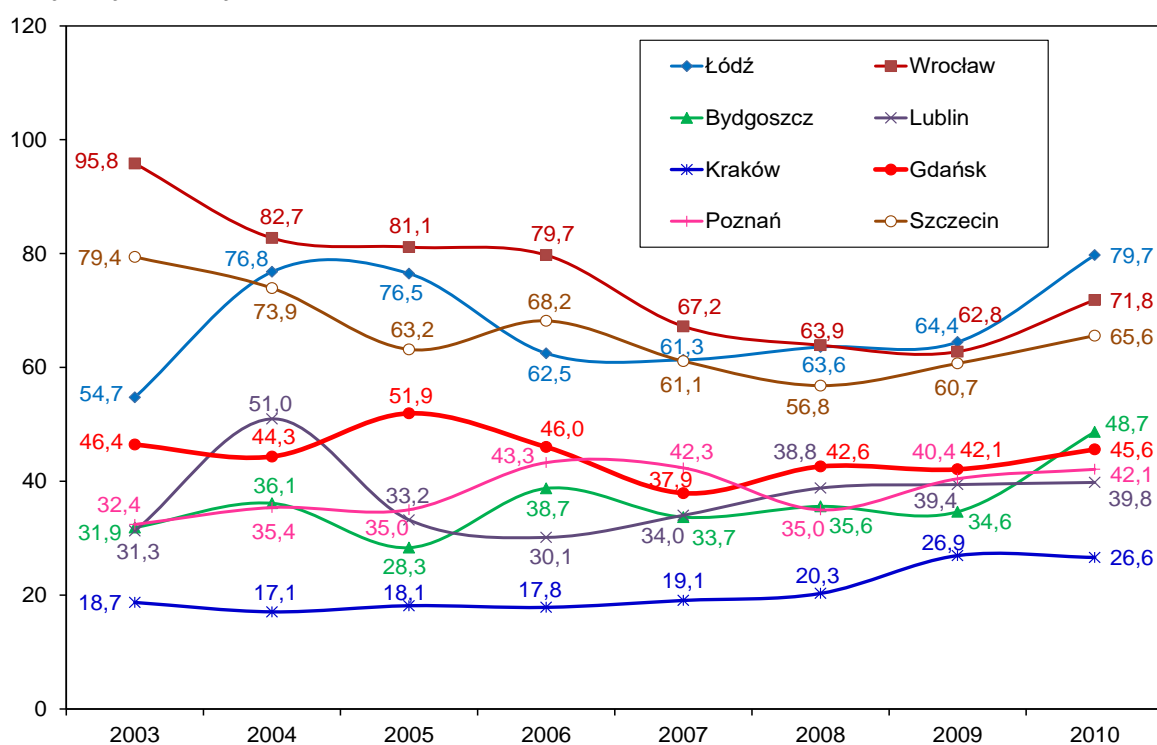
Ponieważ nie od dziś wiadomo, że nasilenie zjawiska narkomanii w dużych miastach znacząco różni się od jego rozpowszechnienia w miastach średnich, małych i na terenach wiejskich, stąd do porównań z Gdańskiem przyjęto miasta, które na koniec 2010 roku liczyły 300 tys. i więcej ludności¹²⁷. Dołączono do nich Gdynię, Olsztyn i Białystok z racji ich usytuowania na północy kraju. Aczkolwiek nie zawsze udawało się uzyskać wszystkie

¹²⁷ Łącznie jest to 10 miast: Bydgoszcz, Gdańsk, Katowice, Kraków, Lublin, Łódź, Poznań, Szczecin, Warszawa, Wrocław.

niezbędne dane. Przy czym należy mieć na uwadze, że te porównania dotyczą pojedynczych miast, jeśli wzięto by całą strefę podmiejską (w aglomeracjach) oraz miasta równorzędne plus strefę podmiejską (w konurbacjach), wyniki byłyby częściowo odmienne. Niestety, dane statystyczne w Polsce są gromadzone według granic administracyjnych a nie funkcjonalnych, stąd takie a nie inne porównania.

Dodatkowym czynnikiem komplikującym porównanie sytuacji w Gdańsku i w innych dużych miastach jest fakt, że nie są to dane (poza umieralnością, a i ta jest podawana z dużym opóźnieniem) objęte systemem statystyki publicznej, stąd są one dostępne z bardzo dużym opóźnieniem.

Ryc. 3.7.1. Liczba przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu narkomanii na 100 tys. mieszkańców, w wybranych¹²⁸ dużych miastach w latach 2003–2010.



Źródło: Opracowanie na podstawie pliku: Gminy-leczeni stacjonarnie-duże miasta 2012 (dane 2010).xls otrzymanego e-mailem z CIIN KBPN, w dniu 13.09.2012 roku oraz BDL GUS (niestety, nie uzyskano z CIIN KBPN nowszych danych, mimo wysłania prośby o nie).

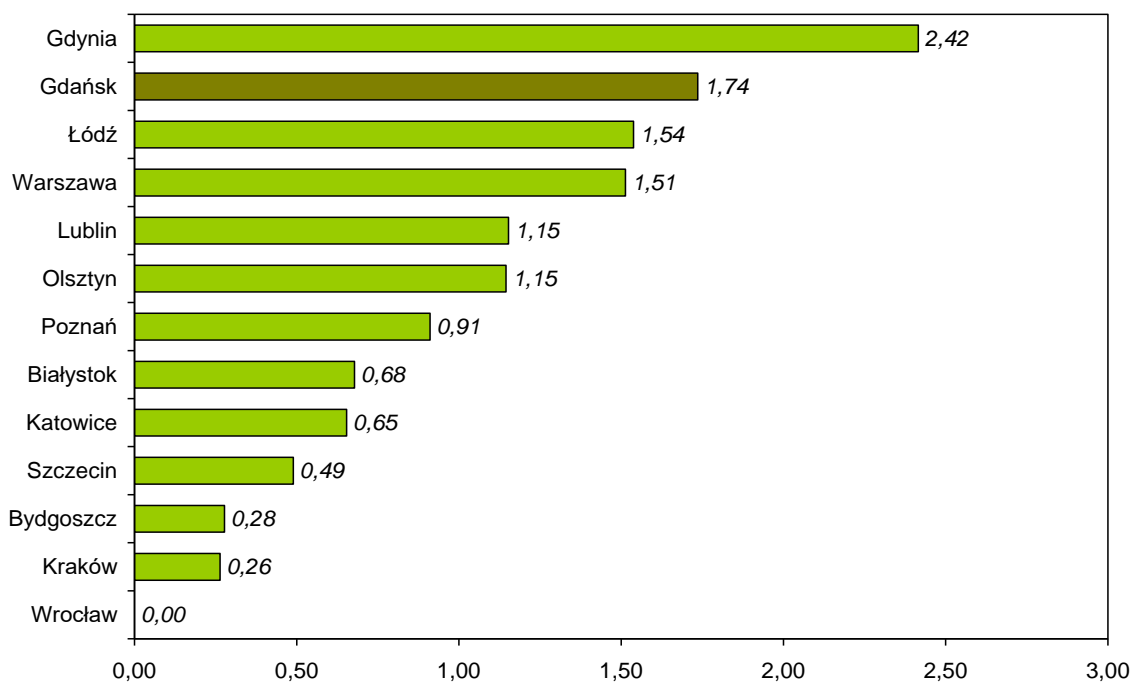
Biorąc pod uwagę liczbę przyjętych do leczenia stacjonarnego (we wszystkich placówkach zlokalizowanych na terenie kraju) sytuacja w Gdańsku w analizowanym okresie była przeciętna (średnia z lat 2003–2010 wynosiła 44,6 leczonych na 100 tys.

¹²⁸ Umieszczono te duże miasta, dla których CIIN KBPN udostępniło dane statystyczne.

mieszkańców). Gdańsk zajmował w 2010 roku czwarte miejsce, na pierwszym był Wrocław o najgorszej sytuacji (75,6), a ósmy Kraków o najlepszej (20,6). Sytuacja Gdańska w 2010 roku była podobna – zajmował on piąte miejsce (45,6), najgorzej było w Łodzi (79,7), najkorzystniej ponownie w Krakowie (26,6)¹²⁹. Liczby przyjętych do leczenia stacjonarnego w Gdańsku w okresie 2003–2010 nie wykazywały poważniejszych zmian. Niestety brakuje nowszych danych z KBPN.

Krańcowym efektem uzależnienia od środków psychoaktywnych jest śmierć. Na ryc. 3.7.2. przedstawiono natężenie umieralności z powodu narkomanii w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Wykaz przyczyn zgonów, które zaliczono jako powodowane przez narkomanię zawarto w legendzie do zał. 3.3.1. Z analizy danych przedstawionych na ryc. 3.7.2. wynika, że najgorszą sytuacją w zakresie natężenia zgonów związanych z zażywaniem narkotyków spośród dużych miast w 2014 roku odznaczały się Gdynia i Gdańsk. Podczas gdy kilka lat temu najgorzej było w Warszawie.

Ryc. 3.7.2. Liczba zmarłych powodu używania narkotyków na 100 tys. mieszkańców w 2014 roku



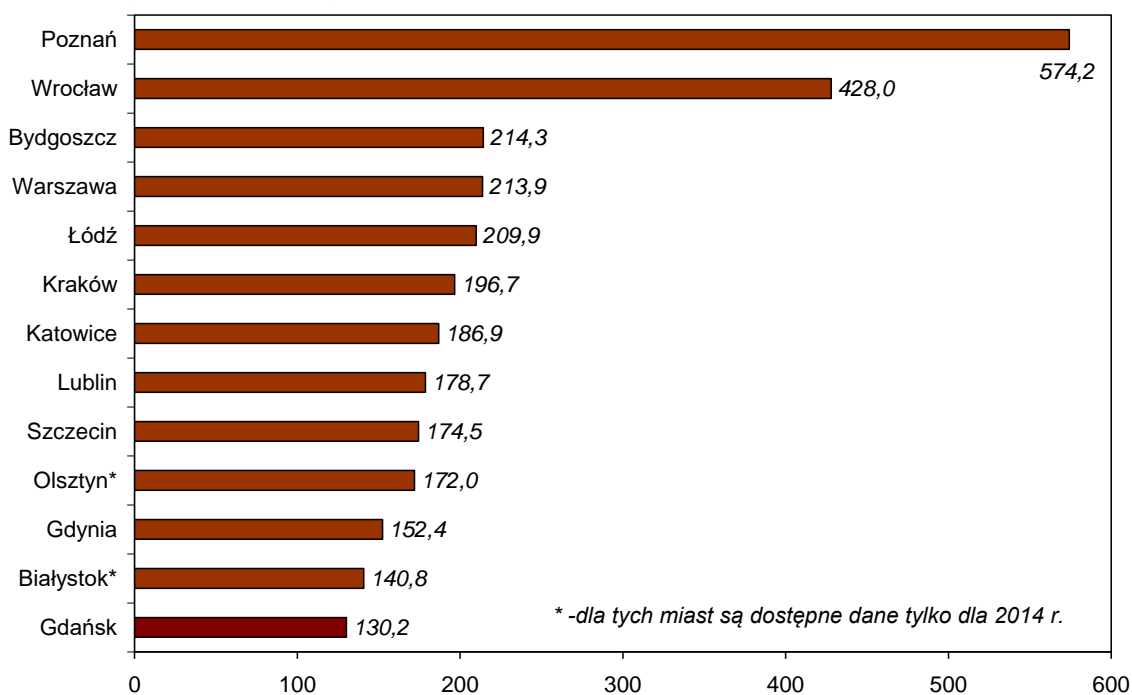
Źródło: Opracowanie na podstawie danych zawartych w Bazie Demograficznej GUS, dostęp online: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia> [28.11.2015] i BDL GUS, dostęp online: http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks [28.11.2015].

Ostatnim elementem wziętym do porównań była przestępczość narkotykowa (chodziło o przestępstwa popełnione z Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii z dnia

¹²⁹ Wartość porównań Gdańska z innymi dużymi miastami w Polsce osłabia fakt, że nie ma wśród nich Warszawy i Katowic. Lecz takie dane statystyczne otrzymano z CINN KBPN.

29.07.2005 r. z późn. zm.). Ponieważ liczba analizowanych tu przestępstw w układzie rocznym ulega dużym zmianom, stąd zdecydowano o wzięciu do analizy wartości średnie. Zgromadzone dane statystyczne umożliwiły obliczenie średniej z trzech lat: 2008r., 2011r. i 2014r.. Analizując liczbę przestępstw stwierdzonych na 10 tys. mieszkańców, dostrzec można (ryc. 3.7.3.), że sytuacja pod tym względem w Gdańsku była najlepsza¹³⁰ spośród analizowanych tu miast¹³¹. Podobne natężenie zanotowano także w Gdyni. Znaczyć to może dwie rzeczy: albo zagrożenie przestępczością narkotykową w Gdańsku faktycznie jest małe, albo działania antynarkotykowe podejmowane przez Policję są innego rodzaju niż w miastach o wysokich wartościach analizowanego tu współczynnika. Za pierwszą tezę przemawia to, że relatywnie niskie wartości współczynnika liczby przestępstw stwierdzonych z powodu narkomanii na 100 tys. ludności odnotowano także w innych miastach północnej Polski.

Ryc. 3.7.3. Liczba stwierdzonych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na 100 tys. mieszkańców, średnia z lat 2009, 2011 i 2014¹³²



Źródło: Opracowanie na podstawie danych Komendy Głównej Policji otrzymanych za pośrednictwem CINN KBPN oraz BDL GUS, dostęp online: http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks [28.11.2015]

¹³⁰ Dokładnie: dla 2009 roku współczynnik wynosił 181,6 stwierdzonego przestępstwa na 100 tys. ludności, w 2011 roku było to 88,9, a w 2014 roku 120,0.

¹³¹ Zmiany w czasie liczby przestępstw stwierdzonych na terenie Gdańska przedstawiono w załącznikach.

¹³² Średnia z lat zamiast danych dla jednego roku, gdyż jak to zasygnalizowano wcześniej – wykrywalność tego rodzaju przestępstw cechuje się fluktuacją. Aby uniknąć jej zniekształcającego wpływu – zdecydowano się na średnią.

Za istotne uznano także porównanie wybranych odsetków uczniów, którzy zadeklarowali, że nigdy nie korzystali z substancji psychoaktywnych. Wyniki badań dla Gdańska i Polski zestawiono w tabl. 3.7.1. Porównując używanie narkotyków wśród młodzieży uczącej się w Gdańsku¹³³ i w Polsce nie dostrzegamy poważniejszych różnic, aczkolwiek dostępność porównywalnych danych jest niska.

Tabl. 3.7.1. Odsetek uczniów w Gdańsku i Polsce, którzy zadeklarowali że nie używali danych środków psychoaktywnych w 2007 r., 2011 r. i 2015 r.

Rodzaj narkotyku	Szkoła	2007 r.		2011 r.		2015 r.	
		Polska	Gdańsk	Polska	Gdańsk	Polska**	Gdańsk
Marihuana, haszysz (konopie)	IIIIG	84,3	85,1	75,7	*84	75	81,1
	IIpG	72,1	61,8	62,7	62	57	56,4
Extasy	IIIIG	97,5	95,5	97,0			
	IIpG	95,8	85,8	95			
Amfetamina	IIIIG	96,2	93,8	95,4			
	IIpG	92,2	84,3	91,7			
LSD lub inne halucynogeny	IIIIG	98,2	96,3	96,7			
	IIpG	97,3	92,3	96,1			
Kokaina	IIIIG	98,2	96,5	96,7			
	IIpG	97,5	93,7	96,1			

III G – III klasa gimnazjum, IIpG – II klasa szkoły ponadgimnazjalnej

* prezentowane dane dotyczą IIIG (II klasy gimnazjum)

** razem narkotyki wstrzykiwane (heroina, kokaina, amfetamina)

** w momencie oddawani a niniejszego raportu, dla Polski były dostępne jedynie wstępne wyniki badania.

Źródło: opracowano w oparciu o (1) Sierosławski J., 2011, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Warszawa, tab. 27., s. 39; (2) *Używanie alkoholu, narkotyków i tytoniu przez uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych pn. „ESPAD” zgodnie z metodologią i standardami Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach*, 2008, maszynopis w WPS UMG; (3) *ESPAD 2011. Raport z badań socjologicznych*, dostęp online: <http://www.gcpu.pl>; (4) Sierosławski J., 2015, *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w 2015 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków. Espad*, dostęp online: <http://www.cinn.gov.pl/porta1?id=907006> [14.12.2015], (5) *Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną*, Gdańsk, 2015, WRS UMG.

Wnioski:

1. Na podstawie posiadanych fragmentarycznych danych można stwierdzić, że sytuacja w Gdańsku w zakresie zgonów będących skutkiem zażywania narkotyków jest gorsza, niż innych wielkich miastach (lecz podobna do notowanej w sąsiedniej Gdyni).

¹³³ Użyto terminu uczącej się w Gdańsku, zamiast młodzieży gdańskiej, gdyż w gdańskich szkołach uczy się wiele dzieci, których rodzice są zameldowani poza powiatem grodzkim. O ile zjawisko to dotyczy w małym stopniu uczniów szkół gimnazjalnych, to już jest bardzo duże w odniesieniu do uczniów techników osiągając 26,5% (T. Michalski, 2007, *Ewaluacja programów zleconych przez Urząd Miasta Gdańska w 2007 roku, pod kątem świadczeniobiorców...*, maszynopis w WPS UMG).

2. Dla odmiany, poziom przestępczości narkotykowej w Gdańsku jest najniższy spośród analizowanych tu dużych miast. Lecz jest to cechą charakterystyczną wszystkich badanych miast położonych na północy naszego kraju. Generalnie miasta mające na swoim terenie duże porty (lotnicze lub morskie) koncentrujące ruch międzynarodowy odznaczają się gorszą sytuacją; lecz Gdańska ta prawidłowość najwyraźniej nie dotyczy.

4. Opis i ocena posiadanych zasobów oraz podejmowanych działań

4.1. Ograniczanie popytu – profilaktyka

Zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz. U. Nr 78, poz. 428.¹³⁴) jednym z tzw. pięciu obszarów problemowych jest profilaktyka. A w jej ramach głównym celem: zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki. W ramach swoich zadań samorządy terytorialne są zobowiązane do zwiększenia zainteresowania problematyką zapobiegania narkomanii poprzez wdrażanie i dbałość o należyłą jakość gminnych i wojewódzkich programów przeciwdziałania narkomanii. W przypadku Gdańska działania w tym zakresie są realizowane głównie przez WPS UMG w ramach GPPN. Na ryc. 4.1.1. przedstawiono te nakłady w ujęciu ogólnym.

Dodatkowe obowiązki na samorząd¹³⁵ nakłada Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz. U. poz. 1249.)¹³⁶. Zgodnie z nim do zadań własnych szkół należy profilaktyka narkomanii. Pomocną rolę wobec szkół w zakresie realizacji tychże obowiązków spełniają Kuratorium Oświaty w Gdańsku oraz były już Wydział Edukacji UMG¹³⁷ (obecnie jest to część Wydziału Rozwoju Społecznego UMG).

¹³⁴ Starszy przepis obejmujący zakres czasowy niniejszego opracowania to: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010¹³⁴ (Dz. U. Nr 143, poz. 1033).

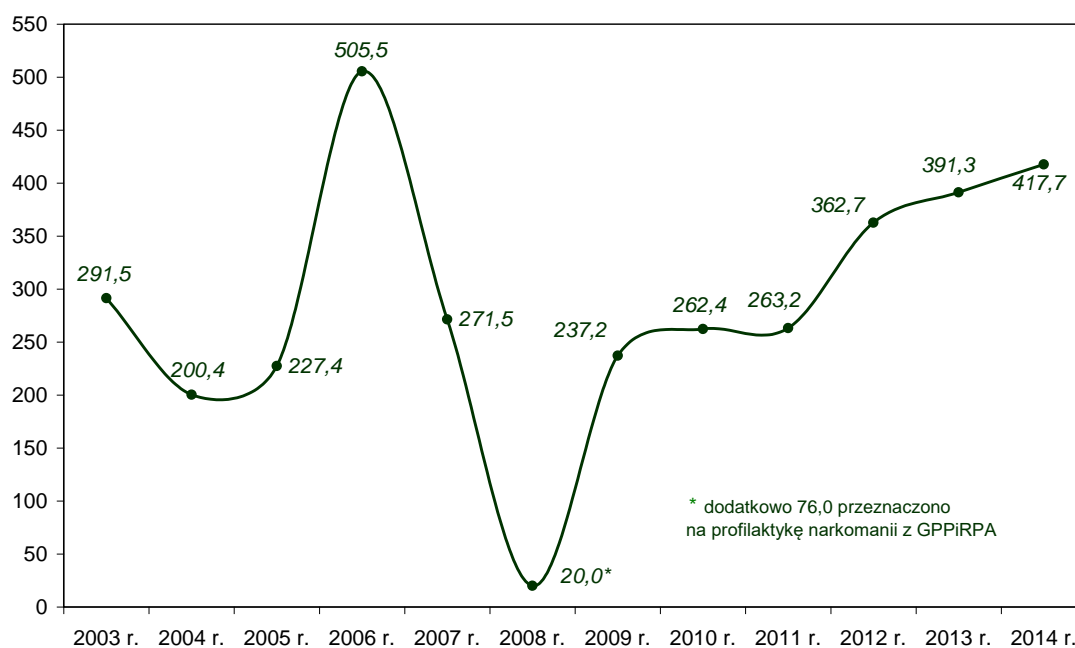
¹³⁵ Wprawdzie rozporządzenie dotyczy szkół, ale ponieważ zdecydowana większość spośród nich to placówki prowadzone przez samorząd, więc pośrednio ich zadania stają się zadaniami samorządu.

¹³⁶ Stare rozporządzenie obejmujące wcześniejszy zakres czasowy niniejszego opracowania to Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz. U. Nr 26, poz. 226.).

¹³⁷ Wydział Edukacji UMG przekazał w 2007 roku do szkół broszurę pt. *Procedury, strategie zarządzania*

Analizując zmiany w nakładach na programy profilaktyczne finansowane przez Wydział Rozwoju Społecznego UMG w ramach GPPN można zauważyć (ryc. 4.4.1.), że sytuacja w tym zakresie jest raczej stabilna - poza 2006 rokiem i 2008 rokiem. W pierwszym przypadku (2006 r.) był to wpływ radnych. W drugim (2008 r.) efekt świadomego działania. Zdecydowano, że większość programów z zakresu profilaktyki narkomanii będzie realizowana razem z programami profilaktyki problemów alkoholowych w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GPPRPA). I tam też były one wykazywane. Chodziło o osiągnięcie jak największego efektu synergicznego profilaktyki, gdyż drogi szerzenia się narkomanii i alkoholizmu są zbliżone. Niestety, w trakcie realizacji tych programów w 2008 roku stwierdzono, że minusy takiego ich połączenia przeważają nad pozytywami i zdecydowano, że począwszy od następnego roku programy profilaktyki narkotykowej będą realizowane w starej formule, tj. z wyraźnie wykazanim osobnym finansowaniem. A ich koordynacja z programami profilaktyki problemów alkoholowych będzie się odbywać na poziomie koncepcyjnym, a nie finansowym.

Ryc. 4.1.1. Zmiany nakładów [w tys. zł, ceny bieżące] w ramach GPPN w okresie 2003–2014 ponoszone przez WPS/WRS UMG na programy profilaktyczne

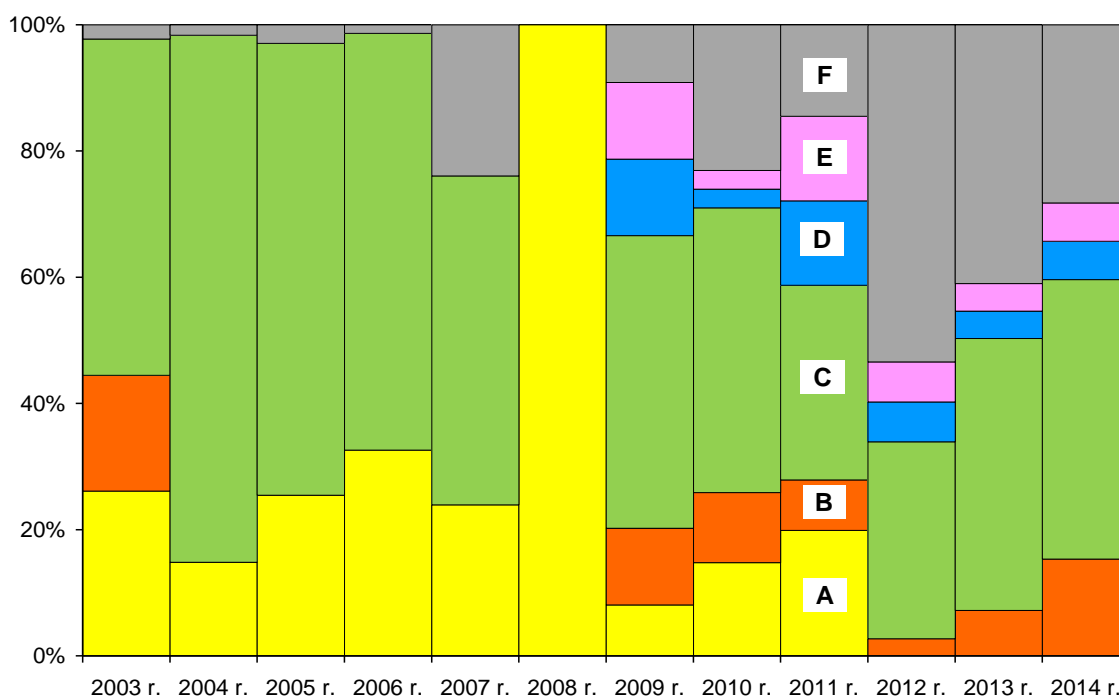


Źródło: Roczne sprawozdania z WPS/WRS UMG z realizacji GPPN za lata 2003–2014.

kryzysem w szkole. Została ona opracowana przez Zespół ds. Przeciwdziałania Problemom Wychowawczym, działający na podstawie Zarządzenia Nr 1424/06 Prezydenta Gdańska z dnia 05.12.2006 roku.

Na ryc. 4.1.2. przedstawiono strukturę wydatkowanych środków według realizatorów programów profilaktycznych z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Pomijając nietypowy 2008 rok, dostrzegamy prawidłowość polegającą na tym, że do 2010 roku dominowały placówki związane z „Monarem” (znaczone jako A, B na ryc.4.1.2.) oraz TPŚ „Mrowisko”. Rok 2011 był przełomowy, w kolejnych latach znaczenie tych trzech placówek uległo dużemu zmniejszeniu. Tym niemniej, po roku „przełomowym”, obserwujemy powolny wzrost znaczenia TPŚ „Mrowisko”. Wyjaśnienie tych przemian leży w kompetencjach komisji ogłaszającej konkurs w zakresie profilaktyki narkomanii oraz wybierającej realizatorów do niej.

Ryc. 4.1.2. Udziały głównych realizatorów programów profilaktycznych finansowanych przez WRS UMG w ramach GPPN w okresie 2003–2014



A – Stowarzyszenie „Monar” Ośrodek Leczenia, Terapii, Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku (dawna nazwa: NZOZ MONAR Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku).

B – Stowarzyszenie „Monar” Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku (dawna nazwa: NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR”), do tej kategorii dołączano też wskazania finansowe na beneficjenta: Zarząd Główny „Monar” w Warszawie.

C – Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej „MROWISKO” lub NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „MROWISKO”.

D – Fundacja Centrum św. Jacka.

E – Gdańskie Stowarzyszenie Pedagogów Praktyków, ul. Stryjewskiego 28, Gdańsk.

F – Pozostali realizatorzy.

Źródło: Roczne sprawozdania z WPS/WRS UMG z realizacji GPPN za lata 2003–2014.

Spośród innych niż WRS UMG instytucji prowadzących własne programy profilaktyczne zidentyfikowano dotychczas:

1. Komendę Miejską Policji w Gdańsku: nie realizuje ona specjalnego programu dedykowanego profilaktyce narkomanii. Tego typu treści są realizowane w ramach cyklicznie odnawianego działania „Miejski program zapobiegania przestępczości oraz porządku publicznego i bezpieczeństwa obywateli”¹³⁸.
2. Komendę Straży Miejskiej w Gdańsku, która prowadzi aktualnie dwa programy profilaktyki narkotykowej. Pierwszy, pod nazwą „Narkotyki? Ze mną nie wygrasz!”, rozpoczął się w 2003 r., lecz w pełni zaczął funkcjonować od 2005 roku. W jego ramach organizowane są spotkania z młodzieżą (w 2014 roku były to 92 spotkania). Drugi program pt. „Dopalacze - czy warto?” Rozpoczął się w 2014 roku (wtedy to w jego ramach odbyło się 47 spotkań z młodzieżą)¹³⁹.
3. Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego: w analizowanym okresie swoje działania prowadził on w ramach dwóch cyklicznych programów¹⁴⁰. Zrealizowano tu cały szereg działań, z których bezpośrednio Gdańska dotyczyły: program szkoleniowy w 2006 roku zorganizowany przez SP ZOZ OTU w Smażynie; konferencja w 2006 roku pt. „Nowoczesne podejście do profilaktyki. Zapewnienie informacji dla prowadzenia racjonalnej i akceptowalnej społecznie polityki wobec narkomanii”¹⁴¹, nowy program szkoleniowy w 2007 r.¹⁴². Zakupiono i rozprowadzono 1300 płyt CD z programem zajęć wychowawczych „Dlaczego stop narkotekom?” oraz plakatów opracowanych przez Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Archidiecezji Gdańskiej¹⁴³. W 2009 roku udzielono dotacji

¹³⁸ Opracowano na podstawie pism: E-77/08 z dnia 05.12.2008 r.; D.076-1/12 z dnia 24.07.2012 r. oraz wywiadów, w zapytaniu z 2015 roku nie uzyskano potwierdzenia realizacji tego programu.

¹³⁹ Opracowano na podstawie: pism: SM.Pr/5237/58/JŚ/11/9940 z dnia 27.12.2011 r.; SM.PR.432.14.1.JŚ.2012.5849 z dnia 16.08.2012 r.; SM.Pr.430.110.2015.1.AS.5412 z dnia 09.12.2015 r.

¹⁴⁰ *Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010* i *Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2015* (aktualnie obowiązujący program został zatwierdzony Uchwałą Nr 1265/LII/10 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 8.11.2010 r.).

¹⁴¹ Była adresowana do przedstawicieli samorządów terytorialnych z województwa pomorskiego. Organizatorem był SP ZOZ OTU w Smażynie.

¹⁴² Obejmował szkolenie z zakresu przygotowania do pracy nad zmianą postaw młodzieży i dorosłych wobec środków odurzających oraz spotkań edukacyjno-profilaktycznych z młodzieżą. Organizatorem był Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „Plus” Eko „Szkoła Życia” NZOZ w Wandzinie.

¹⁴³ Płyty CD i plakaty zostały rozprowadzone w szkołach na terenie województwa pomorskiego. Koszt tego działania wyniósł 15,0 tys. zł.

dla 24 organizacji pozarządowych oraz dla 12 samorządów gminnych¹⁴⁴ na programy przeciwdziałania narkomanii i jej skutkom, tak więc przyznane środki nie dotyczyły tylko profilaktyki, lecz także programów opiekuńczych oraz interwencji kryzysowej. W 2010 roku pomoc finansową otrzymało 40 organizacji pozarządowych (na kwotę 292,6 tys. zł), natomiast (z powodu braku środków finansowych) zrezygnowano z udzielania wsparcia finansowego dla gminnych świetlic socjoterapeutycznych¹⁴⁵. W 2011 roku wsparto program „Mikołajki” realizowany przez NZOZ „Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku¹⁴⁶; począwszy od 2011 roku przesunięto ciężar programów finansowych z działań profilaktycznych na inne (wykazano je w dalszych częściach niniejszego opracowania w podrozdziałach prezentujących inne formy ograniczania popytu na narkotyki)¹⁴⁷.

4. Pomorski Urząd Wojewódzki, który realizował w przeszłości program pod nazwą „Działka”, obejmujący oprócz profilaktyki także leczenie i rehabilitację¹⁴⁸.
5. Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień: ta instytucja realizuje bardzo szeroką ofertę programów profilaktycznych, często dotyczą one jednocześnie profilaktyki problemów alkoholowych i narkomanii. Większość tych działań jest finansowanych ze środków samorządu gdańskiego, ale także pozyskiwane są środki zewnętrzne (w tym unijne) w postaci grantów¹⁴⁹.

Ponadto w analizowanym okresie w Gdańsku, realizowane były jeszcze programy profilaktyczne finansowane przez instytucje szczebla centralnego, lecz w świetle posiadanych danych ich znaczenie jest marginalne, ograniczając się właściwie do programu „Twój styl”¹⁵⁰. Był on finansowany w latach 2003 i 2004 oraz ponownie w 2010 r. i 2011 r.

¹⁴⁴ Realizatorzy tego programu pomoc skupiają na tych samorządach, które posiadają małe wpływy finansowe z koncesji na sprzedaż alkoholu (pismo: ROPS.P.0724/75/10 z dnia 3.11.2010 r.)

¹⁴⁵ Pismo: ROPS-P.9072.45.11 z dnia 29.12.2011 r.

¹⁴⁶ Sprawozdanie merytoryczne tej placówki za 2011 r.

¹⁴⁷ Stwierdzono na podstawie pism: ROPS-P.9072.18.12 z dnia 2.08.2012 r. i ROPS.P.9072.44.15 EOD 86286/11/2015 z dnia 23.11.2015 r. Otrzymane pisma dość ogólnikowo opisują działania władz samorządowych województwa pomorskiego w tym zakresie, stąd bardziej szczegółowa analiza nie jest możliwa.

¹⁴⁸ Dane na temat programów finansowanych przez Pomorski Urząd Wojewódzki są fragmentaryczne.

¹⁴⁹ Oparto się o załącznik do e-maila otrzymanego od Ewy Topór z GCPU w dn. 20.09.2012 r. oraz sprawozdania z działalności GCPU za lata: 2012–2014.

¹⁵⁰ Był on realizowany przez NZOZ „Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku.

przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii relatywnie niewielkimi sumami pieniędzy (przy czym program ten jednocześnie realizował także cele związane z leczeniem i rehabilitacją). Brak informacji o kontynuacji tego programu w kolejnych latach.

Działania profilaktyczne w szkołach są prowadzone przez wiele podmiotów finansowanych z budżetu UMG. Ponadto szkoły realizują działania profilaktyczne w ramach zadań własnych, określonych przez Ministra Edukacji Narodowej. Niestety, trudno jest określić jakość tych programów.

Jednakże pomimo wielu instytucji prowadzących programy profilaktyczne w gdańskich szkołach, jak też samych działań szkół, poziom świadomości uczniów i ich rodziców w zakresie zagrożenia powodowanego przez narkomanię był nadal zbyt niski¹⁵¹. Także specjaliści zajmujący się problemem narkomanii na terenie Gdańska stwierdzili pilną konieczność uporządkowania sytuacji w zakresie działań profilaktycznych prowadzonych przez szkoły w ramach ich zadań własnych. Rodzi to konieczność dokładnej inwentaryzacji wszystkich programów prowadzonych w gdańskich szkołach, a następnie ich koordynacji. Powinno to pozwolić na zwiększenie poziomu wiedzy wśród uczniów i ich rodziców z jednej strony i podniesienie efektywności (w ujęciu relacji koszty-efekty) tychże działań z drugiej. Ponadto w świetle badań widać, że młodzież oczekuje rzetelnych programów profilaktycznych (patrz podrozdział 3.4.). Dodatkowym czynnikiem przemawiającym za dokonaniem przeglądu programów profilaktyki realizowanych w szkołach jest rosnące zagrożenie ze strony nielegalnie pozyskiwanych i następnie przyjmowanych leków, tj. leków wymagających przepisu od lekarza (patrz podrozdziały 3.1. i 3.2.).

Wnioski:

1. WRS UMG poprzez GPPN ma dominujące znaczenie w finansowaniu programów profilaktycznych z zakresu narkomanii, adresowanych do osób na stałe zameldowanych w Gdańsku bądź będących uczniami gdańskich szkół.
2. Jako ważne i potrzebne należy uznać włączanie do programach profilaktyki narkomanii zagadnień związanych z dopalaczami. Działania w tym zakresie powinny zostać zintensyfikowane. Ponieważ KBPN ma całościowy obraz sytuacji w Polsce, sugeruje się

¹⁵¹ Oparto się na raporcie pt. *Więzi wewnątrzrodzinne uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych* opracowanym w 2009 r. przez Macieja Dębskiego z Centrum Doradztwa i Badań Społecznych „Socjogram”, maszynopis dostępny w WPS UMG).

przed podjęciem konkretnych działań na terenie Gdańska, skonsultowanie się z tą instytucją w celu uzyskania rekomendacji w tym zakresie.

3. Widać dość wyraźne przemiany w strukturze (ocenianej nakładami finansowymi w ramach GPPN) realizatorów profilaktyki narkotykowej. Celowe byłoby uzyskanie odpowiedzi od komisji konkursowej na temat przyczyn tak dużych zmian w tejże strukturze realizatorów.

4. Obserwuje się powolne wycofanie się samorządu województwa pomorskiego z działań w zakresie profilaktyki narkomanii na rzecz działań nakierowanych na osoby już uzależnione od narkotyków.

5. Występuje pilna konieczność uporządkowania sfery związanej z profilaktyką narkomanii prowadzoną w szkołach, a dokładniej chodzi tu o programy realizowane w tym zakresie w ramach zadań własnych szkół. Wymagałoby to przede wszystkim działań WRS UMG (głównie tej jego części, która zajmuje się edukacją), przy ścisłej współpracy z GCPU, Kuratorium Oświaty oraz dotychczasowymi głównymi realizatorami działań profilaktycznych i KBPN. Sugeruje się, aby te działania odbyły się w trzech fazach: (1) pierwsza obejmowałaby analizę stanu obecnego (podfaza inwentaryzacji realizowanych programów profilaktyki narkotykowej realizowanej przez szkoły w ramach zadań własnych, podfaza druga zawierałaby ocenę jakości tych programów), (2) druga obejmowałaby sformułowanie zaleceń dla szkół, (3) trzecia – ocenę realizacji tych zaleceń i wskazanie kierunków dalszych działań. W przypadku wdrożenia tychże działań przewiduje się, że mogą one potrwać nawet do 5 lat (m.in. ze względu na chociażby odmienny czasookres funkcjonowania szkół – rok szkolny i odmienny od instytucji miejskich – rok kalendarzowy).

4.2. Ograniczanie popytu – leczenie i rehabilitacja

Drugi obszar problemowy wyróżniony w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz. U. Nr 78, poz. 428)¹⁵² dotyczy leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych oraz reintegracji społecznej. Działania podejmowane w jego ramach przedstawiono

¹⁵² I nie uległo to istotnym zmianom w stosunku do wcześniej obowiązującego Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010¹⁵² (Dz. U. Nr 143, poz. 1033).

w rozdziałach 4.2. (leczenie i rehabilitacja), 4.3. (readaptacja społeczna) oraz 4.4. (ograniczanie szkód). Celem tychże działań jest poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania w społeczeństwie osób uzależnionych od narkotyków. W ramach jego realizacji najważniejsza rola przypada Narodowemu Funduszowi Zdrowia (zwłaszcza w zakresie leczenia i rehabilitacji). Tym niemniej samorzady mają do spełnienia ważką rolę poprzez wspieranie szkoleń adresowanych do różnych grup realizatorów, poprawę dostępności do świadczeń, wspieranie rozwoju placówek ambulatoryjnych, programów redukcji szkód oraz programów nastawionych na reintegrację społeczną osób uzależnionych.

Zlokalizowane na terenie miasta Gdańska placówki zajmujące się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków można podzielić na trzy grupy ze względu na okres przebywania w nich: (1) długo i średniookresowe, (2) krótkookresowe i (3) ambulatoryjne. Oczywiście niektóre placówki prowadzą działalność w więcej, niż jednej formie.

Do placówek zajmujących się leczeniem długo i średnioterminowym należą:

1. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza. Niestety z dniem 1.07.2007 r. został zlikwidowany 9-lóżkowy oddział detoksykacyjny (istniejący od 1990 r.). W okresie od 2005 roku do momentu likwidacji leczono w nim 1006 osób, z tym, że była widoczna tendencja spadkowa, gdyż w 2005 roku było to 382 pacjentów, w 2006 roku – 364, by w 2007 roku spaść do 260 (z tym, że z dniem 1 lipca oddział detoksykacyjny przestał istnieć)¹⁵³. Tym niemniej pacjenci uzależnieni od narkotyków są leczeni na innych oddziałach. W 2008 roku było to 48 mieszkańców Gdańska, a w kolejnych latach: 2009 r. (43), 2010 r. (48), w 2011 r. (56), w 2012 r. (53), w 2013 r. (70) i w 2014 r. (82)¹⁵⁴ – widać zatem w ostatnich latach tendencję wzrostową.
2. Stowarzyszenie „Monar” Ośrodek Leczenia, Terapii, Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku. Leczone są w nim osoby do 24 roku życia. Było to odpowiednio: 123 pacjentów (w 2003 r.), 114 (w 2004 r.), 94 (w 2005 r.), 80 (w 2006 r.), 109 (w 2007 r.), 61 (w 2008 r.), 129 (w 2009 r.), 91 (w 2010 r.),

¹⁵³ Źródło: e-mail z załącznikiem z dnia 14.05.2008 r. od Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku.

¹⁵⁴ Dla danych za 2008 r. i 2010 r. pismo: L.dz.8737/11 z dnia 28.12.2011 r., dla danych za 2009 r. pismo L.dz.6510/10 z dnia 25.10.2010 r.; dla danych za 2011 r. pismo 5614/12 z dnia 17.07.2012 r., dla danych za lata 2012–2014 pismo 9655/2015 z dnia 02.12.2015 r.

92 (w 2011 r.), 92 (w 2012 r.), 127 (w 2013 r.), 133 (w 2014 r.)¹⁵⁵ – widać zatem tendencję początkowo spadkową, a następnie wzrostową.

3. Gdańska filia NZOZ „Medseven” z Bydgoszczy zajmująca się leczeniem metadonem, gdzie przeciętnie leczonych jest 40 pacjentów.
4. W 2012 roku pojawiła się placówka lecząca metadonem, związana z SPZOZ Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gdańsku (wcześniej był to SPZOZ OTU w Smażynie), gdzie przeciętnie jest leczonych 50 pacjentów.

Do placówek zajmujących się leczeniem krótkoterminowym zaliczamy:

1. NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „MROWISKO”¹⁵⁶.
2. Pomorskie Centrum Toksykologii w Gdańsku, które swoją działalność rozpoczęło z początkiem 2009 roku, przyjmując w tym roku 58 pacjentów z Gdańska¹⁵⁷.

Wśród placówek zajmujących się leczeniem ambulatoryjnym znajdują się:

1. Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia „Monar”¹⁵⁸, w której leczono: 1062 pacjentów (2003 r.), 1020 (2004 r.), 1031 (2005 r.), 972 (2006 r.), 836 (2007 r.), 692 (2008 r.), 632 (2009 r.) i 666 (2010 r.), 619 (2011 r.), 579 (2012 r.), 641 (2013 r.), 688 (2014 r.)¹⁵⁹ – obserwuje się w początkowym okresie tendencję spadkową, która następnie przeszła w fazę stabilizacji.
2. Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień, które posiadało Poradnię Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych¹⁶⁰. Od połowy 2009 roku ta placówka nie prowadzi już leczenia.

¹⁵⁵ Źródło: Specjalne pismo (bez numeru i daty) otrzymane z NZOZ „MONAR” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku [dane: 2003–2007]; Sprawozdania merytoryczne z kolejnych lat w zakresie świadczeń leczniczo-rehabilitacyjnych oraz leczniczo-readaptacyjnych [2008–2014].

¹⁵⁶ Jest on wprawdzie zlokalizowany w Sopocie na al. Niepodległości 817A, lecz należy do Towarzystwa Profilaktyki Środowiskowej „MROWISKO” z siedzibą w Gdańsku – zdecydowano więc o jego umieszczeniu w niniejszym opracowaniu (tym bardziej, że leczeni są w nim także mieszkańcy Gdańska).

¹⁵⁷ Źródło: Nienumerowane pismo od Wojciecha Waldmana z dnia 22.11.2010 r. Nowszych danych brak, gdyż obecnie w swoich sprawozdaniach ta jednostka agreguje pacjentów z dokładnością do województwa (NUTS-2) a nie powiatu (NUTS-4).

¹⁵⁸ Do 2012 roku placówka funkcjonowała pod nazwą NZOZ „MONAR” Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień.

¹⁵⁹ Źródło: Sprawozdania merytoryczne za lata 2003–2014.

¹⁶⁰ Leczono się w niej: 49 pacjentów (2004 r.), 46 (2005 r.) 18 (2006 r.), 16 (2007 r.), 40 (2008 r.); źródło: Sprawozdania roczne MZ-16, MZ-15 Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień od Alkoholu PZOZ.

3. Placówki Towarzystwa Profilaktyki Środowiskowej „MROWISKO”, niestety nie uzyskano szczegółowych danych na temat ich funkcjonowania..
4. Stowarzyszenie „Monar” Ośrodek Leczenia, Terapii, Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku. W jego przypadku leczenie ambulatoryjne ogranicza się do członków rodzin i przyjaciół młodzieży leczącej się stacjonarnie w ośrodku, stąd dane na ten temat zostały uwzględnione w podrozdziale 4.3. poświęconym readaptacji społecznej. Ponadto od 2015 roku placówka zaczęła także realizować program „Rodzinna Poradnia MONAR”.
5. 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ zajmował się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków w latach 2003–2004.
6. Począwszy od połowy 2009 roku ambulatoryjnym leczeniem osób uzależnionych od narkotyków zajęła się Miejska Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia należąca do NZOZ Gdańskie Centrum Zdrowia. W tym okresie przyjęto 17 pacjentów z Gdańska¹⁶¹, w 2010 roku było to 15 pacjentów, a w 2011 roku 25 pacjentów¹⁶². Niestety, pomimo wysłania zapytania – nie otrzymano nowszych danych.

Wprawdzie większość gdańszczyzan leczonych z powodu narkomanii korzysta z placówek zlokalizowanych na terenie Gdańska, lecz zdarza się oczywiście też, że trafiają oni do innych placówek¹⁶³. Głównym płatnikiem finansującym programy leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków jest Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (POW NFZ). Na ryc. 4.2.1 przedstawiono zmiany w czasie tych nakładów ponoszonych przez POW NFZ. Można wyróżnić trzy okresy finansowania gdańskich placówek zajmujących się leczeniem narkomanii. (1) Pierwszy to lata 2004–2007, kiedy to analizowane nakłady wynosiły przeciętnie około 1,2 mln zł rocznie, (2) drugi: 2008–2011, kiedy to wynosiły przeciętnie 1,7 mln zł, (3) trzeci to lata 2012–2014, kiedy to nakłady wzrosły do średnio 2,3 mln zł rocznie. Przy czym należy zaznaczyć, że nie są to pieniądze przeznaczone na leczenie gdańszczyzan, lecz otrzymywane

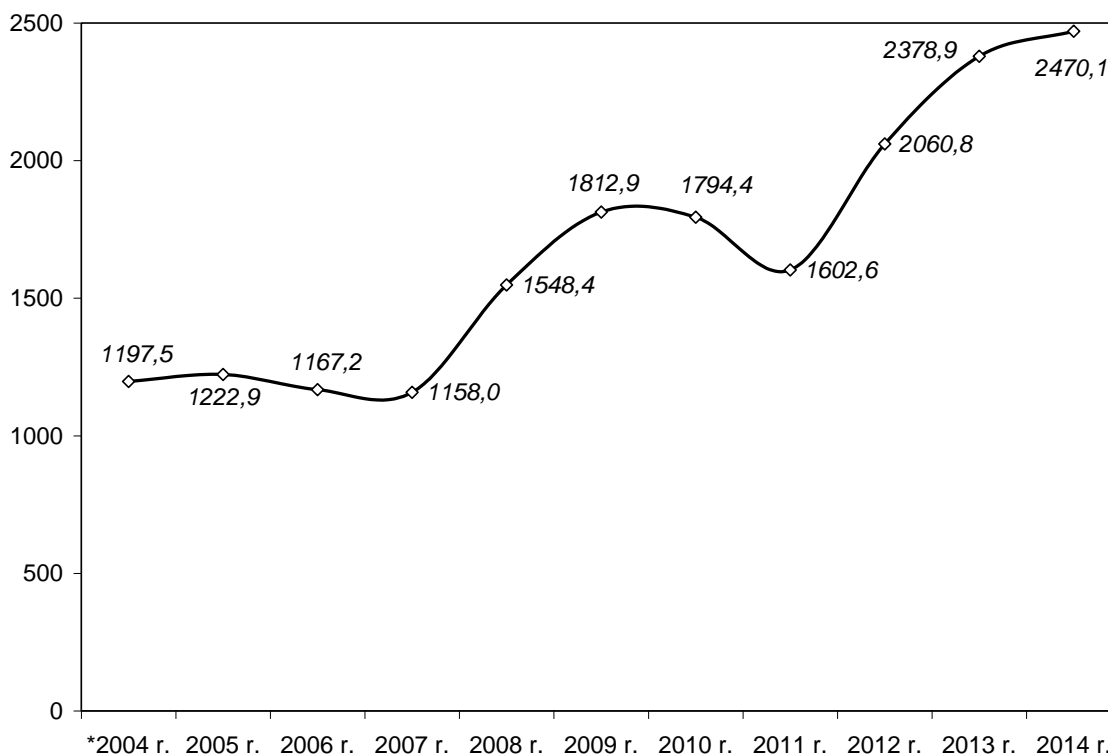
¹⁶¹ Nienumerowane pismo „Odpowiedź dot. Raportu Gminnego 2009” z dnia 26.11.2010 r. wydane przez Elżbietę Kobarynkę.

¹⁶² Załącznik do e-maila od p. Elżbiety Kobarynki z tejsze placówki z dn. 12.09.2012 r.

¹⁶³ Na przykład w 2012 r. i w 2013 r. były leczone po jednej osobie z Gdańska w Oddziale Detoksykacji od Substancji Psychoaktywnych SPZOZ w Człuchowie (pismo nr SP ZOZ/ST/226/15 z dnia 24.11.2015 r. otrzymane z tegoż szpitala).

przez placówki medyczne zlokalizowane na terenie Gdańska. Drugorzędne znaczenie w finansowaniu programów leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków mają pozostali płatnicy, w tym WRS UMG.

Ryc. 4.2.1. Zmiany nakładów finansowych [w tys. zł, ceny bieżące] w latach 2004–2014 na leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków dla placówek zlokalizowanych na terenie Gdańska pochodzące z Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

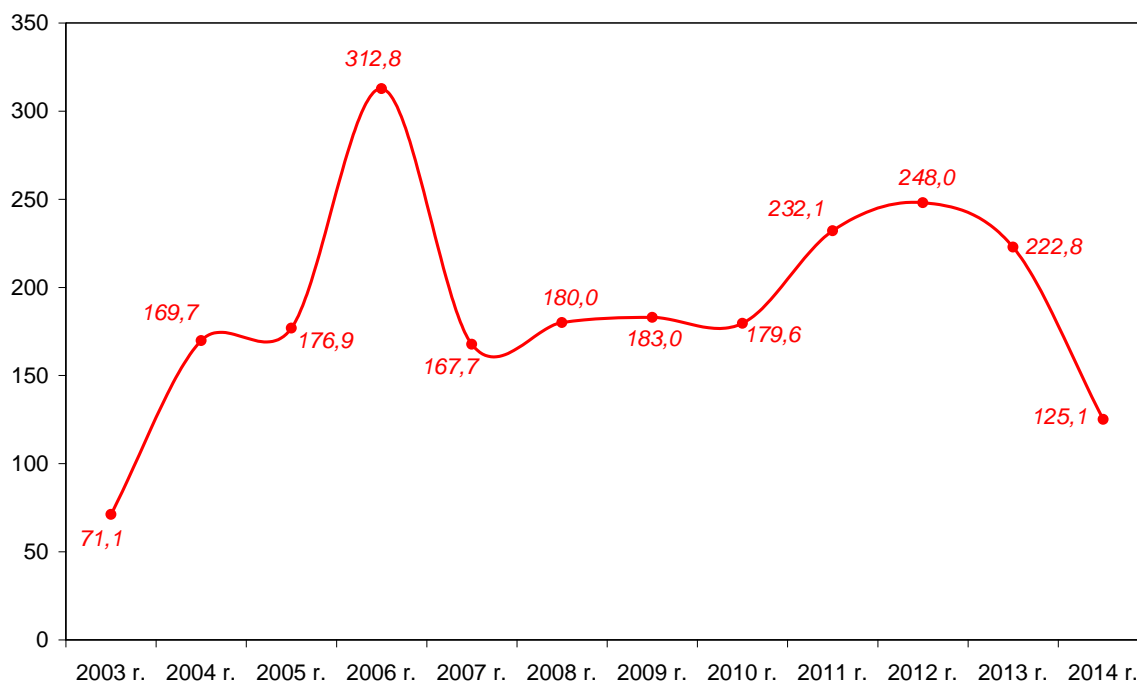


* dane za 2004 dotyczą części tego roku;

Źródło: E-mail wraz załącznikami otrzymany w dniu 03.11.2009 r. od Kierownika Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Gdańsku [dane 2004-2009]; pismo WSOZ-M/MS-R/3/01/12 z dnia 10.01.2012 r. [dane 2008-2011]; pismo 11NFZ/WSOZ-M-AS/MSH/5729/2016 z dnia 21.01.2016 r. [dane 2012–2014]

Na ryc. 4.2.2. zaprezentowano zmiany w czasie nakładów ponoszonych przez WRS UMG na leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Widać, że nakłady te były raczej stabilne, z wyjątkiem 2006 roku. Wzrost nakładów w tym roku był spowodowany czynnikami politycznymi (zainteresowanie części radnych). Natomiast spadek nakładów (zwłaszcza w 2014 r.) można wytłumaczyć ich wzrostem ze strony POW NFZ.

Ryc. 4.2.2. Zmiany nakładów [w tys. zł, ceny bieżące] w ramach GPPN w latach 2003–2014 realizowane przez WRS UMG na programy leczenia i rehabilitacji

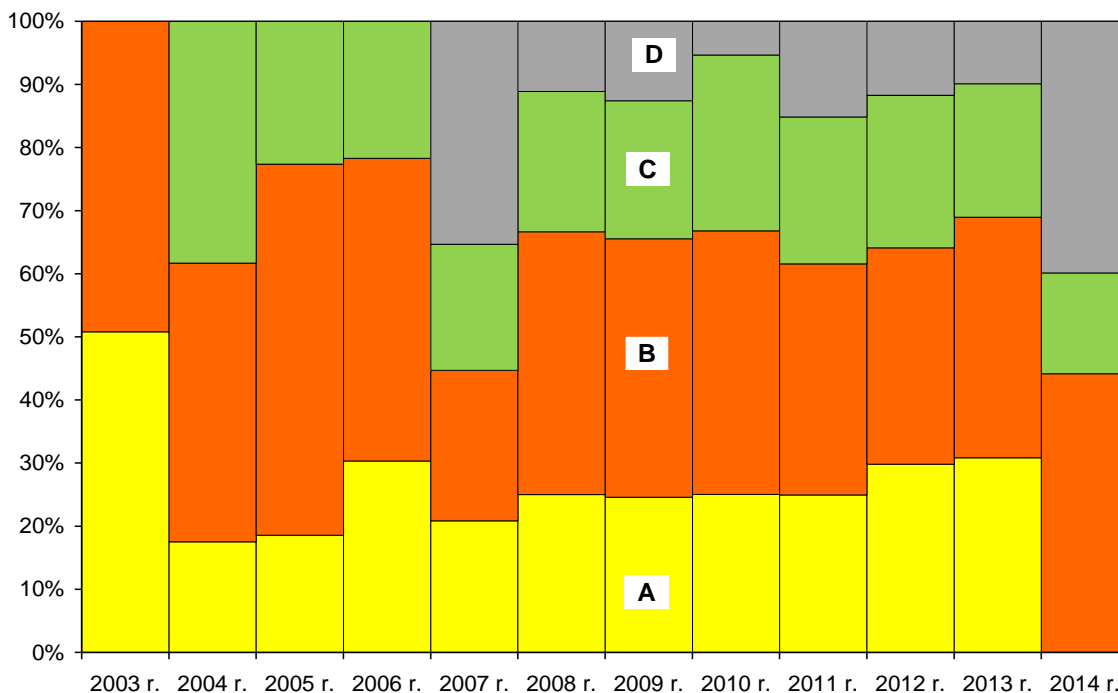


Źródło: Roczne sprawozdania z WRS UMG z realizacji GPPN za lata 2003–2014. Przyporządkowania programów do poszczególnych kategorii dokonano w oparciu o konsultacje ze specjalistami.

Na ryc. 4.2.3. przedstawiono strukturę tych nakładów w rozbiciu na głównych realizatorów. Porównując ryc. 4.2.2. i 4.2.3. stwierdza się, że tak duży spadek poziomu finansowania z GPPN leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych dokonał się na skutek nie podpisania ani jednej umowy ze Stowarzyszeniem „Monar” Ośrodek Leczenia, Terapii, Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku ¹⁶⁴.

¹⁶⁴ Na przykład w 2013 r. były to jeszcze 3 programy na łączną sumę 68 714 zł.

Ryc. 4.2.3. Udziały głównych realizatorów programów leczenia i rehabilitacji finansowanych przez WRS UMG w ramach GPPN w okresie 2003–2014



A – Stowarzyszenie „Monar” Ośrodek Leczenia, Terapii, Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku (dawną nazwa: NZOZ MONAR Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku).

B – Stowarzyszenie „Monar” Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku (dawną nazwa: NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR”), do tej kategorii dołączano też wskazania finansowe na beneficjenta: Zarząd Główny „Monar” w Warszawie.

C – Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej „MROWISKO” lub NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „MROWISKO”.

D – Pozostali realizatorzy.

Źródło: Roczne sprawozdania z WPS/WRS UMG z realizacji GPPN za lata 2003–2014.

Dokładniejsza analiza tych nakładów jasno wskazuje na uzupełniający charakter oferty leczenia i rehabilitacji finansowanej przez WRS UMG względem procedur finansowanych przez Pomorski Odział Wojewódzki NFZ. Jest to jak najbardziej słuszne, mając na uwadze zapisy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz. U. Nr 78, poz. 428.)¹⁶⁵ wskazującego na uzupełniającą rolę samorządów w tym

¹⁶⁵ Podobnie było także w poprzednim Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Dz. U. Nr 143, poz. 1033).

zakresie. Oprócz Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i WRS UMG na terenie Gdańska działania z zakresu leczenia i rehabilitacji finansują także inni płatnicy. Są to przede wszystkim instytucje szczebla wojewódzkiego i ogólnokrajowego, lecz ich znaczenie jest marginalne. Wymieniono je poniżej. Biuro Rozliczeń Międzynarodowych Ministerstwa Zdrowia w latach 2003–2007 sfinansowało leczenie osób nieubezpieczonych przez:

1. NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar” na kwotę 600,0 tys. zł¹⁶⁶;
2. NZOZ „Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży na kwotę 822,2 tys. zł¹⁶⁷;
3. NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „MROWISKO” (Sopot) na kwotę 75,6 tys. zł¹⁶⁸, z tym że okres finansowania obejmował w lata 2003–2005.

Ponadto Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w 2003 roku kwotą 37,0 tys. zł sfinansowało „Ambulatoryjny Program pomocy osobom uzależnionym, zagrożonym uzależnieniem oraz ich bliskim”, a w latach 2004–2008 finansowało program „Poradnia” na który przeznaczono już 93,0 tys. zł¹⁶⁹. Realizatorem obu programów był NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar”. Ponadto ta sama instytucja sfinansowała program „Twój styl” realizowany w latach 2003–2004 przez NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „MROWISKO”¹⁷⁰ i wznowiony przez NZOZ

¹⁶⁶ Było to odpowiednio: 129468 zł w 2003 r.; 131528 zł w 2004 r.; 130200 zł w 2005 r.; 125115 zł w 2006 r. i 83720 zł w 2007 r. Źródła: Zestawienie Środków Finansowych NZOZ Poradnia Profilaktyki Uzależnień „MONAR” w Gdańsku (z dnia 22.11.2008 r.) [2003-2007], Sprawozdanie merytoryczne za 2008 rok [2008]

¹⁶⁷ Było to odpowiednio: 139800 zł w 2003 r.; 148036 zł w 2004 r.; 286800 zł w 2005 r.; 192450 zł w 2006 r. i 55125 zł w 2007 r. Źródła: Zestawienie Środków Finansowych NZOZ „Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku (z dnia 22.11.2008 r.) [dane: 2003–2007]; Sprawozdanie merytoryczne za 2008 rok. W zakresie świadczeń leczniczo-rehabilitacyjnych oraz leczniczo-readaptacyjnych [2008].

¹⁶⁸ Było to odpowiednio: 7684 zł w 2003 r.; 35484 zł w 2004 r. i 32456 zł w 2005 r. [Zestawienie własne w oparciu o pismo: Zestawienie Środków Finansowych NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny MROWISKO w Sopocie (z dnia 29.11.2008 r.)].

¹⁶⁹ Było to odpowiednio: 19000 zł w 2004 r., 15000 zł w 2005 r., 15000 zł w 2006 r., 28000 zł w 2007 r. i 8000 zł w 2008 r. [Źródło: Zestawienie własne w oparciu o pismo: Zestawienie Środków Finansowych NZOZ Poradnia Profilaktyki Uzależnień „MONAR” w Gdańsku (z dnia 22.11.2008 r.) [2003-2007], Sprawozdanie merytoryczne za 2008 rok [2008], Sprawozdanie merytoryczne za 2009 rok [2009]

¹⁷⁰ Było to odpowiednio: 18,0 tys. zł w 2003 r. i 11,0 tys. zł w 2004 r., z tym że w ramach tego programu realizowano również zadania związane z profilaktyką, więc do nakładów na leczenie i rehabilitację zakwalifikowano połowę podanych tu sum [Zestawienie własne w oparciu o pismo: Zestawienie Środków Finansowych NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny MROWISKO w Sopocie (z dnia 29.11.2008 r.)].

„Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w 2009 roku (2009 r.: 36,0 tys. zł i kolejne lata: 32,0 i 25,0)¹⁷¹.

Natomiast Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w ramach „Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii lata: 2006–2010” udzielił w 2006 roku dotacji w wysokości 353,8 tys. zł trzem placówkom, dla których jest organem założycielskim (SPZOZ – Ośrodek Terapii Uzależnień w Smażynie; SP Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Słupsku; Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku)¹⁷². W kolejnych latach również przeznaczano środki na podobną działalność, lecz tylko dla placówek w Słupsku (19,8 tys. zł w 2009 r.) i Smażynie (130,0 tys. zł w 2009 r.)¹⁷³. W ramach „Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata: 2011–2015” na kształcenie i podnoszenie kwalifikacji personelu oraz na programy terapeutyczne dla osób uzależnionych przekazano środki w wysokości 65,0 tys. zł dla SPZOZ Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gdańsku¹⁷⁴ oraz dla SP ZOZ w Słupsku. W ramach kolejnej edycji tego programu na lata 2011–2015 Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego co roku (w okresie 2012–2014) dofinansowywał działalność SPZOZ Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gdańsku oraz dla SP ZOZ w Słupsku (rocznie łącznie były to kwoty odpowiednio: 88 557 zł, 50 000 zł i 39 989 zł).

Przez wiele lat nie było na terenie województwa pomorskiego programu leczenia substytucyjnego¹⁷⁵ metadonem. Obecnie jest on prowadzony przez dwie placówki. Program Leczenia Substytucyjnego działający przy Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień w Gdańsku istnieje od lutego 2012 roku i adresowany jest do pacjentów uzależnionych od opiatów (heroina, morfina, narkotyczne leki przeciwbólowe) chcących rozpocząć

¹⁷¹ Sprawozdania merytoryczne tej placówki za lata 2009–2011.

¹⁷² Źródło: pismo ROPS.P.0724/51/09 z dnia 17.11.2009 r. otrzymane z Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego; Wydatkowane środki zostały przeznaczone na kształcenie i podnoszenie kwalifikacji personelu, realizację programów terapeutycznych dla pacjentów uzależnionych od narkotyków i osób współuzależnionych, przebudowę i prace adaptacyjno-modernizacyjne oddziałów stacjonarnych ośrodków terapii uzależnienia od narkotyków, zakup sprzętu i urządzeń w celu doposażenia oddziałów.

¹⁷³ Źródło: Pismo ROPS.P.0724/75/10 z dnia 3.11.2010 r.

¹⁷⁴ Jeszcze do 2010 roku był to SP ZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień w Smażynie.

¹⁷⁵ Leczenie substytucyjne to farmakologiczna metoda leczenia stosowanego w przypadku uzależnienia od opioidów. Nadrzędny cel leczenia stanowi zaprzestanie zażywania substancji, od której pacjent był uzależniony, przy jednoczesnym ograniczeniu ryzyka szkód związanych z jej używaniem. Podawanie leku substytucyjnego zapobiega objawom zespołu abstynencyjnego, powoduje redukcję głodu psychicznego, jak również ogranicza skutki uzależnienia w aspekcie zdrowotnym oraz społecznym.

leczenie substytucyjne, jak również chcących kontynuować leczenie rozpoczęte w innych ośrodkach. Leczeniem rocznie jest tu objętych około 50 pacjentów. Wśród osób korzystających z leczenia są zarówno pacjenci planujący odstawienie metadonu jak i pacjenci od wielu lat korzystający z leczenia substytucyjnego. W Programie Leczenia Substytucyjnego obecnie stosowane jest leczenie preparatem Methadone HCl. Punkt Wydawania Metadonu czynny jest codziennie. Oprócz leczenia substytucyjnego oferowany jest także szeroki program terapeutyczny z zakresu terapii uzależnień, kontakt z specjalistą terapii uzależnień, zorientowanym na leczenie osób uzależnionych od opiatów¹⁷⁶. Drugą placówką prowadzącą leczenie metadonem jest gdańska filia NZOZ „Medseven”¹⁷⁷. Leczonych jest w niej przeciętnie 40 pacjentów, oferuje zbliżone warunki opieki. Leczenie w obu placówkach jest finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Biorąc pod uwagę wszystkie zidentyfikowane środki finansowe przeznaczone na leczenie i rehabilitację na terenie Gdańska osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych widać wiodącą rolę Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Niepokojące jest wycofanie się, począwszy od 2008 roku, Ministerstwa Zdrowia z finansowania leczenia i rehabilitacji osób nieubezpieczonych. Problem ten jest szczególnie ważki w odniesieniu do osób uzależnionych, gdyż wśród nich jest wysoki odsetek pozbawionych ubezpieczenia.

Wnioski:

1. Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ odgrywa wiodącą rolę finansowaniu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. WRS UMG spełnia w tym zakresie z sukcesem rolę uzupełniającą ofertę NFZ.
2. Za stratę należy uznać likwidację oddziału detoksykacyjnego w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Tadeusza Bilikiewicza, aczkolwiek niektóre osoby uzależnione od środków psychoaktywnych nadal są leczone w tej placówce. Ponadto, przez cały czas, pojedynczy pacjenci są kierowani na detoksykację do Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. dr Józefa Bednarza w Świeciu (województwo kujawsko-pomorskie).

¹⁷⁶Opracowano na podstawie e-maila od Jacka Sękiewicza (dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Gdańsku) z dnia 20.02.2016 r. (j.sekiewicz@wotu.pl).

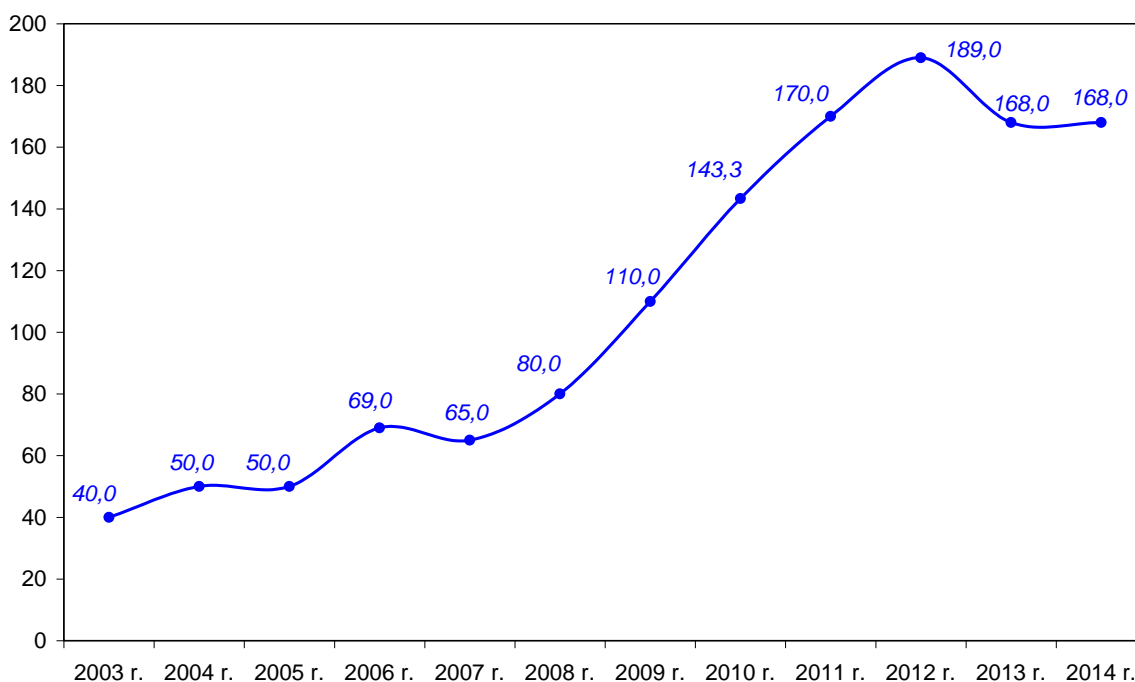
¹⁷⁷Organ prowadzący jest zlokalizowany przy ul. Kurpińskiego 12/12a, 85-092 Bydgoszcz, natomiast gdańska filia mieści się przy ul. Szczecińskiej 23a. Opracowano na podstawie e-maila od Arlety Zielonki z dnia 14.03.2016.

3. Wreszcie działa terapia metadonowa na terenie województwa pomorskiego (są to dwa ośrodki, oba zlokalizowane na terenie Gdańska).

4.3. Ograniczenie popytu – readaptacja społeczna

Readaptacja społeczna jest usytuowana w ramach drugiego obszaru problemowego wyróżnionego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz. U. Nr 78, poz. 428) ¹⁷⁸. Dominującym płatnikiem programów readaptacji społecznej realizowanych w Gdańsku jest WRS UMG. Analizując zmiany w czasie nakładów finansowych WRSUMG na realizację programów readaptacji społecznej (ryc. 4.3.1.) widzimy wyraźną tendencję wzrostową, bez poważniejszych fluktuacji.

Ryc. 4.3.1. Zmiany nakładów [w tys. zł, ceny bieżące] w ramach GPPN w latach 2003–2014 ponoszone przez WRS UMG na programy readaptacji społecznej



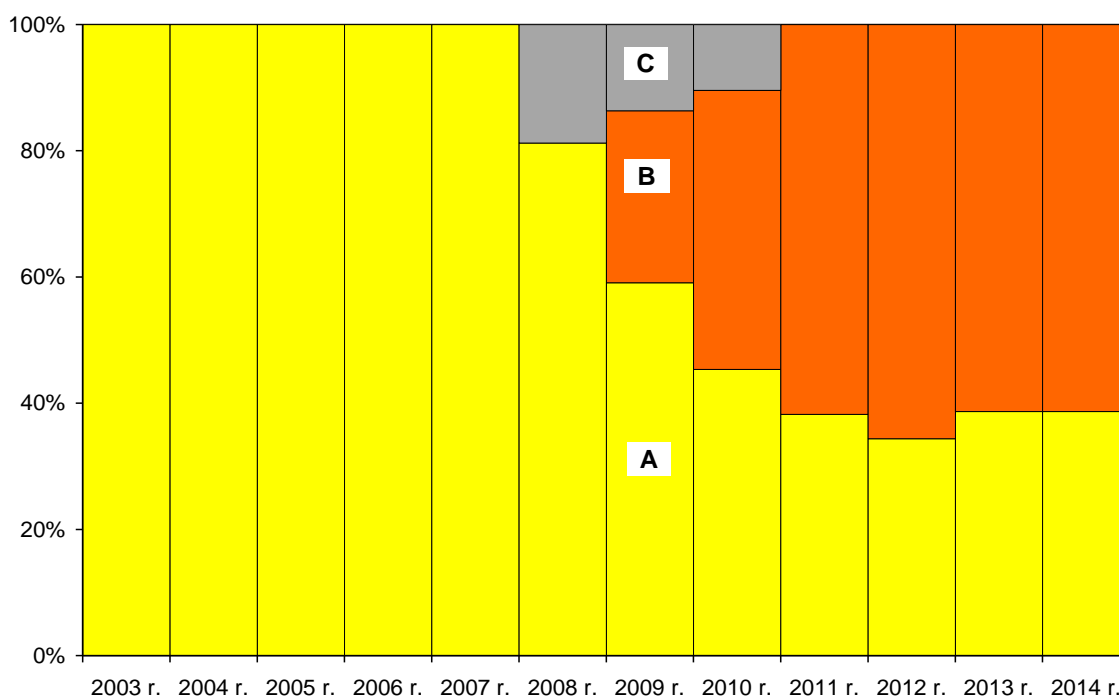
Źródło: Roczne sprawozdania z WPS/WRS UMG z realizacji GPPN za lata 2003–2014. Przyporządkowania programów do poszczególnych kategorii dokonano w oparciu o konsultacje ze specjalistami.

Oferta readaptacji społecznej na terenie Gdańska do 2008 roku była relatywnie uboga obejmując jeden program: „Następny krok”, realizowany przez NZOZ „Monar” Ośrodek

¹⁷⁸ Nie uległo poważniejszym zmianom w stosunku do poprzedniego krajowego programu: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Dz. U. Nr 143, poz. 1033).

Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży. Jest to program skierowany do podopiecznych tego ośrodka. Jest on realizowany w hostelu, a od 2007 roku również w samodzielnym mieszkaniu hostelowym. Program ten był realizowany przez cały analizowany okres tj. lata 2003–2014. Dodatkowo w okresie 2003–2010 był dofinansowywany przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (było to 16,9% nakładów, resztę ponosił WPS UMG). Z racji charakteru instytucji realizującej ten program, mogą z niego korzystać osoby do 24 roku życia. W treści poprzednich raportów na temat lokalnego monitoringu problemu narkomanii oraz ewaluacji GPPN w Gdańsku postulowano rozszerzenie oferty o osoby dorosłe. Stąd za sukces należy uznać uruchomienie w 2009 roku podobnego programu skierowanego do osób dorosłych. Jest on w całości finansowany ze środków WRS UMG, a realizowany przez Stowarzyszenie „Monar” Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku.

Ryc. 4.3.2. Udziały głównych realizatorów programów readaptacji społecznej finansowanych przez WRS UMG w ramach GPPN w okresie 2003–2014



A – Stowarzyszenie „Monar” Ośrodek Leczenia, Terapii, Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku (dawną nazwa: NZOZ MONAR Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku).

B – Stowarzyszenie „Monar” Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku (dawną nazwa: NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR”), do tej kategorii dołączano też wskazania finansowe na beneficjenta: Zarząd Główny „Monar” w Warszawie.

C – Pozostali realizatorzy.

Źródło: Roczne sprawozdania z WPS/WRS UMG z realizacji GPPN za lata 2003–2014 oraz pisma: Zestawienie Środków Finansowych NZOZ „Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku z dnia 22.11.2008 r. [dane: 2003–2007], Sprawozdanie merytoryczne za lata 2008–2011 w zakresie świadczeń leczniczo-rehabilitacyjnych oraz leczniczo-readaptacyjnych.

Pojawienie się drugiego mieszkania hostelowego spowodowało nie tylko wzrost nakładów z GPPN, ale także i zmianę struktury realizatorów (ryc. 4.3.2.). Niestety nie udało się w 2011 roku zrealizować założonego celu, jakim było „pozyskanie i przystosowanie lokali na mieszkania readaptacyjne/hostel. Podjęta w tym celu współpraca z Wydziałem Gospodarki Komunalnej UMG nie przyniosła spodziewanych efektów¹⁷⁹. Dodatkowo działania w tym zakresie wspiera Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Na przykład w 2011 roku współfinansowało program „Postterapia - jak wytrwać?” realizowany przez NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR”¹⁸⁰.

Wniosek:

Ofertę readaptacji społecznej na terenie Gdańska można uznać za pełną (dwa programy, jeden adresowany do młodzieży, trzy do osób dorosłych).

4.4. Ograniczanie popytu – ograniczanie szkód

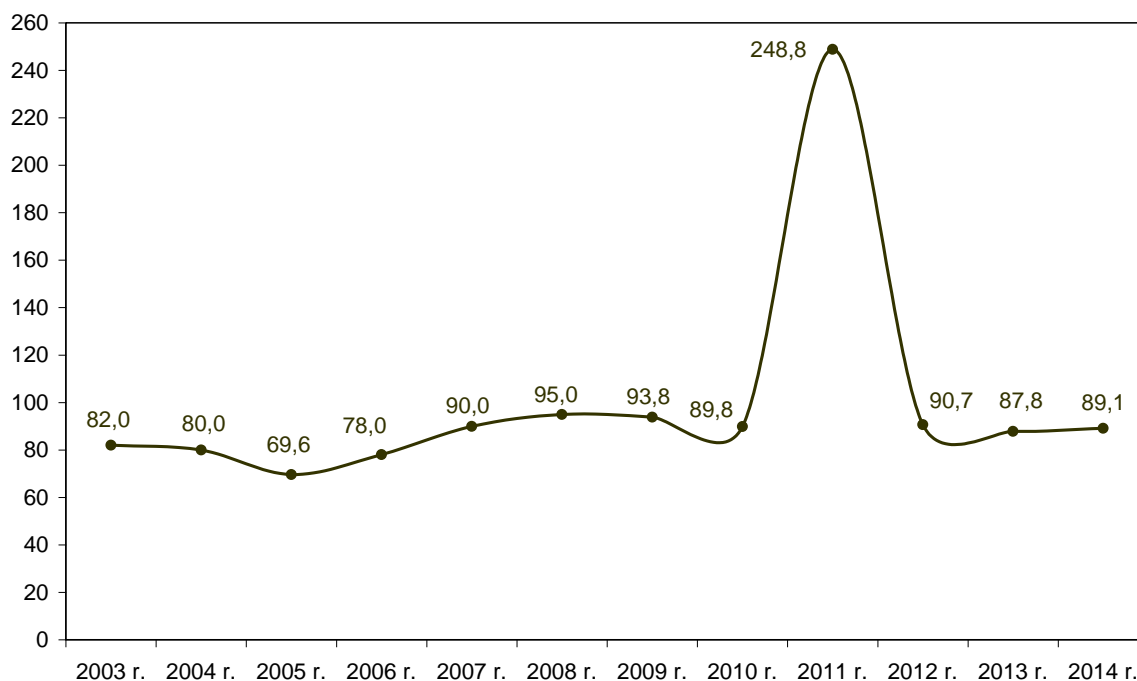
Ograniczanie szkód mieści się w ramach drugiego obszaru problemowego wyróżnionego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016¹⁸¹ (Dz. U. Nr 78, poz. 428). Podobnie jak w przypadku readaptacji społecznej, tak również w zakresie ograniczania szkód, główny ciężar finansowania programów spoczywa na WRS UMG (ryc. 4.4.1.).

¹⁷⁹ Roczne sprawozdanie z WPS UMG z realizacji GPPN za 2011 rok.

¹⁸⁰ Dokładnie było to 30,0 tys. z KBPN i 31,0 tys. z WPS UMG; źródło: sprawozdanie merytoryczne NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR za 2011 r.

¹⁸¹ Nie uległo poważniejszym zmianom w stosunku do poprzedniego programu: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii n lata 2006–2010 (Dz. U. Nr 143, poz. 1033).

Ryc. 4.4.1. Zmiany nakładów [w tys. zł, ceny bieżące] w ramach GPPN w latach 2003–2014 ponoszone przez WRS UMG na programy ograniczania szkód



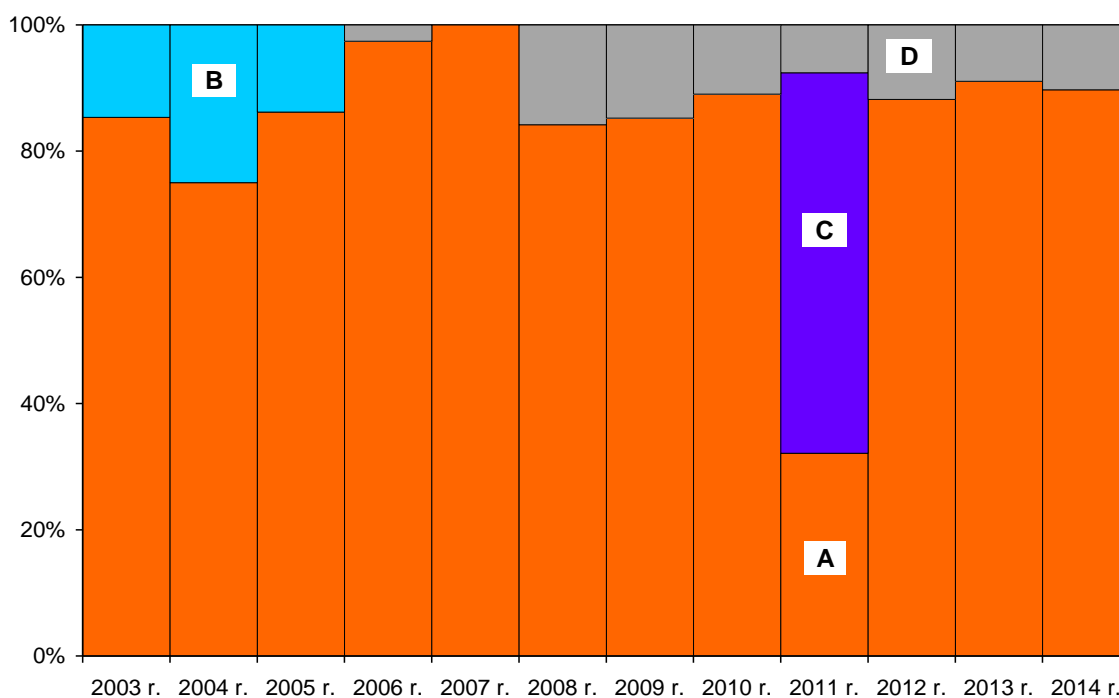
Źródło: Roczne sprawozdania z WPS/WRS UMG z realizacji GPPN za lata 2003–2014. Przyporządkowania programów do poszczególnych kategorii dokonano w oparciu o konsultacje ze specjalistami.

Analizując zmiany w czasie nakładów na ten cel można wyróżnić trzy podokresy, co znajduje odzwierciedlenie także w wyborze realizatorów (ryc. 4.4.2.). W pierwszym (lata 2003–2004) dużą wagę przywiązywano do badań osób uzależnionych od narkotyków pod kątem nosicielstwa chorób przenoszonych przez iniekcje lub drogą kontaktów seksualnych. Realizatorem tych programów był SPZOZ Wojewódzka Przychodnia Skórno-Wenerologiczna. W drugim okresie zaniechano finansowania tego typu programów, skupiając się głównie na programie „Redukcja szkód dla mieszkańców Gdańska”, realizowanym przez NZOZ „MONAR” Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień. Wyjątek w drugim okresie stanowił rok 2011, kiedy to władze Gdańska zdecydowały o wsparciu działań samorządu województwa pomorskiego sumą 150 tys. zł z przeznaczeniem na modernizację budynku przy ul. Srebrniki 9 w Gdańsku, celem utworzenia tam specjalistycznej poradni leczenia substytucyjnego.

Ponadto w charakteryzowanym przedziale czasowym realizowane były dwa programy redukcji szkód dla województwa pomorskiego. Lecz ich znaczenie można uznać za minimalne z racji niewielkich środków finansowych przy jednocześnie dużym

zasięgu obejmującym całą populację regionu. Pierwszy program trwał w latach 2003–2005 i był finansowany przez UNDP, a koszty jego realizacji za cały okres wyniosły 36,1 tys. zł¹⁸². Drugi trwał w latach 2004–2010 i był finansowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Całkowite wydatki na jego realizację wyniosły 114,0 tys. zł¹⁸³. Realizatorem obydwu programów był NZOZ „MONAR” Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień.

Ryc. 4.4.2. Udziały głównych realizatorów programów ograniczania szkód finansowanych przez WRS UMG w ramach GPPN w okresie 2003–2014



A – Stowarzyszenie „Monar” Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Gdańsku (dawna nazwa: NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR”).

B – Wojewódzka Poradnia Skórno-Wenerologiczna (zmiana siedziby).

C – Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, ul. Okopowa 21/27, Gdańsk.

D – Pozostali realizatorzy.

Źródło: Roczne sprawozdania z WPS/WRS UMG z realizacji GPPN za lata 2003–2014.

Oprócz tego, w 2003 roku Krajowe Centrum ds. AIDS sfinansowało (w wysokości 4290 zł) program „Psychoedukacja, poradnictwo w zakresie problematyki HIV/AIDS dla osób

¹⁸² Było to odpowiednio: 15,4 tys. zł w 2003 r., 15,7 tys. zł w 2004 r. i 5,0 tys. zł w 2005 r.; źródło: pismo Zestawienie Środków Finansowych NZOZ Poradnia Profilaktyki Uzależnień „MONAR” w Gdańsku z dnia 22.11.2008 r.

¹⁸³ Było to odpowiednio: 11,0 tys. zł (2004 r.), 11,0 tys. zł (2005 r.), 12,0 tys. zł (2006 r.), 20,0 tys. zł (2007 r.), 15,0 tys. zł (2008 r.), 20,0 tys. zł (2009 r.) i 25,0 tys. zł (2010 r.); źródło: pisma: Zestawienie Środków Finansowych NZOZ Poradnia Profilaktyki Uzależnień „MONAR” w Gdańsku, ul. 3 Maja 6 z dnia 22.11.2008 r. /2003-2007/, Sprawozdania merytoryczne za lata 2008–2014.

uzależnionych od substancji psychoaktywnych”, którego realizatorem było NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar”.

Wnioski:

1. WRS UMG odgrywa decydującą rolę w finansowaniu programów ograniczania szkód. Najważniejszy z nich jest „Program redukcji szkód dla mieszkańców Gdańska”. Przy czym poziom ich finansowania jest stabilny.
2. W roku 2011 władze Gdańska włączyły się intensywnie w działania na rzecz powstania poradni leczącej metadonem, co skutkowało w tymże roku ponadprzeciętnymi nakładami finansowymi. Natomiast za sukces należy uznać uruchomienie programu leczenia metadonem (o czym już wspomniano w podrozdziale 4.2.).

4.5. Ograniczanie popytu – pozostałe działania

Opisane poniżej działania nie obejmują wszystkich działań podejmowanych na rzecz ograniczenia popytu na narkotyki w Gdańsku. Z samej swej natury, działania te są inicjowane i podejmowane przez różnorakie instytucje i osoby prywatne. Najpełniejsze dane obrazują działalność w tym zakresie WPS UMG. Jego aktywność możemy podzielić na dwie główne kategorie działań. Pierwsza obejmuje organizację seminariów i konferencji. Tu jako istotne wydarzenia można wymienić:

1. Organizację międzynarodowej konferencji pt. „Nowe trendy w profilaktyce i terapii dzieci i młodzieży zagrożonej narkomanią”, która odbyła się w 2003 r. (dofinansowanie dla NZOZ MONAR Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w wysokości 22,5 tys. zł);
2. Współorganizację seminariów i konferencji: konferencja naukowo-metodyczna „Profilaktyka Uzależnień w środowiskach lokalnych” 2004 r., organizatorem był WRS UMG (dofinansowanie: 17,4 tys. zł), seminarium „Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w Gdańsku” w 2008 r., organizatorem był WRS UMG i Katedra Geografii Rozwoju Regionalnego Uniwersytetu Gdańskiego (dofinansowanie: 0 zł), debata regionalna „Organizacje pozarządowe w profilaktyce uzależnień” 2015 r., organizatorem był WRS UMG i Fundacja Praesterno (kwota dofinansowania będzie podana po zakończeniu 2015 roku)

3. Udział w Forum Koordynatorów i Realizatorów Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii, a dokładniej: udział zespołu wdrożeniowego GPPN w odbywających się raz na dwa miesiące spotkaniach Forum, systematyczne zdobywanie wiedzy poprzez szkolenia, integrowanie i wzmacnianie środowiska zajmującego się problematyką uzależnień, stworzenie szerokiego lobby na rzecz pożądanых zmian legislacyjnych. Organizatorem spotkań była Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej Pomorskie Centrum Samorządu Terytorialnego (poniesione w 2008 roku koszty to 1,2 tys. zł, a w 2009 roku to 360 zł).

Po drugie zlecenie badań:

1. Opracowanie metodologii monitoringu lokalnego i ewaluacji Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (Fundacja Zdrowia ESCO z Gdyni, koszt w 2007 r.: 30,1 tys. zł.);
2. Sporządzenie raportu nt. „Diagnoza zjawiska uzależnienia od narkotyków w Gdańsku” (zespół w składzie: Tomasz Michalski i Krzysztof Kopeć, koszt w 2008 r.: 14,1 tys. zł.);
3. Sporządzenie raportu nt. „Ewaluacja i monitoring Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gdańsku (zespół w składzie: Tomasz Michalski, Jan Wendt, Krzysztof Kopeć, koszt w 2008 r.: 13,4 tys. zł).
4. Sporządzenie raportu nt. „Ewaluacja i monitoring Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gdańsku (zespół w składzie: Tomasz Michalski koszt w 2009 r.: 5,4 tys. zł., w 2011 r. i 2012 r.: po 7,4 tys. zł).

Oprócz tego dofinansowano następujące działania:

1. Wystawę w 2006 roku (kwota: 2,0 tys. zł, realizator: NZOZ „Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży);
2. Przeprowadzenie lokalnej kampanii społecznej pn. „Pilnuj drinka” (kwota: 10,0 tys. zł., realizator: Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień od Alkoholu PZOZ).
3. Przeprowadzenie w 2014 roku szkolenia podnoszącego kwalifikacje zawodowe z zakresu marketingu społecznego i prozdrowotnego, reklamy, badań ilościowych i jakościowych oraz kampanii społecznych w obszarze zdrowia, w tym przeciwdziałania narkomanii (realizator: Agencja Marketingu Społecznego TELESCOPE Malina Wieczorek-Pawlak, suma: 44895 zł).

4. Doposażenie w 2015 roku w sprzęt i wyposażenie osób koordynujących i realizujących GPPN (15000 zł).

Powyżej podano działania, które były finansowane z GPPN. Należy mieć na uwadze, że część badań obejmujących swoim zasięgiem zjawisko narkomanii jest także realizowana ze środków WRS UMG przeznaczonych na przeciwdziałanie problemom alkoholowym. Za przykład mogą służyć wspomniane wcześniej raporty: powstały w 2008 roku raport pt. „Używanie alkoholu, narkotyków i tytoniu przez uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych zgodnie z metodologią i standardami Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach” oraz powstały w 2009 roku raport pt. „Więzi wewnątrzrodzinne uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych”¹⁸⁴. A także raport powstały w 2007 roku na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego pt. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną w województwie pomorskim”¹⁸⁵. Ponadto w 2009 roku ta instytucja zorganizowała cykliczne szkolenia dla kuratorów rodzinnych okręgu gdańskiego w zakresie motywowania do podjęcia leczenia odwykowego osób zobowiązanych przez sąd (wzięło w nich udział 158 osób, wydatkowano 25,0 tys. zł), a w 2010 roku zorganizowała konferencję w zakresie przeciwdziałania przemocy wśród młodzieży dla przedstawicieli powiatowych zespołów interdyscyplinarnych z terenu województwa pomorskiego (wydatkowano 16,2 tys. zł) oraz zlecono Regionalnemu Ekspertowi ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii wykonanie raportu nt. specyfiki zjawiska narkomanii w województwie pomorskim, charakterystyki podejmowanych działań w obszarze profilaktyki narkomanii, leczenia, rehabilitacji i readaptacji społecznej osób uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz ograniczania szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem tych środków (bez podania wielkości nakładów finansowych)¹⁸⁶. Ponadto w 2012 roku ta instytucja zorganizowała konferencję z zakresie pomorskiego systemu pomocy osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych

¹⁸⁴ Zostało ono wykonane przez Macieja Dębskiego z Centrum Doradztwa i Badań Społecznych „Socjogram”.

¹⁸⁵ Został przeprowadzony przez przeprowadzonych przez PBS DGA Spółka z o. o. w Sopocie, dostęp online: http://www.woj-pomorskie.pl/Pages/Lang/pl/Article/wazne,alk_rap.html.

¹⁸⁶ Pismo: ROPS-P.9072.45.11 z dnia 29.12.2011 r.

przeznaczoną dla jednostek samorządu terytorialnego oraz instytucji tym zajmujących się z terenu województwa pomorskiego¹⁸⁷.

Wnioski:

1. Głównym zleceniodawcą i częściowo realizatorem działań dodatkowych jest WRS UMG. Działania te koncentrują się na organizacji lub uczestnictwie w konferencjach oraz na zleceniu badań. Są niezbędnym elementem prac mieszczących się w ramach obszaru problemowego „badania i monitoring” zdefiniowanego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz. U. Nr 78, poz. 428), jako obszar działań własnych samorządu szczebla gminnego. Na podstawie podanych faktów można stwierdzić, że WRS UMG wywiązuje się z tych zadań w stopniu satysfakcjonującym.
2. Ponowieniu ulega wcześniejszy wniosek, że WRS UMG powinien kontynuować badania oparte na metodologii ESPAD (dla okresów czteroletnich), dbając o ich porównywalność czasową.

4.6. Ograniczanie podaży

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016¹⁸⁸ (Dz. U. Nr 78, poz. 428.) jednym z obszarów problemowych związanych z głównym celem ograniczania używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych, jest ograniczanie podaży. Ze względu na nadgraniczne położenie Gdańska oraz istnienie na jego terenie przejść granicznych (por. tabl. 1.1.3.) działania mieszczące się w ramach tego obszaru problemowego nabierają szczególnego znaczenia (mieści się to przede wszystkim w ramach tzw. kierunku 2: zahamowanie wzrostu przemytu narkotyków i prekursorów na rynek wewnętrzny).

Służby działające na rzecz ograniczenia podaży narkotyków można podzielić na dwie grupy. Pierwsza obejmuje służby o charakterze wewnątrz krajowym

¹⁸⁷ Pismo: ROPS.P.9072.44.15 EOD 86286/11/2015 z dnia 23.11.2015 r., nie podano w tym piśmie kwoty dofinansowania.

¹⁸⁸ Nie uległo poważniejszym zmianom w stosunku do poprzedniego programu:: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Dz. U. Nr 143, poz. 1033).

(w tym przypadku będzie to Straż Miejska w Gdańsku oraz Policja), druga – służby zajmujące się ochroną granic (Służba Celna, Straż Graniczna).

Władze Gdańska mają pomijalnie znikomy wpływ na ograniczanie podaży, gdyż kontrolują jedynie straż miejską. Tym niemniej istotna jest analiza całości działań związanych z ograniczaniem podaży narkotyków na terenie Gdańska. Dokonano jej w oparciu o wagę/iłość zatrzymanych narkotyków oraz o liczbę wszczętych postępowań. Ilość zatrzymanych narkotyków w analizowanym okresie przedstawiono w załącznikach 4.6.1., 4.6.2. i 4.6.3. Pominięto dane dotyczące Straży Miejskiej w Gdańsku z uwagi na jej bardzo małą rolę w tym zakresie.

Zaprezentowane w zał. 4.6.1. dane mogą być nieznacznie niższe od wagi/iłości faktycznych zatrzymań, ponieważ nie uwzględniono w nich zatrzymań dokonywanych na terenie Gdańska przez funkcjonariuszy Wojewódzkiej Komendy Policji w Gdańsku oraz Centralnego Biura Śledczego. Zrezygnowano również z umieszczenia w osobnym załączniku danych uzyskanych ze Straży Miejskiej. Ponieważ jej funkcjonariusze w okresie 2006–2014 zatrzymali zaledwie 10 osób za posiadanie substancji odurzających, ponadto wszystkie te osoby zostały przekazane policji¹⁸⁹.

Pomijając rekordowo wielką wagę kokainy zatrzymanej przez funkcjonariuszy Morskiego Oddziału Straży Granicznej w latach 2003 i 2004 oraz marihuany w 2014 roku – można stwierdzić istnienie tendencji wzrostowej w zakresie liczby zatrzymań marihuany, haszyszu, amfetaminy, heroiny. Natomiast zanotowano wyraźną tendencję spadkową w zakresie wagi zatrzymywanej słomy makowej oraz „polskiej heroiny”. Od 2009 roku notowany jest wysoki poziom zatrzymań nowych substancji psychoaktywnych (zwanych potocznie dopalaczami) oraz leków posiadanie wymaga formalnie przepisu lekarza.

Dodatkowe informacje na temat przestępczości związane z narkotykami można uzyskać analizując dane na temat liczby popełnionych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w oparciu o artykuły 56, 59 i 62. Zostały one dokładnie zaprezentowane w zał. 3.3.2. W oparciu o dane tam zaprezentowane, aktualny pozostaje

¹⁸⁹ Źródło: pismo SM.Pr/1211/5237/32/AS/08 z dnia 20.05.2008 od Straży Miejskiej w Gdańsku oraz rozmowa z mgr Agnieszką Solecką (Kierownik Referatu Profilaktyki i Współpracy ze Szkołami Straży Miejskiej w Gdańsku) [2003–2007]; pismo nr SM.PR/5237/85/KR/09/5540 z dnia 06.10.2009 r. [2008 r. – nie ma w tym piśmie żadnej informacji o zatrzymaniach]; pismo nr SM.PR/5237/62/IT/10/8324 z dnia 28.10.2010 r. [2009 r.]; pismo SM.Pr/5237/58/JŚ/11/9940 z dnia 27.12.2011 r. [2010 r.], pismo SM.PR.432.14.1.JŚ.2012.5849 z dnia 16.08.2012 r. [2011 r.]; pismo SM.PR.430.110.2015.1.AS.5412 z dnia 09.12.2015 r. [lata: 2012–2014].

wniosek o braku istotniejszych zmian w liczbie stwierdzanych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Wnioski:

1. Urząd Miejski w Gdańsku ma minimalny wpływ na ograniczanie podaży narkotyków na terenie miasta. Nie ma żadnego wpływu na liczbę zatrzymań narkotyków na obu przejściach granicznych (morskim i lądowym) oraz na granicy morskiej, która jest jednocześnie częściowo granicą administracyjną miasta.
2. Gdańsk jest silniej niż inne wielkie miasta w kraju, zagrożony zwiększoną podażą narkotyków oraz przestępczością narkotykową z racji funkcjonowania w jego granicach dużych przejść: lotniczego i morskiego.

5. Wnioski i rekomendacje dalszych działań w perspektywie krótkoterminowej

Szczegółowe wnioski i rekomendacje zostały zaprezentowane wyżej jako podsumowanie poszczególnych podrozdziałów. Dlatego w tym miejscu ograniczono się do sformułowania wniosków ogólnych:

1. Gdańsk na tle innych dużych polskich miast znajduje się w specyficznej sytuacji przede wszystkim z racji istnienia na jego terenie dwóch ruchliwych przejść granicznych, bycia centrum turystycznym oraz z faktu, że razem z Gdynią i Sopotem tworzy rdzeń aglomeracji. I tę specyfikę należy przy planowaniu dalszych działań uwzględniać. Chodzi tu przede wszystkim o: (1) ewentualne uwzględnienie w GPPN sezonowego zwiększania zagrożenia narkomanią w okresie wakacyjnym oraz (2) podjęcie próby koordynacji GPPN w Gdańsku, Sopocie i Gdyni. Na specyfikę związaną z granicą i ruchliwymi przejściami granicznymi, władze miasta nie mają żadnego wpływu i nie powinny jej uwzględniać w swoich działaniach.
2. Na podstawie dostępnych danych nie można jednoznacznie oszacować rozprzestrzenienia zjawiska narkomanii w Gdańsku. Liczbę problemowych użytkowników narkotyków, posiadających stały meldunek w Gdańsku (i równocześnie zamieszkujących na jego terenie lub obszarze okolicznych gmin), szacuje się na około 2 873 w 2012 roku, 1 212 w 2013 roku, 1 726 w 2014 roku (co daje średnią z lat 2012–2014 na poziomie 1,9 tys. osób).

3. Dużym problemem w Gdańsku jest łatwa dostępność narkotyków w szkołach oraz niski poziom świadomości uczniów i ich rodziców (aczkolwiek posiadane dane na ten temat są stosunkowo stare, lecz brakuje nowszych danych na ten temat) oraz rosnące zagrożenie ze strony nieodpowiedzialnego zażywania leków, a także wzrastająca „popularność” dopalaczy. Należy zatem wyraźnie zaakcentować konieczność intensyfikacji, koordynacji i racjonalizacji podejmowanych działań profilaktycznych w szkołach (tym bardziej, że uczniowie sami akcentują potrzebę takich rzetelnych szkoleń). Uwaga ta dotyczy przede wszystkim programów realizowanych przez szkoły w ramach zadań własnych, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz. U. poz. 1249.).
4. W oparciu o odsetek młodzieży deklarującej używanie marihuany oraz o deklarowany stosunek do niej, można pokusić się o stwierdzenie, że w tej grupie utrzymuje się wysoki poziom zagrożenia narkomanią (w 2011 roku 11% a w 2015 roku 14,3% badanych deklaroowało, że zażywało marihuanę 10 lub więcej razy). Dodatkowo należy mieć na uwadze, że wokół stosowania marihuany w ostatnim czasie budowany jest klimat przyzwolenia, mówi się nawet o jej legalizacji. To groźne zjawisko, które może przyczynić się do wzrostu używania tej substancji.
5. Za bezsprzeczny sukces należy uznać uruchomienie kolejnych programów readaptacji społecznej dla mieszkańców Gdańska oraz leczenia metadonem (2 placówki w Gdańsku) dla mieszkańców województwa pomorskiego.

6. Ogólne wnioski na temat Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

Nie zaleca się przeprowadzania typowej ocena efektywności GPPN. Ocena typowa, to znaczy kosztowa, polegająca na zestawieniu nakładów finansowych z liczbą osób, które skorzystały z różnorodnych form pomocy. Postawiono taką tezę, gdyż programy realizowane przy najmniejszym nakładzie kosztów, niekoniecznie muszą „trafić” do odbiorców i być skuteczne. Zanim działania podejmowane w ramach GPPN zostaną skonfrontowane z sytuacją narkotykową w Gdańsku, należy wziąć pod uwagę fakt, że sytuacja ta w dużym stopniu jest niezależna od władz Gdańska. Wynika ona z aktualnie

obowiązujących wzorców zachowań, czy działań innych instytucji (Policja, samorząd województwa, rząd itp.). Konfrontując cele i realizację GPPN należy stwierdzić, że dotychczasowe działania Wydziału Rozwoju Społecznego UMG podejmowane w ramach GPPN są efektywne i przynoszą korzyści społeczności lokalnej. Szczególnie cenne jest reagowanie, oczywiście w ramach posiadanych środków finansowych, na sygnalizowane lub stwierdzone potrzeby i zagrożenia. Najlepszym tego przykładem jest aktywne włączanie się władz Gdańska w realizację programu leczenia metadonem.

Na podstawie niepełnych informacji można pokusić się o sformułowanie wniosku (jego potwierdzenie lub odrzucenie wymaga dalszych analiz), że dużym problemem w Gdańsku jest jakość programów profilaktycznych realizowanych przez szkoły w ramach zadań własnych¹⁹⁰. Należy zaznaczyć, że programy te nie mieszczą się w ramach GPPN, lecz pomoc w podniesieniu ich jakości powinna dać efekt synergiczny w postaci znaczącego zwiększenia efektywności działań profilaktycznych skierowanych do uczniów (niezależnie od ich realizatora i płatnika). Realizacja tego postulatu wymaga relatywnie niewielkich nakładów finansowych. A korzyści z dobrze przeprowadzonej procedury na pewno znacząco podniosą efektywność GPPN, nie wspominając już o korzyściach dla obywateli Gdańska.

Skupiając się ponownie na samym programie GPPN należy stwierdzić, że wymaga on jedynie niewielkich korekt, polegających zwłaszcza na (1) przeprowadzeniu badań nad rozprzestrzenieniem uzależnień behawioralnych¹⁹¹, (2) wyjaśnieniu sprawy gwałtownego spadku finansowania programów leczenia i rehabilitacji w 2014 roku, (3) określenia przez władze miasta konkretnej jednostki odpowiedzialnej za podnoszenie jakości programów profilaktyki narkomanii, realizowanych w szkołach w ramach ich zadań własnych (patrząc z perspektywy GPPN czy to ma być wpisane do jego zadań, czy poza jego zakresem).

¹⁹⁰ Zob.: *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem* (Dz. U. Nr 26, poz. 226.).

¹⁹¹ Postulat ten częściowo już zrealizowano w badaniu typu ESPAD z 2015 roku (*Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną. Gdańsk, 2015*, maszynopis otrzymano z Wydziału Rozwoju Społecznego UMG).

Załączniki:

Zał. 3.1.1. Rozpowszechnienie narkomanii wśród uczniów gdańskich szkół oceniane na podstawie odpowiedzi na pytanie: Ile razy w życiu (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać danego narkotyku? Odpowiedzi dla 2007 roku dotyczą klasy III gimnazjum i II ponadgimnazjalnej, a dla 2011 roku II gimnazjum i II ponadgimnazjalnej, dla 2015 roku ponownie klasy III gimnazjum i II ponadgimnazjalnej. Stąd wyniki badań dla uczniów gimnazjów częściowo nie są ze sobą porównywalne.

Zał. 3.3.1. Liczba zmarłych obywateli Gdańska w latach 2003–2013 z powodu używania narkotyków (F11–12, F14–F16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12, Y14 wg ICD-10).

Zał. 3.3.2. Liczba stwierdzonych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2003–2014 przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku.

Zał. 4.6.1. Ilość zatrzymanych narkotyków przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku w latach 2003–2014.

Zał. 4.6.2. Ilość zatrzymanych przez funkcjonariuszy Izby Celnej w Gdyni narkotyków na terenie Gdańska w latach 2003–2014.

Zał. 4.6.3. Ilość zatrzymanych narkotyków na przejściach granicznych zlokalizowanych w Gdańsku przez funkcjonariuszy Morskiego Oddziału Straży Granicznej im. płk Karola Bacza w latach 2003–2014.

Załącznik 3.1.1. Rozpowszechnienie narkomanii wśród uczniów gdańskich szkół oceniane na podstawie odpowiedzi na pytanie: Ile razy w życiu (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać danego narkotyku? Odpowiedzi dla 2007 i 2015 dotyczą klasy III gimnazjum i II ponadgimnazjalnej, a dla 2011 roku II gimnazjum i II ponadgimnazjalnej. Stąd wyniki badań dla uczniów gimnazjów nie mogą być do końca porównywane.

Badanie z 2007 roku								
Rodzaj narkotyku	Szkoła	Nigdy***	1-2 razy	3-5 razy	6-9 razy	10-19 razy	20-39 razy	40 i więcej razy
Marihuana, haszysz (konopie)	IIIG	85,1	8,5	1,7	1,4	1,5	0,4	1,4
	IIpG	61,8	13,9	6,4	3,7	4,8	3,3	6
Extasy	IIIG	95,5	1,8	0,6	0,4	0,6	0,2	1
	IIpG	85,8	6,1	1,7	2,3	1	1,5	1,7
Amfetamina	IIIG	93,8	2,9	1,5	0,2	0,2	1	0,4
	IIpG	84,3	5,2	3,8	2,1	1,5	1,3	1,9
Substancje wziewne (np. klej)	IIIG	91,8	3,7	1,6	0,6	0	0,8	1,6
	IIpG	95,2	4	0,6	0	0,2	0	0
Sterydy anaboliczne	IIIG	96,7	1,2	0,8	0,4	0,4	0,4	0,2
	IIpG	93,9	2,7	0,4	0,6	0,8	0,6	0,8
LSD lub inne halucynogeny	IIIG	96,3	1,9	0,2	1	0	0,2	0,4
	IIpG	92,3	5	0,4	0,8	0,6	0,4	0,4
Kokaina	IIIG	96,5	1,6	0,4	0,2	0,4	0,2	0,8
	IIpG	93,7	3,8	0,8	0,4	0,8	0,2	0,2
Grzyby halucynogenne	IIIG	97,3	1,5	0,2	0,8	0	0,2	0
	IIpG	93,5	4,4	0,4	0,8	0,4	0,2	0,2
Heroina	IIIG+IIpG	97,4	1,9	0,3	0,1	0,2	0,1	0
Crack	IIIG+IIpG	94,4	3,4	0,3	0,9	0,3	0,3	0,4
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą strzykawki*	IIIG+IIpG	99,7	0,1	0	0	0,1	0,1	0
Polska heroina, tzw. "kompot"*	IIIG+IIpG	97,9	1,6	0,2	0	0	0,1	0,2
GHB, tzw. "pigulka gwałtu"***	IIIG+IIpG	99,2	0,3	0,2	0,2	0	0,1	0

Badanie z 2011 roku							
Rodzaj narkotyku	Szkoła	Nigdy***	1 raz	2 razy	3-5 razy	6-9 razy	10 razy lub więcej
Marihuana, haszysz	IIIG	84	6	4	1	2	4
	IIpG	62	8	5	11	2	11
Inne narkotyki niż marihuana lub haszysz	IIIG	92	4	2	0,5	0,5	1
	IIpG	85	4	4	2	1	4
Dopalacze	IIIG	89	5	3	1	0	2
	IIpG	81	8	3	4	1	3
Środki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza	IIIG	76	6	5	6	2	4
	IIpG	75	7	6	7	1	5
Inne leki w celu odurzenia lub zmiany nastroju	IIIG	87	4	3	2	1	2
	IIpG	84	6	3	3	1	4

Badanie z 2015 roku								
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)	IIIIG	81,1	8,6	3,1	2,1	2,3	1	1,8
	IIpG	56,4	15,0	9,8	4,4	5,6	2,2	6,5
Leki uspokajające i nasenne bez recepty od lekarza	IIIIG	88,6	7,1	0,0	1,1	1,1	0,6	1,4
	IIpG	84,6	8,8	0,0	1,9	2,1	0,7	1,8
LSD lub inne halucynogeny	IIIIG	96,4	2,2	0,0	0,2	0,3	0,0	0,9
	IIpG	95,8	3,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,7
Heroina	IIIIG	98,0	0,8	0,0	0,3	0,3	0,0	0,6
	IIpG	98,7	0,8	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Grzyby halucynogenne	IIIIG	96,9	2,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8
	IIpG	97,1	1,9	0,0	0,6	0,1	0,2	0,1
GHB	IIIIG	98,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	IIpG	99,2	0,4	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
Sterydy anaboliczne	IIIIG	98,1	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	IIpG	99,7	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Narkotyki wstrzykiwane (heroina, kokaina, amfetamia)	IIIIG	97,4	1,1	0,0	0,2	0,0	0,3	1,1
	IIpG	98,5	0,9	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2
Alkohol z lekami	IIIIG	93,3	4,1	0,0	1,1	0,3	0,3	0,9
	IIpG	86,2	11,1	0,0	1,2	0,6	0,2	0,6
Środki przeciwbólowe	IIIIG	54,3	7,4	0,0	6,1	8,8	6,7	16,7
	IIpG	50,6	8,6	0,0	5,8	6,5	6,5	22,0
Inne	IIIIG	88,8	4,7	0,0	1,5	0,6	0,5	3,9
	IIpG	87,6	4,8	0,0	2,0	1,7	0,4	3,6

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

IIG –klasa II gimnazjum; IIIIG –klasa III gimnazjum; IIpG –klasa II szkoły ponadgimnazjalnej.

* dane na temat polskiej heroiny przeczą danym na temat narkotyków wstrzykiwanym za pomocą strzykawki, jest to konsekwencją tego, że respondenci nie wiedzieli co to jest kompot;

**dane na granicy błędu statystycznego;

*** 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 marihuaną).

Źródło:

Dla 2007 r.: *Używanie alkoholu, narkotyków i tytoniu przez uczniów gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych pn. „ESPAD” zgodnie z metodologią i standardami Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach*, 2008, maszynopis w WPS UMG. 2011 r.: *ESPAD 2011. Raport z badań socjologicznych, 2011*, dostęp online:

http://www.gcpu.pl/index.php?option=com_remository&Itemid=89&func=fileinfo&id=25;

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

Załącznik 3.3.1. Liczba zmarłych obywateli Gdańska w latach 2003–2013 z powodu używania narkotyków (F11–F12, F14–F16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12, Y14 wg ICD-10)

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
F11		1		1						1	1											
F12																						
F14																						
F15																						
F16																						
F19																						
X42		3	1			1		2	1	3	1	3	1	6		3		4		3		
X44	3		2	1			1	2	1	1				1								
X62						2						1		1								
X64	2	2					2		1	2	2	1	2	2	1	3			3	2	4	4
Y12				1											1					1		
Y14			1			1			1						1							
Razem:	5	6	4	3	2	2	3	4	4	7	4	5	3	10	2	7	0	4	3	6	4	4

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 psychodyleptyczne (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 psychodyleptyczne (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.

Uwaga: ze względu na duże opóźnienie w publikacji danych na ten temat – według stanu na 01.12.2015 r. nie było jeszcze danych za 2014 r. na stronach GUS.

Źródło:

Dane: Baza demograficzna GUS, [28.11.2015]; tablice LN14p.

Objaśnienia: *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Kategorie 3-znakowe*, 1996, Kraków.

Załącznik 3.3.2. Liczba stwierdzonych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2003–2014 przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku

Lata:	2003 r.		2004 r.		2005 r.		2006 r.		2007 r.		2008 r.		
	56, 59	62	56, 59	62	56, 59	62	56, 59	62	56, 59	62	56	59	62
Przestępstwa z artykułów:	56, 59	62	56, 59	62	56, 59	62	56, 59	62	56, 59	62	56	59	62
Razem Komenda Miejska, ul. Nowe Ogrody 27 (1)	148	446	170	1425	675	123	263	710	137	297	61	165	535
Gdańsk-Orunia KP I, ul. Platynowa 6F	3	19	20	130	5	179	20	190	23	57	10	26	101
Gdańsk-Śródmieście KP II, ul. Piwna 23	8	53	20	105	38	35	20	45	24	33	16	21	58
Gdańsk-Wrzeszcz KP III, ul. Biała 1A	7	42	20	40	18	41	50	98	6	42	15	78	84
Gdańsk-Oliwa KP IV, ul. Kaprów 14	42	20	15	130	5	118	5	80	3	30	2	6	27
Gdańsk-Przymorze KP V, ul. Krynicka 7	0	52	15	150	22	75	15	30	46	28	8	4	150
Gdańsk-Nowy Port KP VI, ul. Kasztanowa 6	0	8	5	20	8	25	18	60	4	24	0	2	38
Gdańsk-Stogi KP VII, ul. Ugory 9	8	189	15	780	5	72	7	12	3	10	3	0	15
Gdańsk Morena KP VIII, ul. Kartuska 19	0	60	50	40	22	50	110	95	18	38	2	22	39
Gdańsk-Osowa KP. IX, ul. Baczewskiego 35	80	3	10	30	0	80	18	100	10	35	5	6	23

(1) – zsumowanie stwierdzonych przestępstw może nie dawać ilości równej danym dla komendy miejskiej, ponieważ niektóre stwierdzenia podlegały bezpośrednio komendzie miejskiej.

Σ – wszystkie przestępstwa z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (jest to więcej, niż art. 56 i 59 plus art. 62.).

Art. 56 dotyczy wprowadzania do obrotu środków odurzających.

Art. 59. dotyczy udzielania innej osobie środka odurzającego w celu osiągnięcia korzyści majątkowej.

Art. 62 dotyczy posiadania środków odurzających.

Lata:	2009 r.			2010 r.			2011 r.			2012 r.		
Przestępstwa z artykułów:	56, 59	62	Σ	56, 59	62	Σ	56, 59	62	Σ	56, 59	62	Σ
Razem Komenda Miejska, ul. Nowe Ogrody 27 (1)	194	825	1074	71	908	1021	85	271	402	73	273	409
Gdańsk-Orunia KP I, ul. Platynowa 6F	94	140	240	8	62	62	6	41	53	8	34	45
Gdańsk-Śródmieście KP II, ul. Piwna 23	29	70	114	18	86	107	19	27	51	21	23	58
Gdańsk-Wrzeszcz KP III, ul. Biała 1A	34	159	206	15	212	233	9	48	75	10	45	63
Gdańsk-Oliwa KP IV, ul. Kaprów 14	2	14	19	2	38	44	11	13	25	3	18	26
Gdańsk-Przymorze KP V, ul. Krynicka 7	9	242	253	12	264	279	16	56	78	15	60	85
Gdańsk-Nowy Port KP VI, ul. Kasztanowa 6	4	55	60	5	81	89	6	25	33	6	27	38
Gdańsk Stogi KP VII, ul. Ugory 9	3	17	21	0	12	15	1	7	9	0	10	11
Gdańsk Morena KP VIII, ul. Kartuska 19	15	69	91	8	126	139	15	44	65	1	47	70
Gdańsk-Osowa KP. IX, ul. Baczewskiego 35	5	59	70	3	27	36	2	10	13	3	9	13

Lata:	2013 r.			2014 r.		
Przestępstwa z artykułów:	56, 59	62	Σ	56, 59	62	Σ
Razem Komenda Miejska, ul. Nowe Ogrody 27 (1)	42	281	389	41	412	588
Gdańsk-Orunia KP I, ul. Platynowa 6F	3	44	53	7	59	71
Gdańsk-Śródmieście KP II, ul. Piwna 23	11	30	49	2	69	137
Gdańsk-Wrzeszcz KP III, ul. Biała 1A	5	56	67	1	54	60
Gdańsk-Oliwa KP IV, ul. Kaprów 14	1	12	21	0	15	25
Gdańsk-Przymorze KP V, ul. Krynicka 7	1	31	47	9	64	88
Gdańsk-Nowy Port KP VI, ul. Kasztanowa 6	2	19	21	0	28	31
Gdańsk Stogi KP VII, ul. Ugory 9	0	13	20	2	15	17
Gdańsk Morena KP VIII, ul. Kartuska 19	10	34	56	11	68	105
Gdańsk-Osowa KP. IX, ul. Baczewskiego 35	1	19	21	1	20	22

Źródło: Pismo Ldz..D-I-1105/08 z dnia 12.05.12 wraz z jego aktualizacją otrzymaną w Sekcji Dochodzeniowo-Śledczej KMP w Gdańsku dnia 12.12.2008 r. [dane za lata: 2003–2007]; pismo L. dz. D-850/09 z dnia 04.12.2009 r. [dane za 2008 r.]; pismo: D.-640/10 z dnia 23.11.2010 r. [dane: za 2009 r.]; pismo D.5604-274/11 z dnia 01.01.2012 r. [dane za 2010 r.]; pismo D.076-1/12 z dnia 24.07.2012 r. [dane za 2011 r.]; e-mail z dnia 01.12.2015 r. od mł. asp. Lucyny Rekowskiej z KMP w Gdańsku (rzecznikkmp@pomorska.policja.gov.pl) [dane za lata 2012–2014].

Załącznik 4.6.1. Ilość zatrzymanych narkotyków przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku w latach 2003–2011 i 2014.

Rodzaj narkotyku [miara]	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Konopie indyjskie [rośliny]	38	40		1677	64	26	9	15	39	b.d.	b.d.	
Marihuana [gramy]	2834	1583	12500	7686,1	6312,6	4370,24	3276,33	3341,76	3716,96	b.d.	b.d.	9741,40
Haszysz [gramy]	235,3	853	115,4	1475	18129	83,43	170,5	5373,38	104,58	b.d.	b.d.	
Amfetamina [gramy]	1368	1124,5	1200	2991	7045,3	1530,59	2307,28	7282,17	2612,56	b.d.	b.d.	4249,98
Siarczan Amfetaminy						4,02				b.d.	b.d.	
Metaamfetamina [gramy]										b.d.	b.d.	0,76
MDMA Extasy [sztuki]	75	98	81	562	6974	1572,33	325	1832		b.d.	b.d.	572
Słoma makowa [kilogramy]	127	1930		5,3						b.d.	b.d.	
„Polska heroina” [cm ³]	2397	9635	850	624	42,6	1,5		19		b.d.	b.d.	
Heroina [gramy]	19,9	23,5	25,5	84	372,2	46,15	6837,32	18,76	62,18	b.d.	b.d.	22,66
Substancje zawierające heroinę [gramy]							3,93			b.d.	b.d.	
LSD [listki]	5	10			3			3		b.d.	b.d.	
Kokaina [gramy]	22,3	25	4,12	4,51	76,6	100,71	286,63	50,32	11,66	b.d.	b.d.	28,66
Grzyby halucynogenne [szt./gr.]	9				32		70	7,70		b.d.	b.d.	11,25
Mefedron [gramy]	9									b.d.	b.d.	6,83
Łasiczka Lancetowata [gramy]						11,25				b.d.	b.d.	
Methadon [cm ³] [gramy]				19,3	1740	200	60			b.d.	b.d.	44,94
						0,075						
Pochodne Amfetaminy i inne /tabletki [sztuki / gramy]						110				b.d.	b.d.	
						28,78						
PMA [sztuki]						7				b.d.	b.d.	
Clonazepam [sztuki]							167	36		b.d.	b.d.	28
Nitrazepan [sztuki]							20			b.d.	b.d.	
Stanex 10 [sztuki]							9800			b.d.	b.d.	
Methanex 10 [sztuki]							4900			b.d.	b.d.	
Etylokatynon [gramy]										b.d.	b.d.	29,05
Tabletki entazy Mitsubishi [szt.]									24	b.d.	b.d.	
Bufedron [gramy]										b.d.	b.d.	10,36
3MMC [gramy]										b.d.	b.d.	557,57
3CMC [gramy]										b.d.	b.d.	91,98
4CMC [gramy]										b.d.	b.d.	35,54

Źródło: Pismo Ldz..D-I-1105/08 z dnia 12.05.2008 r. wraz z jego aktualizacją otrzymaną w Sekcji Dochodzeniowo-Sledczej KMP w Gdańsku dnia 12.12.2008 r. [dane za lata: 2003–2007]; pismo L. dz. D-850/09 z dnia 04.12.2009 r. [dane za 2008 r.]; pismo: D.-640/10 z dnia 23.11.2010 r. [dane: za 2009 r.]; pismo D.5604-274/11 z dnia 01.01.2012 r. [2010 r.]; pismo D.076-1/12 z dnia 24.07.2012 r.; e-mail z dn. 28.12.2015 r. od mł. asp. Lucyny Rekowskiej z Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku (rzecznikmp@pomorska.policja.gov.pl) [nie udostępniono danych za 2012 i 2013 , a jedynie za 2014 r.].

Załącznik 4.6.2. Ilość zatrzymanych przez funkcjonariuszy Izby Celnej w Gdyni narkotyków na terenie Gdańska w latach 2003–2014

Narkotyk [ilość / waga]	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Heroina [gramy]									0,33			33,35
Amfetamina [gramy]								100	230,88	100	7253,62	4540,78
Marihuana [gramy/sztuki sadzonek]	0,3			0,55	2		8	0,60		0,60	14911,16 7	6531,71 35 52014,34 129
Susz roślinny o zapachu marihuany [gramy]								3	231,78	128,37	27,8	
Extasy [sztuki]								3	19	26	317	622
Haszysz [lizaki sztuki/gramy]							1	0,17		5074,4	209,31	1009,03
Kokaina [w gramach]					5		73112		103,8	615,16	1137,22	8
Grzyby halucynogenne [sztuki/gramy]					33 / 2							
Sterydy anaboliczne [w sztukach / kilogramach]			3390 0,75				467	400		66237 2,3665	70681 1,4379	695 2,1603
Oxazepan [w sztukach]						150				60		
Substancje psychoaktywne (w tym uznane jako dopalacze) [w gramach/sztukach (tabletki, kapsułki)/opakowaniach]							840	203 2812	3,1 12 24	(1)	(2)	(3)

(1) LSD-1 szt.; (2) piktogramy DOB - 3 szt., LSD - 79 porcji, PCP - 32 szt., 4-mec - 1032 gr., ETH-CAT - 14 gr., mocz - 51 gr., GBL prekursor GHB - 400 gr., metaamfetamina - 2,39 gr., (3) 3 mmc - 5 szt., 4 cmc - 1017 szt., ETH-CAT - 2 gr., mefedron - 116,42 gr., Regenon - 30 szt., Pentedon - 13,67 gr., 4 MEC Metylon 4-FMC - 1017 szt., Adipex - 764 szt., Dębu - 36,87 gr., Metadon - 30 gr.

Źródło: Pismo 320000-OR-030-160/08/DR z dnia 09.12.2008 r. [dane: 2003–2007]; pismo: 320000-IOSW-030-69/09/GK z dnia 12.10.2009 r. [dane: 2008]; pismo: 320000-IOSW-030-72/2010 z dnia 02.11.2010 r. [dane: 2009 r.]; pismo: 320000-IOSW-600-99/11-3/JO z dnia 27.11.2011 r. [dane: 2010 r.]; pismo: 320000-IOSW-600-63-2012 z dnia 27.07.2012 r. [dane: 2011]; pismo: 32000-IOSW.0741.25.2015.5 z dnia 03.12.2015 r. [dane: 2012–2014].

Zał. 4.6.3. Ilość zatrzymanych narkotyków na przejściach granicznych zlokalizowanych w Gdańsku przez funkcjonariuszy Morskiego Oddziału Straży Granicznej im. płk Karola Bacza w latach 2003–2014

Narkotyk [ilość/waga]	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Amfetamina [w gramach]		967	181,35	130,2	286	740	97,59	23,5	383,64			472,80
Haszysz [w gramach]	5	2,3	387	4,52	21,9	0,1					0,2	
Marihuana [w gramach]	0,4		5,7	2	27	36,6	250	3,6		2,29		15709,21
Kokaina [w gramach]	1143	7908	0,32		26,04							
Extasy [w sztukach]			124		35	265						
Nasiona konopii [w sztukach]				100								1

Źródło: Pismo 1162 z dnia 27.11.2008 r. [dane: 2003–2007], pismo 905/III/DK z dnia 09.10.2009 r. [dane: 2008 r.]; pismo: brak numeru, jest adnotacja, że sporządził D.K. 58 5242065 z dnia 25.10.2010 r. [dane: 2009 r.]; pismo MO-7442/11 z dnia 22.11.2011 r. [dane: 2010 r.]; pismo MO-OŚ-4075/12 z dnia 31.07.2012 r. [dane: 2011 r.]; e-mail od kpt. Joanny Wiśniewskiej (joanna.wisniewska@strazgraniczna.pl) z dnia 23.11.2015 r. [dane: 2012–2014].

Rozdział II: Badanie ilościowe wśród mieszkańców Gdańska

w tym rozdziale zostały zaprezentowane wyniki badania ilościowego przeprowadzonego w ramach projektu pt. **„diagnoza problemu narkotyków i narkomanii oraz ewaluacja gminnego programu przeciwdziałania narkomanii”**. badanie zrealizowano na zlecenie gdańskiego centrum profilaktyki uzależnień i gminy miasta gdańsk. podmiotem odpowiedzialnym za wykonanie badania był zakład realizacji badań społecznych. badanie zrealizował zespół w składzie: marta abramowicz, maciej brosz, tomasz michalski, anna strzałkowska, tomasz tobis. prace terenowe przeprowadzone zostały w listopadzie 2015 roku. dla potrzeb związanych z przygotowaniem i realizacją badania przyjęto następujące założenia metodologiczne:

1. wielkość i sposób doboru próby badawczej: w badaniu udział wzięły 1003 osoby, wyłonione przy zastosowaniu losowo-kwotowej metody doboru. najpierw dokonano losowego doboru adresów na terenie gdańska (metodą ustalonej ścieżki), a następnie pod tymi adresami wyłoniono respondentów, którzy wzięli udział w badaniu. respondentem mogła być osoba pełnoletnia spełniająca kryterium kwotowe (wiek/płeć), ustalone na podstawie danych głównego urzędu statystycznego (stan na dzień 31.12.2014). w przypadku gdy w jednym gospodarstwie występowały dwie osoby lub więcej, spełniające kryterium kwotowe – stosowano losowanie proste na podstawie metody *„kto ostatni obchodził urodziny”*.

2. metoda badawcza: badanie zrealizowano metodą sondażową, z zastosowaniem techniki ankiety. ankieterzy pozostawili respondentom kwestionariusze do samodzielnego wypełnienia, a następnie je od nich odebrali.

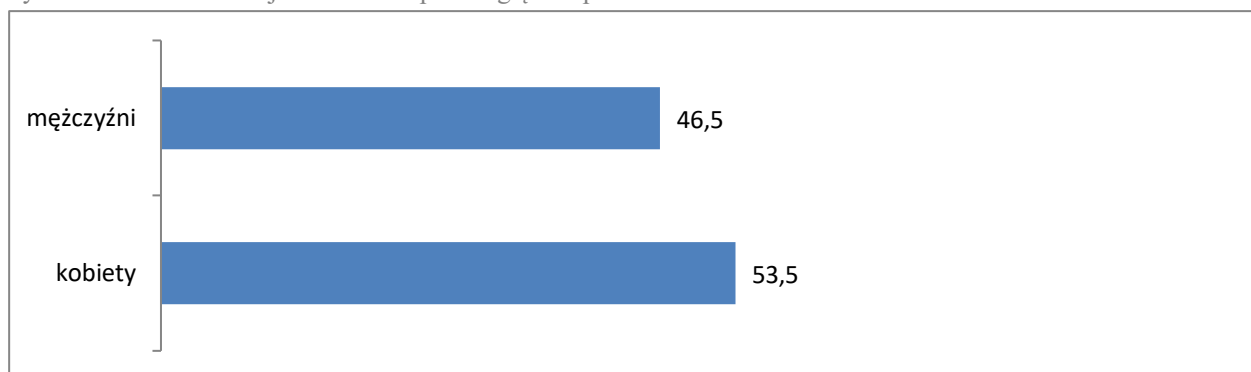
3. narzędzie badawcze: na potrzeby badania skonstruowano kwestionariusz charakteryzujący się wysokim stopniem standaryzacji. ogółem zawarto w nim 45 pytań, w tym 27 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte, 8 skalogramów, 11 pytań metryczkowych.

Po przeprowadzeniu badania na podstawie uzyskanych wyników sporządzono raport, którego obszernie fragmenty zostały zaprezentowane w bieżącym rozdziale. 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 przeprowadzonych w 2011 roku przez zespół badawczy w składzie: Maciej Brosz, Anna Strzałkowska, Tomasz Tobis, pt. *„Wzorce konsumpcji alkoholu”*. Porównania pojawiają się w przypadku pytań, których forma nie uległa zmianie lub też takich, gdzie po odpowiednim przetworzeniu danych możliwe było zestawienie kategorii.

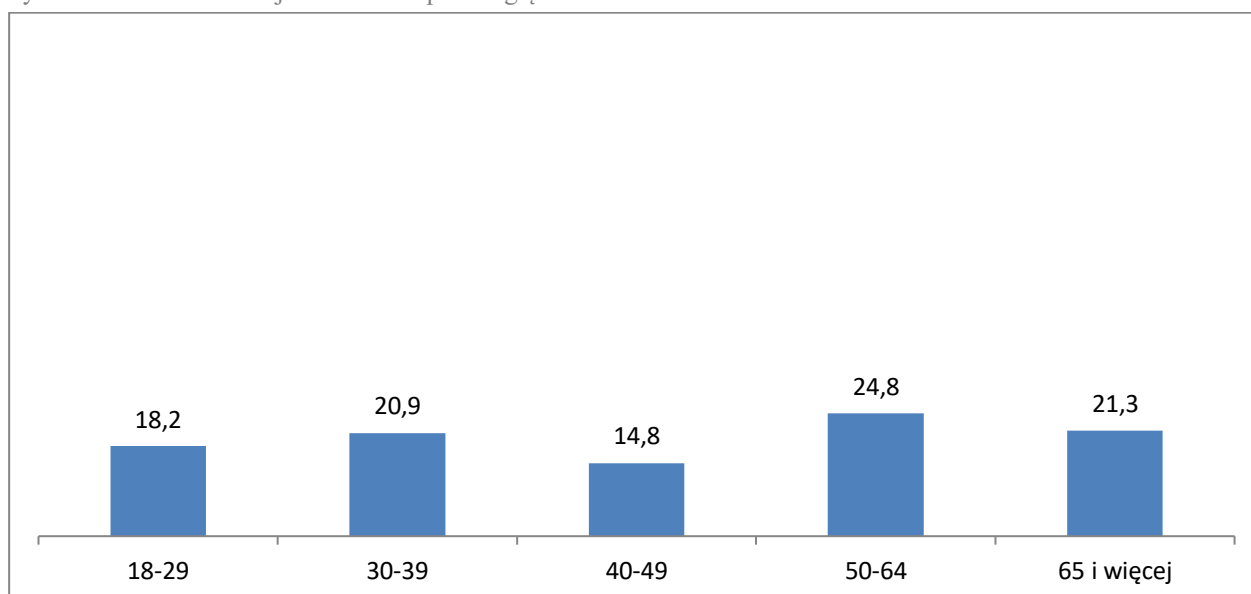
1. Struktura próby badawczej

Badanie zostało przeprowadzone wśród 1003 dorosłych mieszkańców Gdańska. Zrealizowana próba badawcza jest reprezentatywna pod względem struktury płci i wieku (według danych Głównego Urzędu Statystycznego – stan na 31.12.2014 r.).

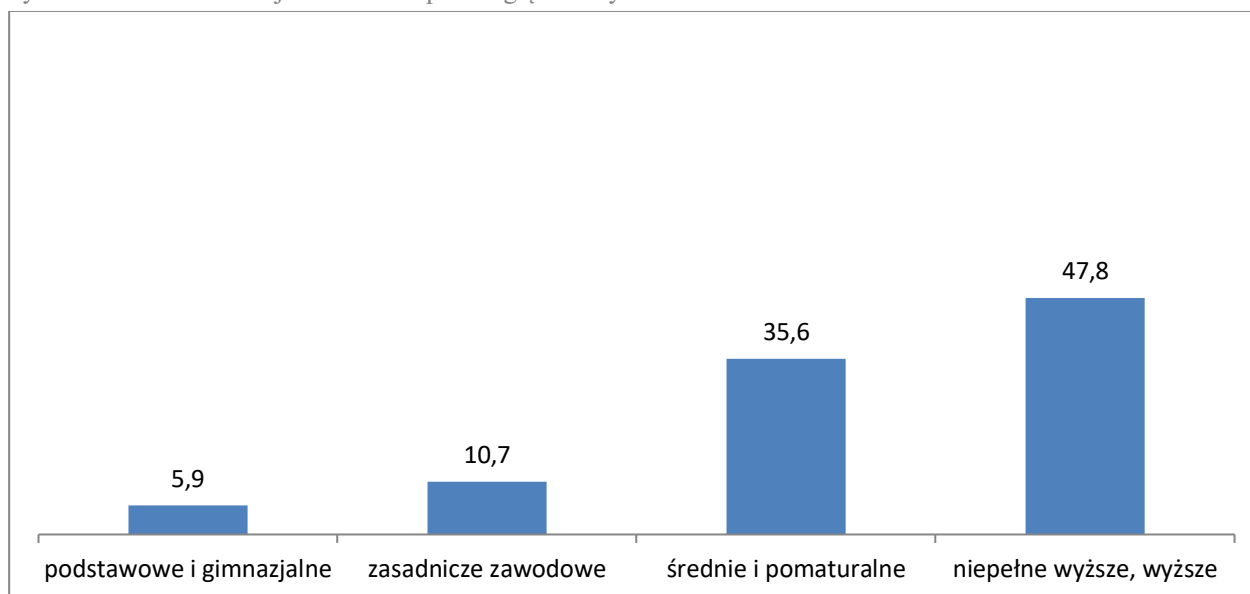
Ryc. 1. Struktura badanej zbiorowości pod względem płci.



Ryc. 2. Struktura badanej zbiorowości pod względem wieku.

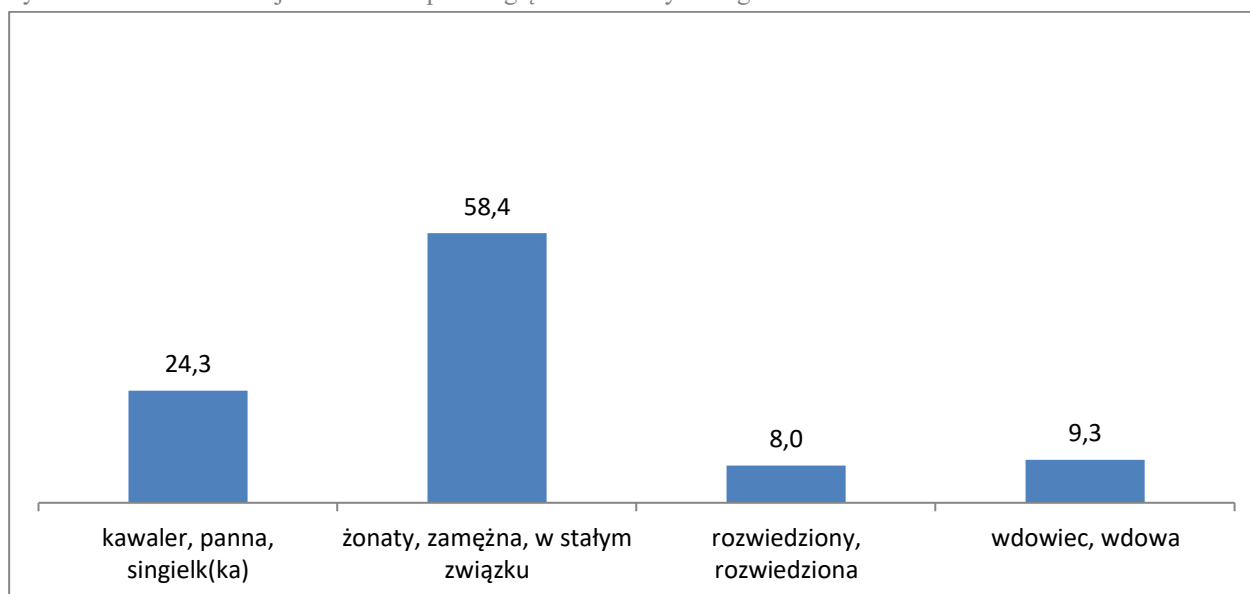


Ryc. 3. Struktura badanej zbiorowości pod względem wykształcenia.

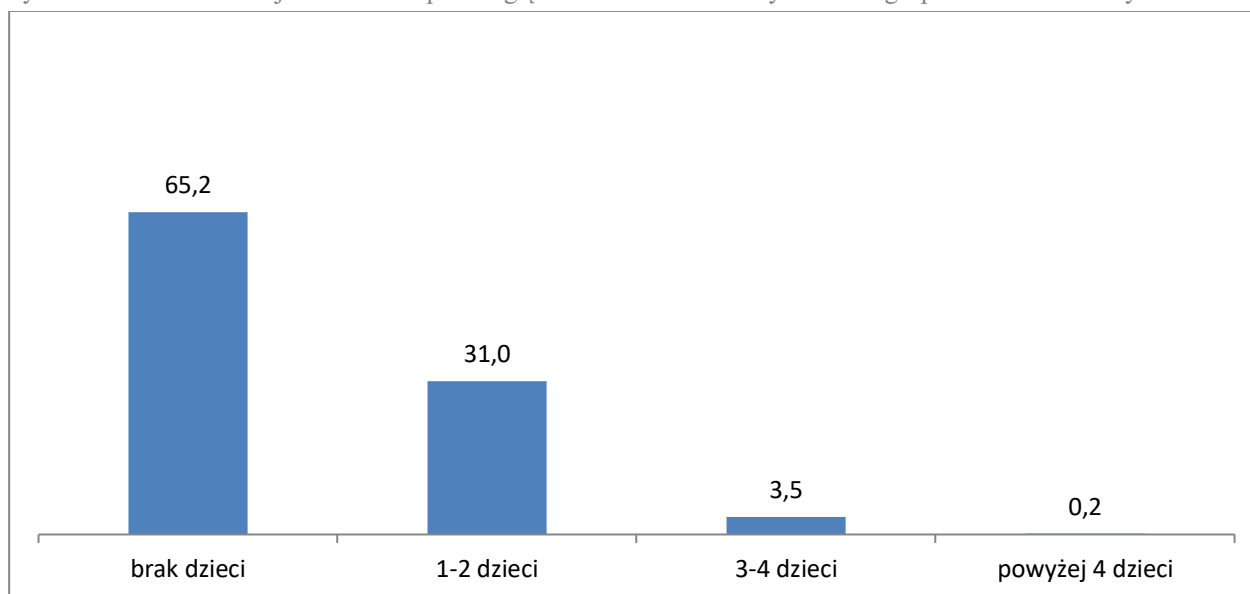


Niski odsetek osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym wynika z faktu, iż badanie zostało przeprowadzone wśród dorosłych mieszkańców Gdańska. Wysoki odsetek badanych z wykształceniem wyższym i niepełnym wyższym wynika z jednej strony z połączenia tych dwóch kategorii, z drugiej zaś łączy się z faktem napływu do Gdańska dużej liczby dobrze wykształconych specjalistów. Na przestrzeni ostatnich kilku lat w Trójmieście uruchomiono wiele centrów logistycznych, informatycznych, obsługi klientów biznesowych, które stanowią czynnik przyciągający osoby z wyższym wykształceniem.

Ryc. 4. Struktura badanej zbiorowości pod względem stanu cywilnego.



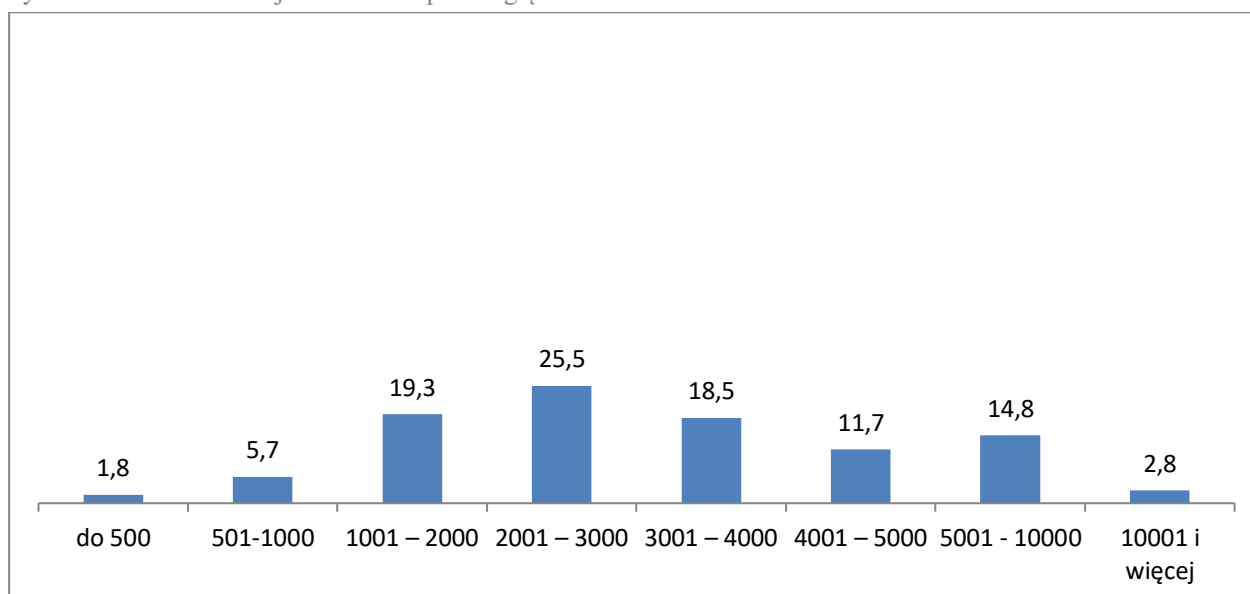
Ryc. 5. Struktura badanej zbiorowości pod względem obecności i liczby dzieci w gospodarstwie domowym.



Ze względu na niewielką liczebność kategorii „powyżej 4 dzieci” (2 przypadki), zostały one włączone do kategorii „3-4 dzieci”. W dalszej prezentacji użyta zostanie etykieta „powyżej 3 dzieci”.

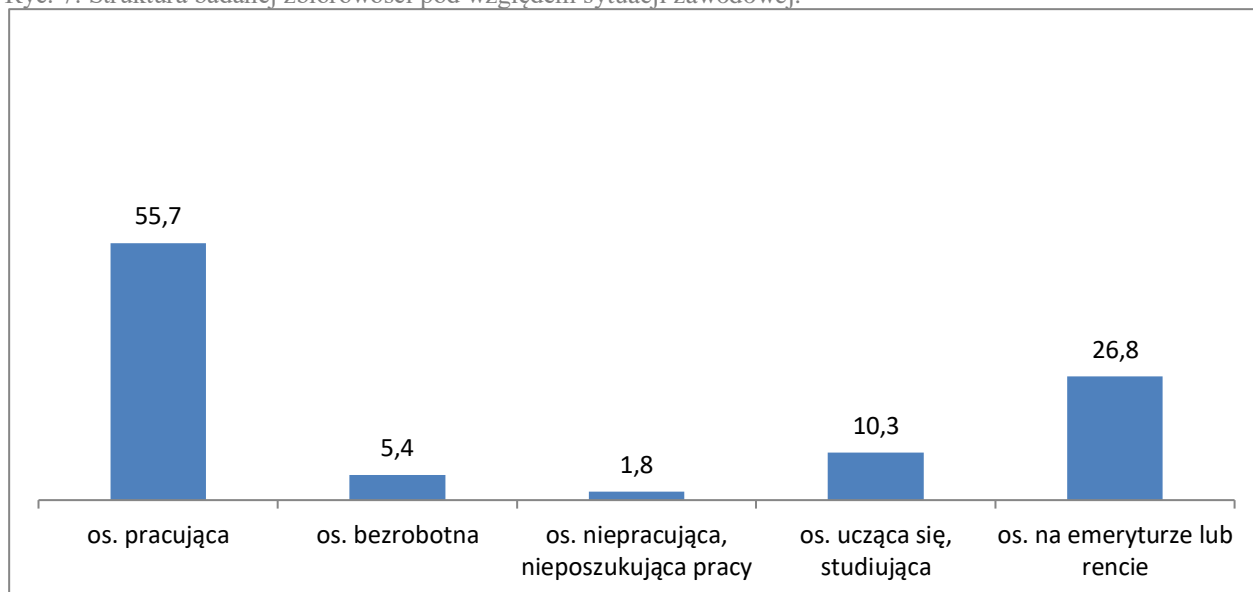
Pytanie o dochód dotyczyło łącznej kwoty pieniędzy *netto*, pozostającej do dyspozycji w gospodarstwie domowym respondenta.

Ryc. 6. Struktura badanej zbiorowości pod względem dochodu.

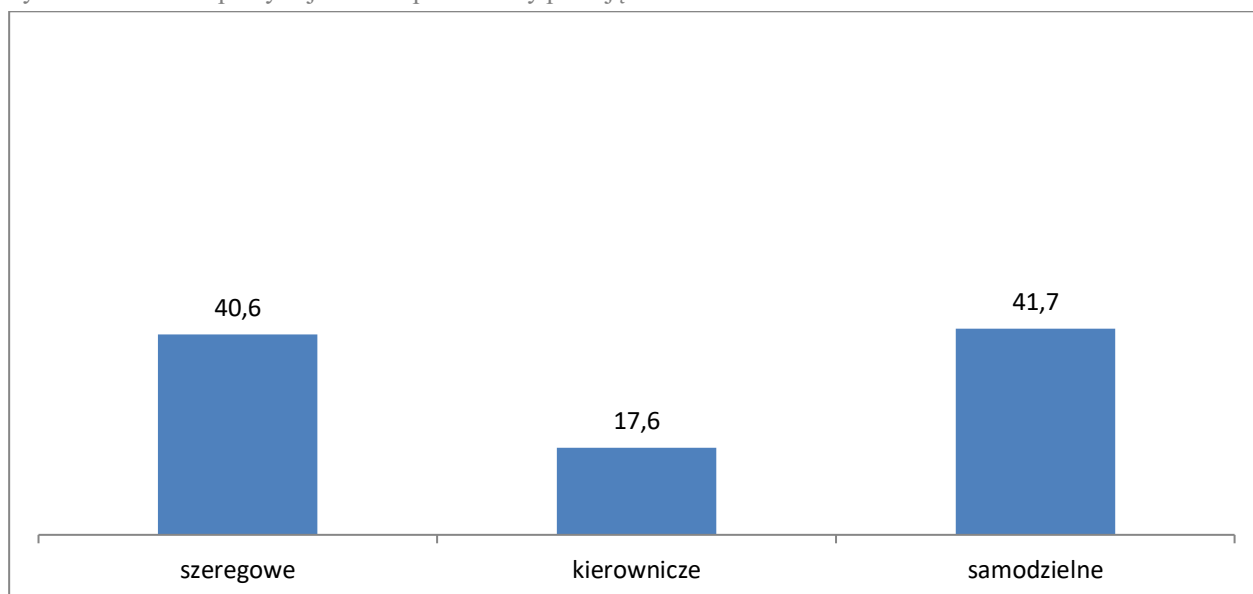


Ze względu na niewielką liczebność kategorii „do 500” (16 przypadków) oraz „10001 i więcej” (25 przypadków) zostały one włączone do sąsiadujących kategorii. W rezultacie uzyskano połączone kategorie „do 1000” oraz „powyżej 5001”.

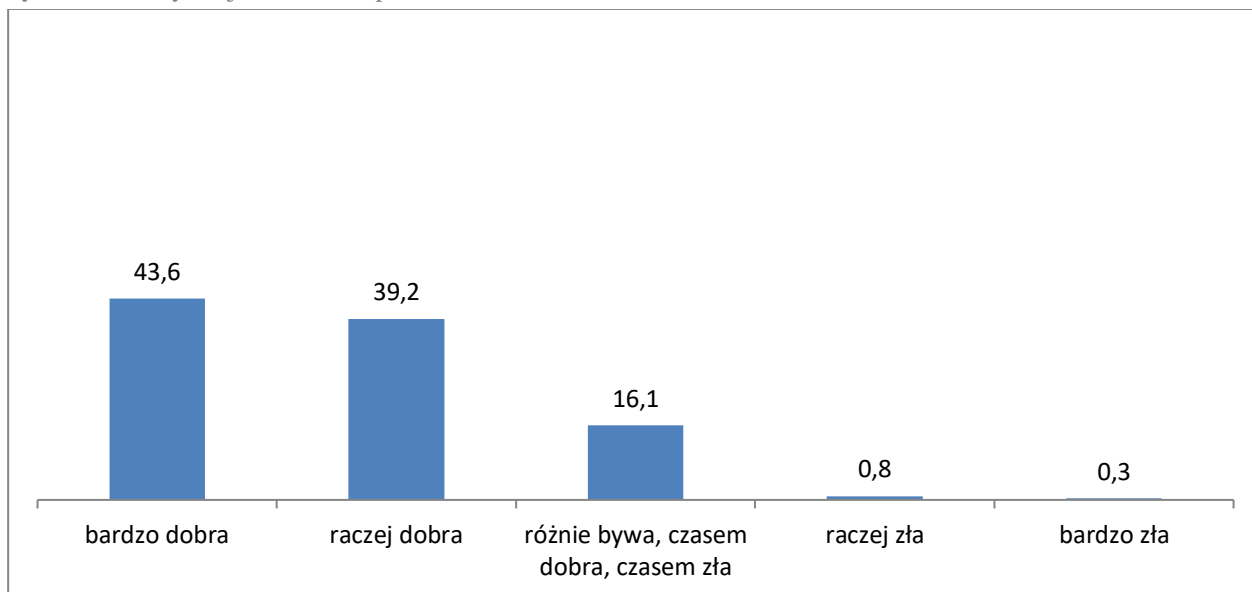
Ryc. 7. Struktura badanej zbiorowości pod względem sytuacji zawodowej.



Ryc. 8. Stanowisko pracy zajmowane przez osoby pracujące zawodowo.

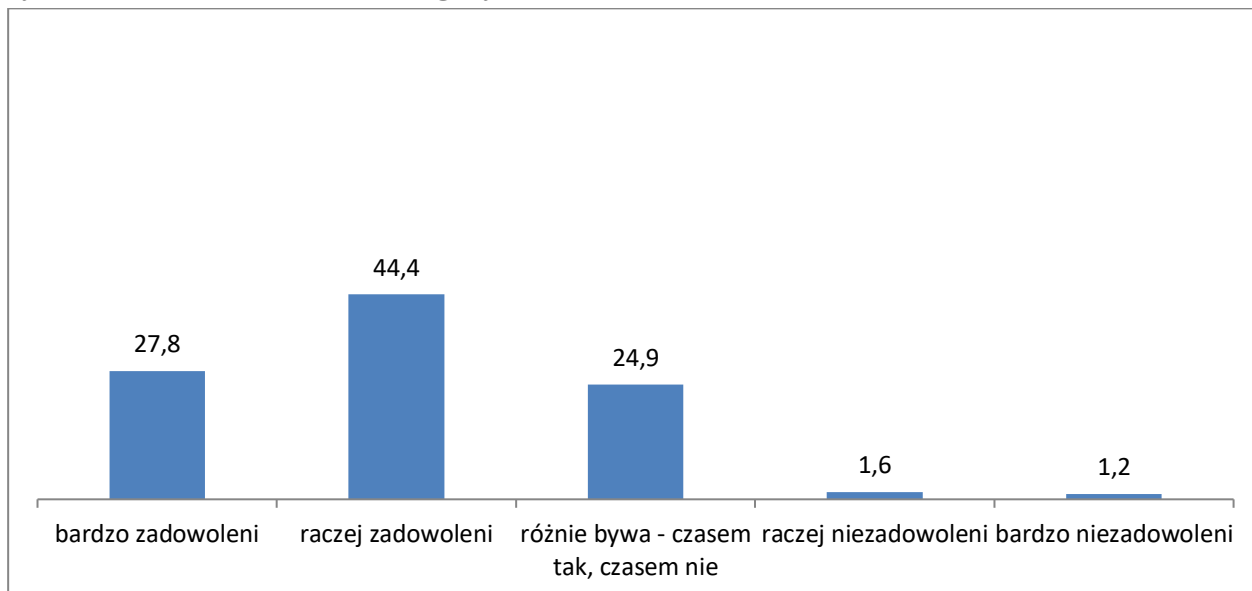


Ryc. 9. Ocena sytuacji w domu respondenta.



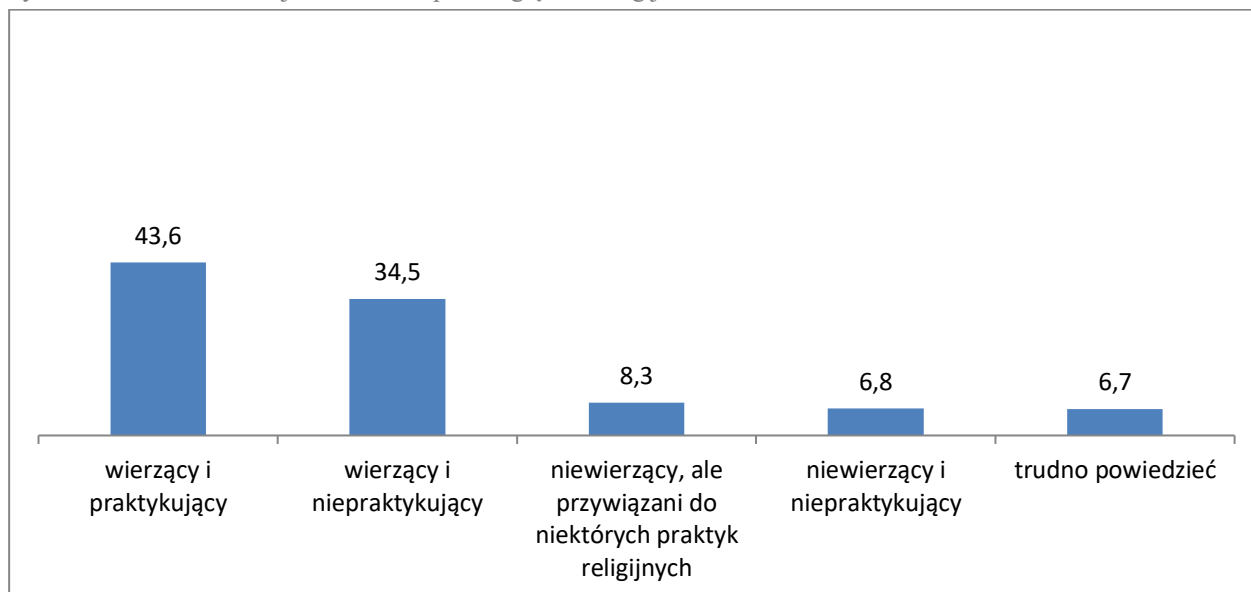
Ze względu na niewielką liczebność kategorii „raczej zła” (8 przypadków) i „bardzo zła” (3 przypadki) połączono je w jedną kategorię „raczej zła i bardzo zła”, natomiast kategorie „bardzo dobra” i „raczej dobra” w kategorię „bardzo dobra i dobra”.

Ryc. 10. Poczucie zadowolenia z własnego życia.



Ze względu na niewielką liczebność kategorii „raczej niezadowoleni” (16 przypadków) i „bardzo niezadowoleni” (12 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

Wyniki zarejestrowane w badaniu przeprowadzonym na terenie Gdańska są spójne z ogólnopolskimi tendencjami uchwyconymi w europejskim programie badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków ESPAD. Najnowsza edycja tego badania pokazała, że wśród młodzieży szkolnej, w grupach wiekowych 15-16 lat oraz 17-18 lat nastąpił spadek wskaźników picia napojów alkoholowych¹⁹². Choć badanie prezentowane w niniejszym raporcie zostało przeprowadzone wśród osób dorosłych, to pokazuje ważną tendencję spadkową. Jeśli chodzi o korzystanie z narkotyków – jedynymi substancjami, w odniesieniu do których można dokonać porównania do poprzednich edycji badań są leki uspokajające i nasenne. Ich spożycie utrzymało się na tym samym poziomie co w 2011 roku. W jednej z konkluzji raportu ESPAD jest mowa o zahamowaniu trendu wzrostowego rozpowszechnienia używania przetworów konopi. Czy trend ten dotyczy wszystkich substancji psychoaktywnych, pozostaje niewiadome. Kolejne badania mogą dostarczyć informacji w tym zakresie.

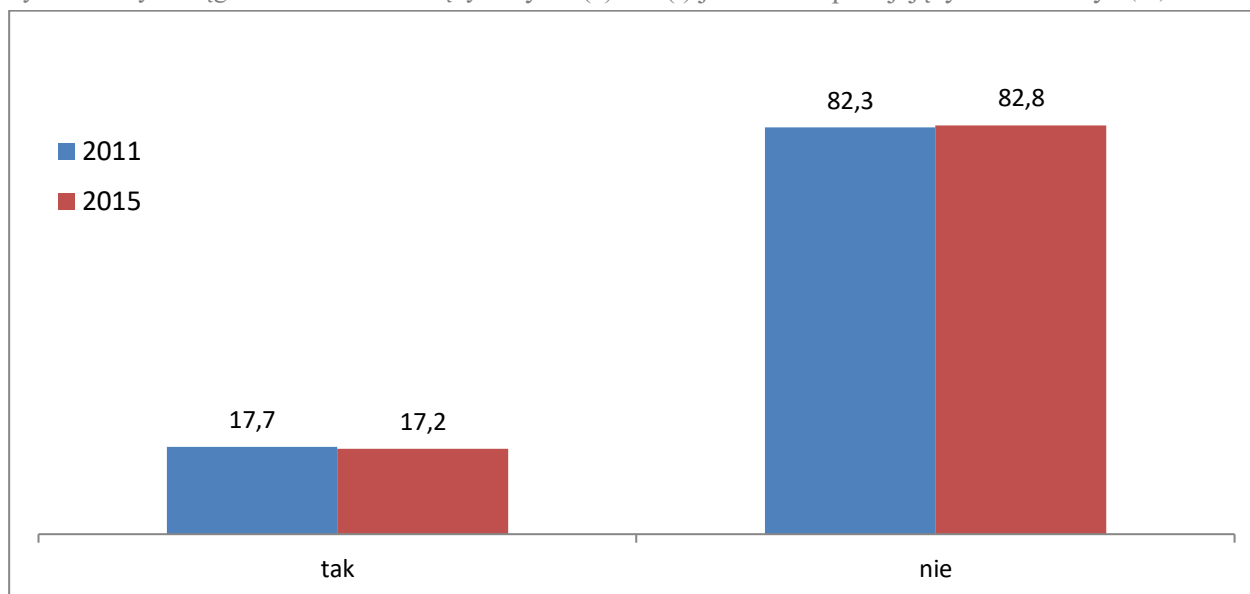
2.1. Leki uspokajające lub nasenne

Spośród wszystkich badanych 17,2% (blisko co szоста osoba), zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywała jakiś lek uspokajający lub nasenny. W porównaniu do wyników

¹⁹² Sierosławski J., 2015, *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w 2015 r.*, dostęp online: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=907006> [12.12.2015].

z badań przeprowadzonych w 2011 roku wskaźnik ten pozostał na tym samym poziomie (minimalna różnica 0,5 p.p.¹⁹³) – 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 (22,5%) niż mężczyźni (11,1%). Do grupy najczęściej korzystających należą osoby po 65 roku życia (27,8%), najrzadziej zaś w wieku 30-39 lat (10,8%). Uwzględniając poziom wykształcenia badanych widać, że po leki uspokajające lub nasenne najczęściej sięgają badani z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (34,5%), w pozostałych grupach odsetek nie przekracza 20%. Po leki najczęściej sięgają badani osiągający dochód na poziomie 1001-2000 zł (25,4%) oraz 3001-4000 zł (22,1%), osoby na emeryturze lub rencie (28,0%) oraz bezrobotni (21,2%), osoby owdowiałe (30,8%), oceniający atmosferę w domu jako złą lub bardzo złą (24,5%) oraz mający poczucie braku zadowolenia z życia (24,0%). Stanowisko pracy zajmowane przez respondenta, 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.)

¹⁹³ Skrót p.p. odnosi się do opisowego określenia punkt procentowy. Punkty procentowe wyrażają różnicę wskazań między wartościami wyrażanymi w procentach.

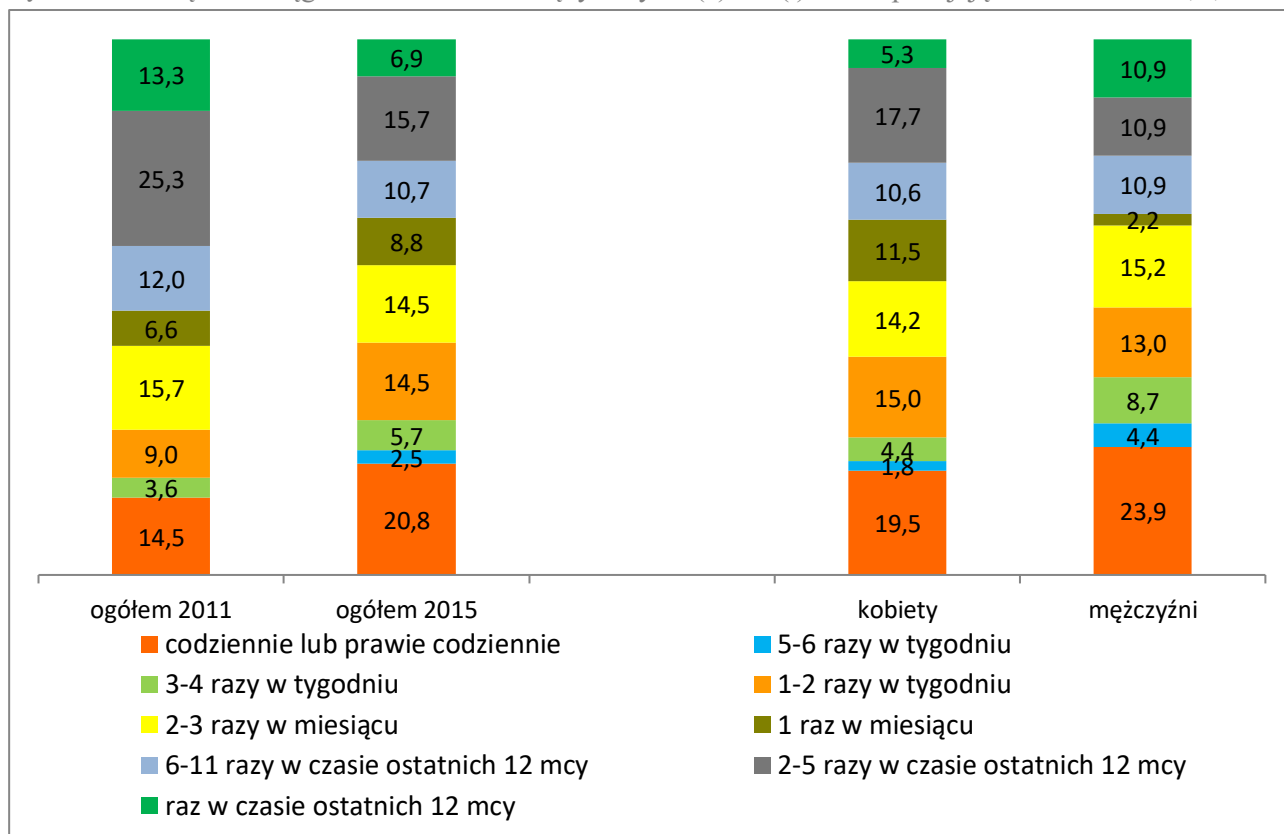
Tab. 1. Zażywanie leków uspokajających lub nasennych na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

	tak wynik z roku 2011	tak	nie
pleć			
kobieta	20,7	22,5	77,5
mężczyzna	14,4	11,1	88,9
wiek			
18-29	15,5	12,7	87,3
30-39	15,9	10,0	90,0
40-49	15,4	17,6	82,4
50-64	21,4	17,6	82,4
65 i więcej	20,1	27,8	72,2
wykształcenie			
podstawowe i gimnazjalne	16,0	34,5	65,5
zasadnicze zawodowe	19,5	19,2	80,8
średnie i pomaturalne	19,5	16,8	83,2
niepełne wyższe, wyższe	14,6	14,9	85,1
dochód			
do 1000	b,d,	10,6	89,4
1001 – 2000	b,d,	25,4	74,6
2001 – 3000	b,d,	17,0	83,0
3001 – 4000	b,d,	22,1	77,9
4001 – 5000	b,d,	8,7	91,3
powyżej 5001	b,d,	15,7	84,3
sytuacja zawodowa			
os. pracująca	14,0	13,8	86,2
os. bezrobotna	14,3	21,2	78,8
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	28,6	6,2	93,8
os. ucząca się, studiująca	15,1	10,1	89,9
os. na emeryturze lub rencie	24,9	28,0	72,0

	tak wynik z roku 2011	tak	nie
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	15,3	13,0	87,0
żonaty, zamężna, w stałym związku	17,0	16,3	83,7
rozwódziony, rozwódziona	27,3	19,2	80,8
wdowiec, wdowa	24,6	30,8	69,2
atmosfera w domu			
bardzo dobra i dobra	b,d,	15,7	84,3
czasem dobra, czasem zła	b,d,	22,9	77,1
raczej zła i bardzo zła	b,d,	24,5	75,5
zadowolenie z życia			
zadowoleni	14,5	14,8	85,2
czasem tak, czasem nie	24,0	22,8	77,2
niezadowoleni	30,0	24,0	76,0

Jak przekonuje ryc. 2.2. w porównaniu do 2011 roku wzrósł odsetek osób sięgających niemal codziennie po leki uspokajające lub nasenne. W 2011 roku wyniósł on 14,5%, a w bieżącej edycji badania, rozpatrując łącznie kategorie „codziennie lub prawie codziennie” oraz „5-6 razy w tygodniu”, aż 23,3% (różnica 8,8 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.

Przedstawiony na wykresie powyżej (ryc. 2.2.) wynik rodzi naturalne pytanie – jak zmieniła się zbiorowość konsumentów leków uspokajających lub nasennych w porównaniu do 2011 roku. Zestawienie zawiera tabela 2. Czerwonym kolorem oznaczono najbardziej wyraziste wzrosty, natomiast zielonym – spadki wskaźnika.

Tab. 2. Sięgający po leki uspokajające lub nasenne „codziennie lub prawie codziennie” – porównanie wyników z lat 2011 i 2015 (%)

UWAGA: Dane mają charakter poglądowy. są obarczone dużym ze względu na fakt, iż przekrój został oparty o pojedynczą – wyselekcjonowaną kategorię „codziennie lub prawie codziennie”.

	2011	2015
pleć		
kobieta	19,0	19,5
mężczyzna	7,6	23,9
wiek		
18-29	12,5	23,8
30-39	7,4	15,0
40-49	24,0	42,3
50-64	14,0	12,5
65 i więcej	16,1	17,3
wykształcenie		
podstawowe i gimnazjalne	35,3	52,6
zasadnicze zawodowe	25,0	30,8
średnie i pomaturalne	12,5	8,8
niepełne wyższe, wyższe	4,9	20,6
dochód		
do 1000	b.d.	42,9
1001 – 2000	b.d.	23,7
2001 – 3000	b.d.	13,9
3001 – 4000	b.d.	15,2
4001 – 5000	b.d.	11,1
powyżej 5001	b.d.	40,9
sytuacja zawodowa		
os. pracująca	7,4	24,6
os. bezrobotna	16,7	9,1
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	-	-
os. ucząca się, studiująca	13,5	30,0
os. na emeryturze lub rencie	23,3	18,2

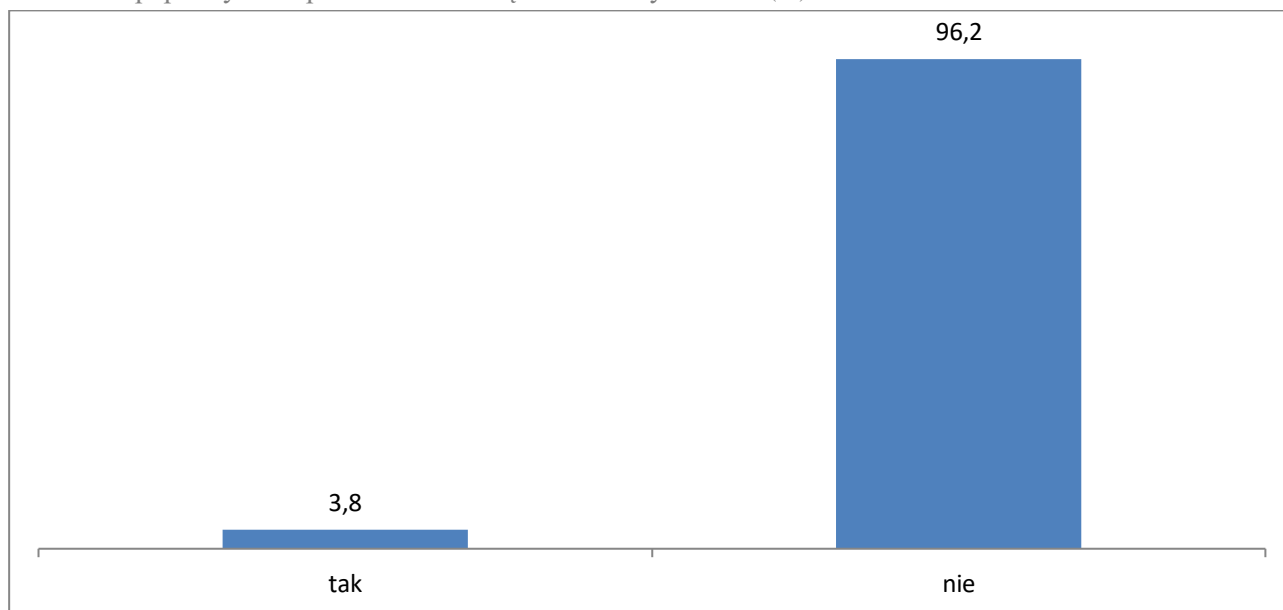
	2011	2015
piastowane stanowisko		
szeregowe	b.d.	29,2
kierownicze	b.d.	33,3
samodzielne	b.d.	18,9
stan cywilny		
kawaler, panna, singielk(ka)	14,3	17,2
żonaty, zamężna, w stałym związku	13,3	23,0
rozwódziony, rozwódziona	25,0	57,1
wdowiec, wdowa	12,5	
liczba dzieci w gosp. dom.		
brak dzieci	14,5	15,1
1-2 dzieci	16,7	24,4
powyżej 3 dzieci	-	60,0
atmosfera w domu		
bardzo dobra i dobra	b.d.	23,5
czasem dobra, czasem zła	b.d.	14,7
raczej zła i bardzo zła	b.d.	10,0
zadowolenie z życia		
zadowoleni	12,8	18,6
czasem tak, czasem nie	13,1	20,0
niezadowoleni	40,0	41,7
religijność		
wierząca i praktykująca	b.d.	16,7
wierząca i niepraktykująca	b.d.	24,4
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	b.d.	18,2
niewierząca i niepraktykująca	b.d.	30,8
trudno powiedzieć	b.d.	42,9

W porównaniu do roku 2011 wyraźnie wzrósł odsetek mężczyzn (o 16,3 p.p.), wzrosty nastąpiły też w kategoriach wiekowych do 49 roku życia – poczynając od najmłodszej grupy o 11,3; 7,6 oraz 18,3 p.p. Wskaźnik spożycia wzrósł na wszystkich poziomach wykształcenia badanych z wyjątkiem osób z wykształceniem średnim lub pomaturalnym. Wśród badanych pozostających w stałych związkach wskaźnik wzrósł o 9,7 p.p., a wśród rozwiedzionych o 32,1 p.p. Uwzględniając fakt posiadania dzieci oraz ich liczebność w gospodarstwie domowym, wzrósł odsetek zażywających wśród badanych posiadających 1-2 dzieci (o 7,7 p.p.). Wskaźnik spożycia wzrósł wśród osób zadowolonych ze swojego życia (o 5,8 p.p.) i umiarkowanie zadowolonych (o 6,9 p.p.).

2.2. Leki wydawane bez recepty

Do zażywania leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności przyznało się 3,8% badanych (zob. ryc.2.3.).

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 z najmłodszej grupy respondentów 18-29 (6,1%) oraz najstarszej – powyżej 65 roku życia (4,9%), pracujące na szeregowym stanowisku pracy (4,5%), nieposiadające dzieci (4,1%), oceniające sytuację w domu jako czasem dobrą, czasem złą (4,6%) lub raczej złą i bardzo złą (4,3%).

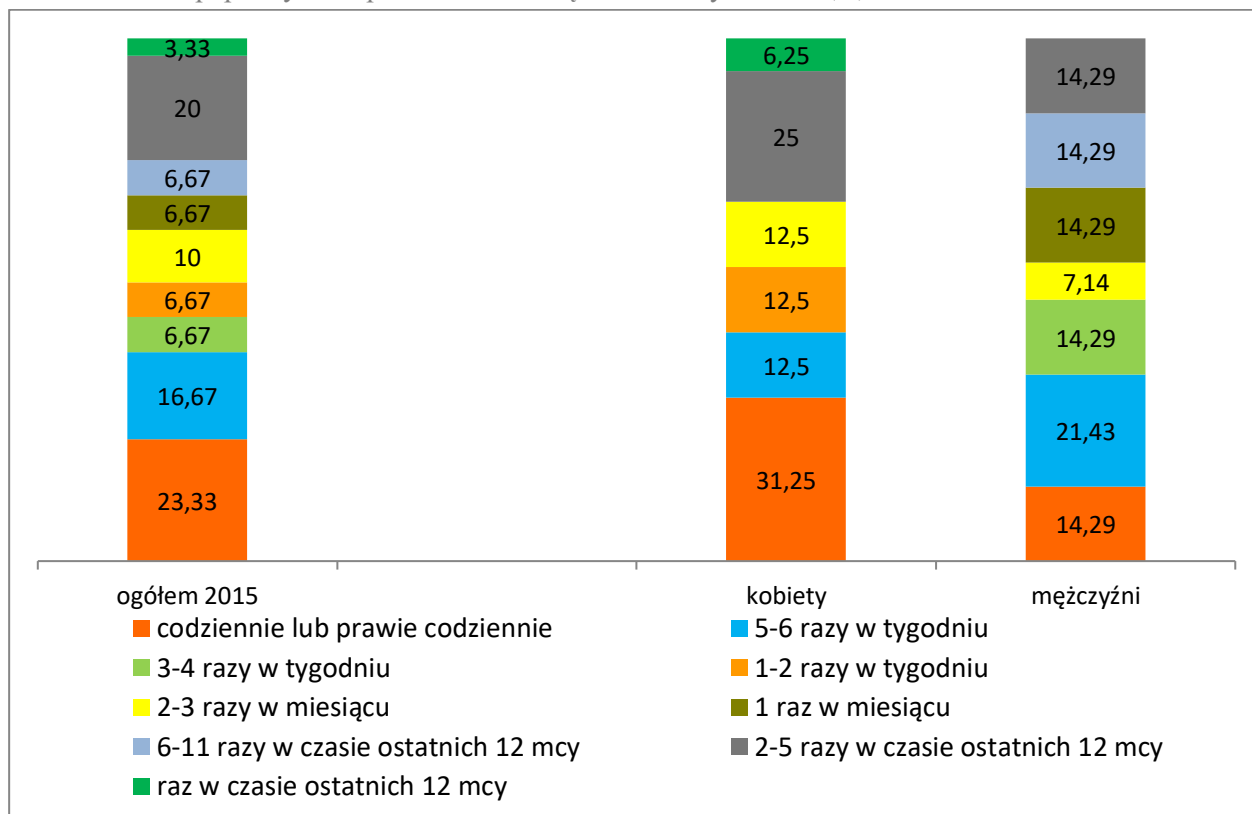
Płeć, wykształcenie, dochód, sytuacja zawodowa, stan cywilny ani poczucie zadowolenia z życia nie różnicują odpowiedzi na pytanie o zażywanie leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności – zob. tab. 3.

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

	tak	nie
wiek		
18-29	6,1	93,9
30-39	3,4	96,6
40-49	2,7	97,3
50-64	2,0	98,0
65 i więcej	4,9	95,1
piastowane stanowisko		
szeregowie	4,5	95,5
kierownicze	3,2	96,8
samodzielne	3,6	96,4
liczba dzieci w gosp. dom.		
brak dzieci	4,1	95,9
1-2 dzieci	3,0	97,0
powyżej 3 dzieci	2,8	97,2
atmosfera w domu		
bardzo dobra i dobra	3,6	96,4
czasem dobra, czasem zła	4,6	95,4
raczej zła i bardzo zła	4,3	95,7

Do badanych, którzy zadeklarowali, że spożywają leki wydawane bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności, skierowano pytanie o częstotliwość zazywania. Zestawienie to należy traktować jako pogładowe, ponieważ poszczególne wyniki procentowe są obarczone dużym błędem, gdyż liczebność zazywających na tle całej próby wynosi 37 osób (3,8%). Wśród zazywających najliczniej reprezentowani są ci, którzy sięgają po nie codziennie lub prawie codziennie 23,3%, a dołączając do tej grupy korzystających 5-6 razy w tygodniu (16,7%) uzyska się wynik 40,0%. Spośród zazywających co piąty badany (20,0) sięgał po takie leki 6-11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy, a co dziesiąty 2-3 razy w miesiącu (10,0%) – 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? (%)

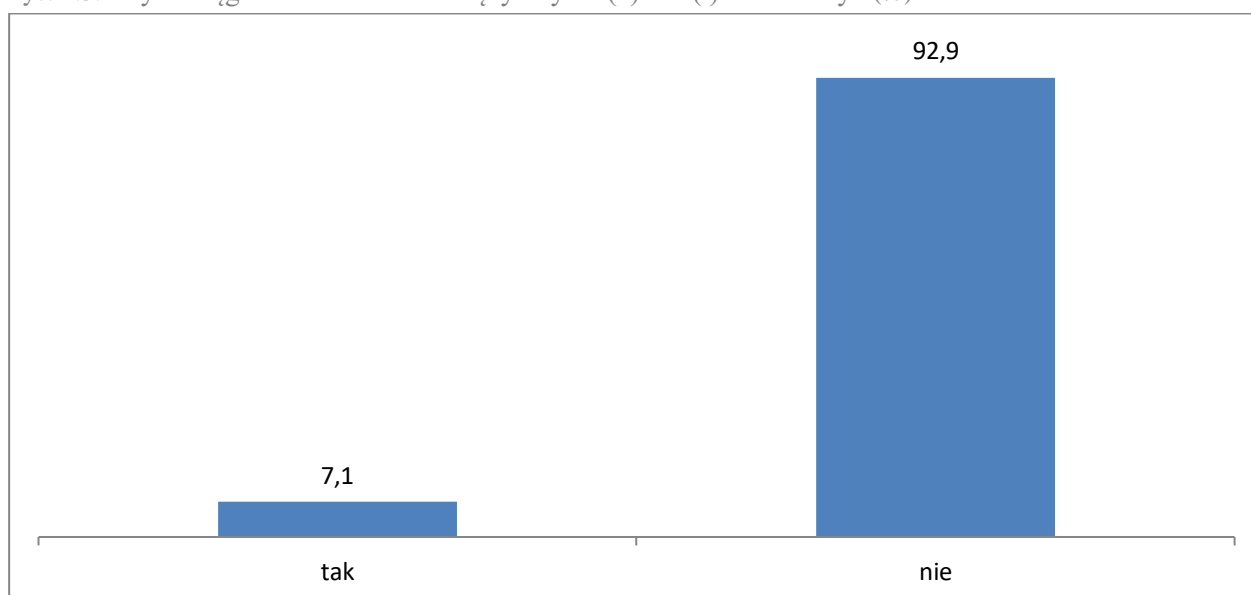


Podstawa procentowania: tylko użytkownicy leków wydawanych bez recepty.

2.3. Używanie marihuany

Spośród wszystkich respondentów do używania marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 7,1% badanych (zob. ryc. 2.5.).

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



Osoby zażywające marihuanę, to należą najczęściej do grupy najmłodszych badanych od 18- do 29 roku życia (24,0%), stanu wolnego (21,4%), oceniające sytuację w domu jako czasem dobrą, a czasem złą (12,5%) lub raczej złą i bardzo złą (10,4%), niezadowolone ze swojego życia (12,0%) oraz niewierzące i niepraktykujące (17,9%), natomiast niewierzące, ale przywiązane do niektórych praktyk religijnych (15,9%), podobnie osoby, które na pytanie o religijność odpowiedziały „*trudno powiedzieć*” (15,4%). Płeć, wykształcenie, dochód, sytuacja zawodowa, stanowisko pracy zajmowane przez respondenta, fakt posiadania dzieci oraz ich liczba w gospodarstwie domowym nie różnicują odpowiedzi na pytanie dotyczące używania marihuany – zob. tab. 4.

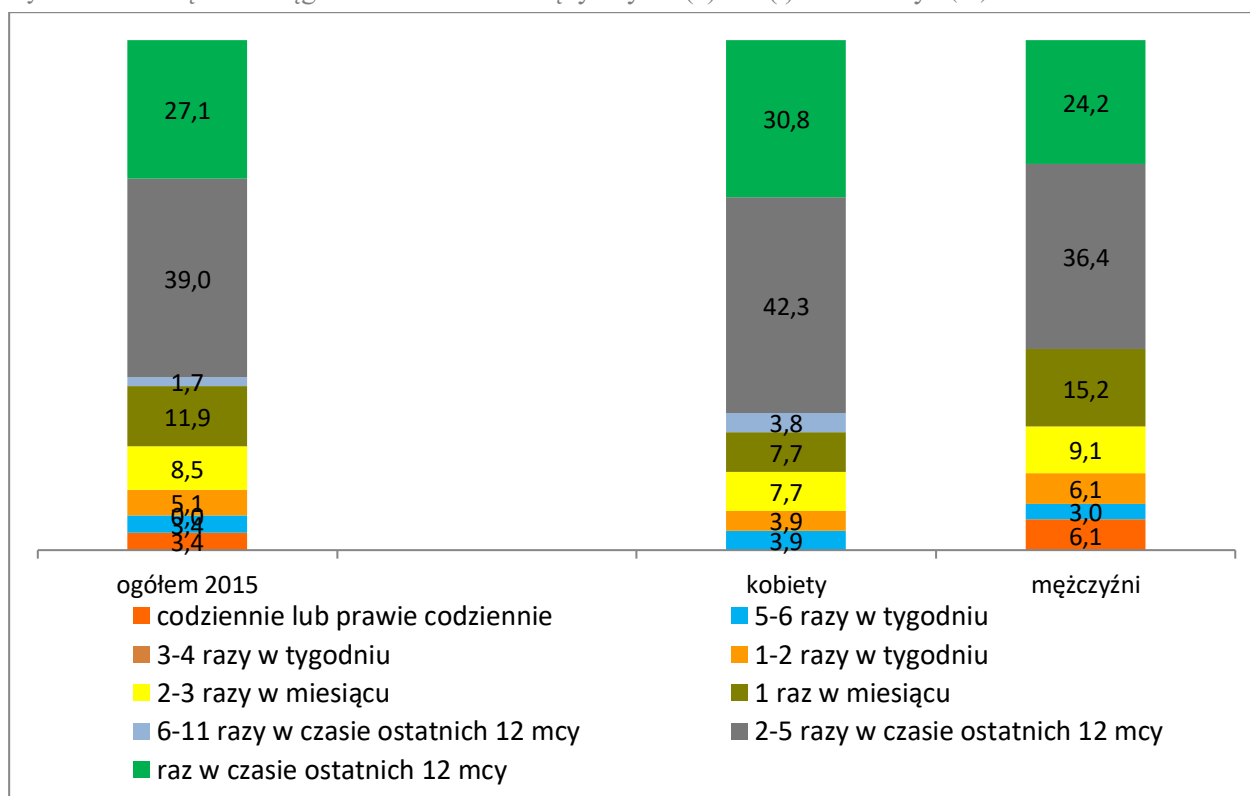
Tab. 4. Korzystanie z marihuany na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

	tak	nie
wiek		
18-29	24,0	76,0
30-39	8,7	91,3
40-49	0,7	99,3
50-64	1,2	98,8
65 i więcej	2,0	98,0
stan cywilny		
kawaler, panna, singiel(ka)	21,4	78,6
żonaty, zamężna, w stałym związku	3,0	97,0
rozwódziona, rozwódziona	-	100,0
wdowiec, wdowa	-	100,0
atmosfera w domu		
bardzo dobra i dobra	5,8	94,2
czasem dobra, czasem zła	12,5	87,5
raczej zła i bardzo zła	10,4	89,6
zadowolenie z życia		
zadowoleni	6,9	93,1
czasem tak, czasem nie	6,7	93,3
niezadowoleni	12,0	88,0

	tak	nie
religijność		
wierząca i praktykująca	2,6	97,4
wierząca i niepraktykująca	6,8	93,2
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	15,9	84,1
niewierząca i niepraktykująca	17,9	82,1
trudno powiedzieć	15,4	84,6

Do osób, które używały w ciągu ostatniego roku marihuany, skierowano pytanie o częstotliwość. Wśród zażywających najliczniej reprezentowani są ci, którzy sięgają po nią 6-11 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy (39,0%) oraz jeden raz w czasie ostatniego roku (27,1%). Po marihuanę z większą częstotliwością sięgają mężczyźni niż kobiety. Wśród badanych kobiet nie pojawiła się ani jedna odpowiedź „codziennie lub prawie codziennie”, natomiast wśród mężczyzn – 6,1%. Wśród kobiet odpowiedź wskazująca na największą częstotliwość „5-6 razy w tygodniu” pojawiła się u 3,9% badanych, z kolei wśród mężczyzn – 3,0% (zob. ryc. 2.6).

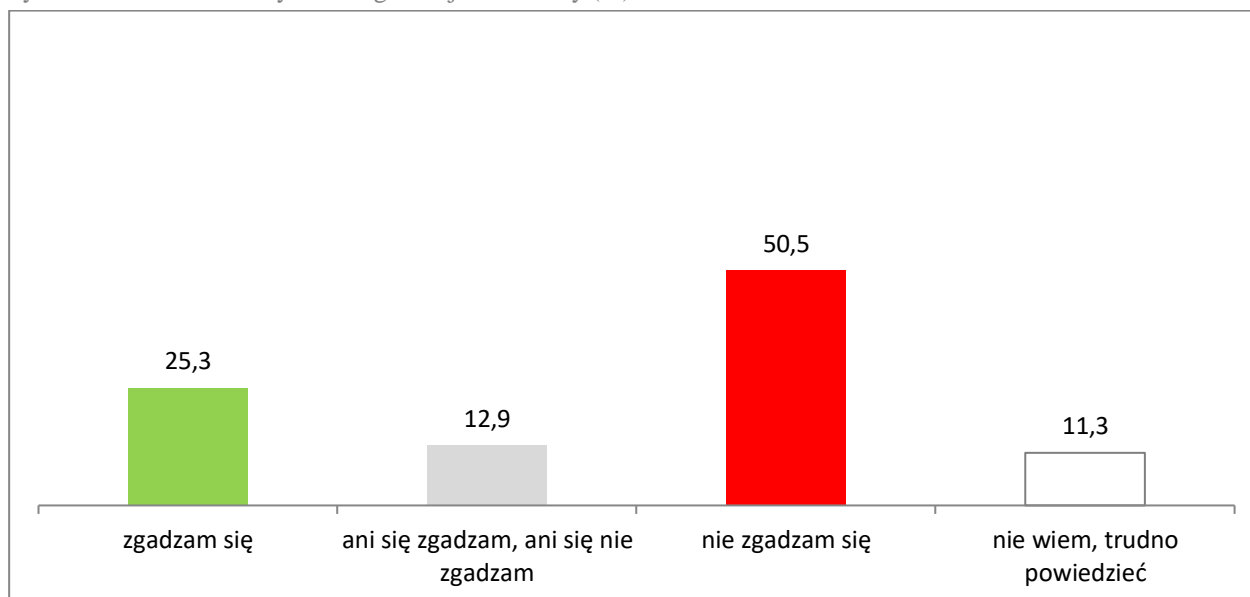
Ryc. 2.6. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany? (%)



Podstawa procentowania: tylko użytkownicy marihuany.

Co drugi respondent (50,5%) nie zgadza się na legalizację marihuany, z kolei co czwarty (25,3%) odwrotnie – zgadza się (zob. ryc. 2.7).

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



Do badanych przeciwnych legalizacji częściej należą kobiety (56,4%, mężczyźni – 43,8%), osoby w wieku powyżej 50 roku życia (wskazania powyżej 60%), osoby gorzej wykształcone (wskazania powyżej 55%), osoby na emeryturze lub rencie (67,8%) oraz osoby wierzące i praktykujące (65,1%).

Do zwolenników legalizacji marihuany należą najczęściej mężczyźni (32,7%, kobiety – 18,7%), osoby z młodszych grup wiekowych: 18-29 lat (48,4%) oraz 30-39 lat (33,7%), studiujące, uczące się (43,4%) lub pracujące (28,2%), stanu wolnego (39,2%), niewierzące i niepraktykujące (64,6%).

Stanowisko zajmowane przez respondenta w miejscu pracy, fakt posiadania dzieci i ich liczebność w gospodarstwie domowym, ocena atmosfery w domu 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 (%)

	zgadzam się	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nie zgadzam się	nie wiem, trudno powiedzieć
pleć				
kobieta	18,7	13,1	56,4	11,8
mężczyzna	32,7	12,6	43,8	10,8

	zgadzam się	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nie zgadzam się	nie wiem, trudno powiedzieć
wiek				
18-29	48,4	17,6	29,7	4,4
30-39	33,7	17,1	36,2	13,1
40-49	17,3	23,0	51,8	7,9
50-64	15,8	5,6	62,4	16,2
65 i więcej	12,0	5,8	69,6	12,6
wykształcenie				
podstawowe i gimnazjalne	36,0	-	58,0	6,0
zasadnicze zawodowe	15,5	10,3	59,8	14,4
średnie i pomaturalne	21,6	10,9	56,2	11,2
niepełne wyższe, wyższe	28,6	16,5	43,5	11,4
dochód				
do 1000	17,7	11,3	62,9	8,1
1001 – 2000	27,0	11,3	49,7	11,9
2001 – 3000	28,0	11,7	51,9	8,4
3001 – 4000	23,8	6,2	58,8	11,2
4001 – 5000	23,0	18,0	48,0	11,0
powyżej 5001	29,9	20,4	34,7	15,0
sytuacja zawodowa				
os. pracująca	28,2	13,6	48,2	9,9
os. bezrobotna	23,1	17,3	44,2	15,4
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	17,6	23,5	35,3	23,5
os. ucząca się, studiująca	43,4	23,2	25,3	8,1
os. na emeryturze lub rencie	12,7	6,4	67,8	13,1
stan cywilny				
kawaler, panna, singiel(ka)	39,2	18,5	34,5	7,8
żonaty, zamężna, w stałym związku	22,1	11,8	53,4	12,7
rozwidziony, rozwidziona	21,6	13,5	50,0	14,9
wdowiec, wdowa	9,1	5,2	75,3	10,4

	zgadzam się	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	nie zgadzam się	nie wiem, trudno powiedzieć
religijność				
wierząca i praktykująca	16,1	8,5	65,1	10,3
wierząca i niepraktykująca	23,1	18,1	45,6	13,1
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	42,7	13,4	31,7	12,2
niewierząca i niepraktykująca	64,6	6,2	18,5	10,8
trudno powiedzieć	29,2	21,5	41,5	7,7

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	abstynenci	konsumentów wszystkich trzech rodzajów alkoholu	abstynenci	pozostałe osoby
leki uspokajające lub nasenne	23,4	16,3	14,8	19,0		
lek wydawany bez recepty, zażywany w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności	6,3	3,4	3,4	4,0		
marihuana	1,6	7,7	11,7	3,8		

Dane przedstawione w tabeli 5. wskazują, że osoby spożywające alkohol – dowolny lub każdy jego rodzaj – częściej też sięgają po marihuanę niż odpowiednio – abstynenci czy „nie-konsumenty każdego rodzaju alkoholu”. Taka statystycznie istotna zależność nie występuje między deklaracjami badanych konsumujących wszystkie rodzaje alkoholu a zażywaniem leków

uspokajających lub nasennych oraz zażywaniem leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności.

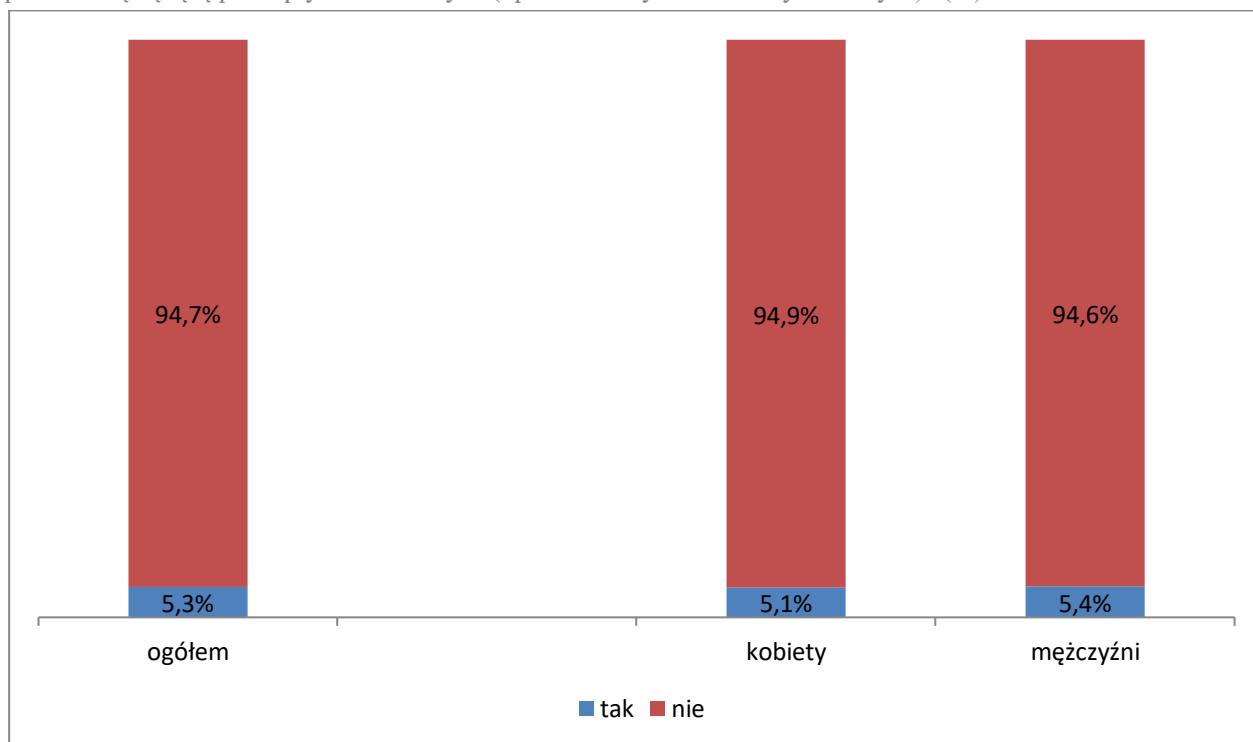
Wynik testu statystycznego związku między abstynencją/konsumpcją dowolnego rodzaju alkoholu a zażywaniem leków uspokajających lub nasennych oraz zażywaniem leków wydawanych bez recepty, jest niekonkluzywny. Wartości przedstawione w tabeli należy traktować jedynie jako poglądowe.

3. Problemy i zagrożenia związane ze spożywaniem substancji psychoaktywnych

3.1. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków

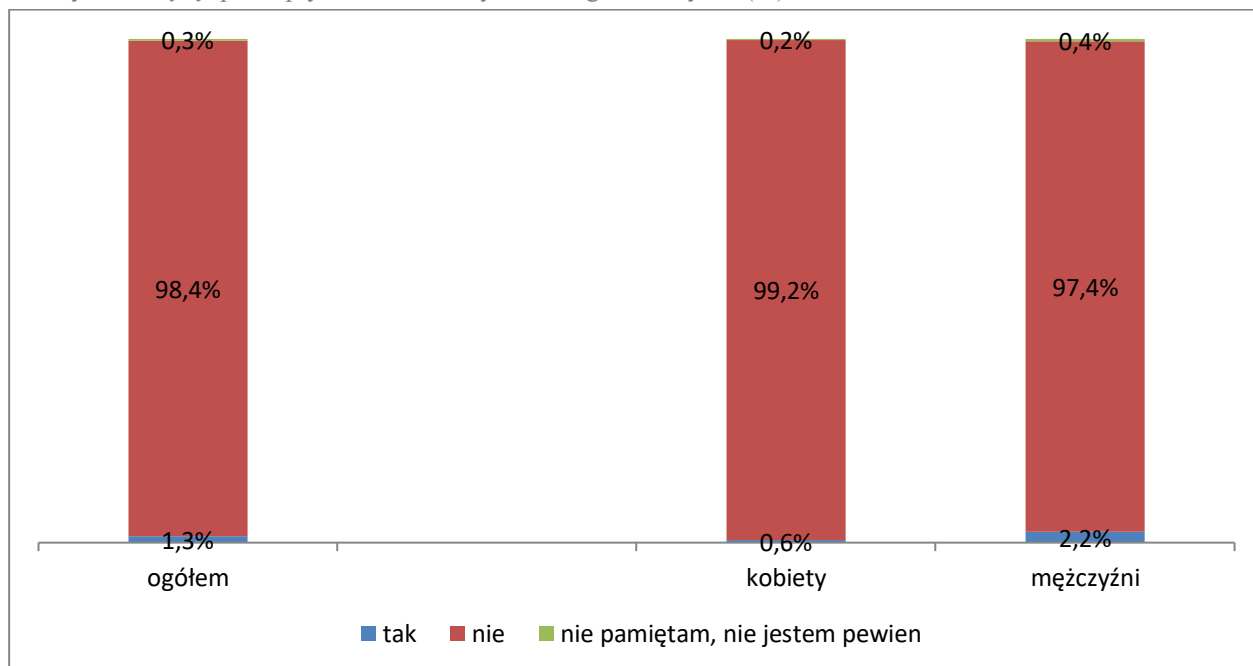
W ciągu ostatniego roku świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem narkotyku był blisko co dwudziesty badany (5,3%). W badaniach z 2011 roku analogiczny wskaźnik dotyczący bycia świadkiem prowadzenia pojazdu pod wpływem narkotyków wyniósł 10,3%. Niezależnie od płci badanych, najczęściej były to osoby w wieku 18-19 lat (13,1%), osoby zatrudnione (5,9%) lub bezrobotne (3,8%), piastujące szeregowe stanowisko w miejscu pracy (8,7%), stanu wolnego (11,3%), nieposiadające dzieci (6,8%), oceniające atmosferę w swoim domu jako bardzo dobrą lub dobrą (3,4%) oraz niewierzące i niepraktykujące (9,0%) – 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 1,3% odpowiadających. Odpowiedzi „nie pamiętam, nie jestem pewien” udzieliło 0,3% badanych. Najczęściej byli to mężczyźni (2,2%; kobiety – 0,6%), 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).

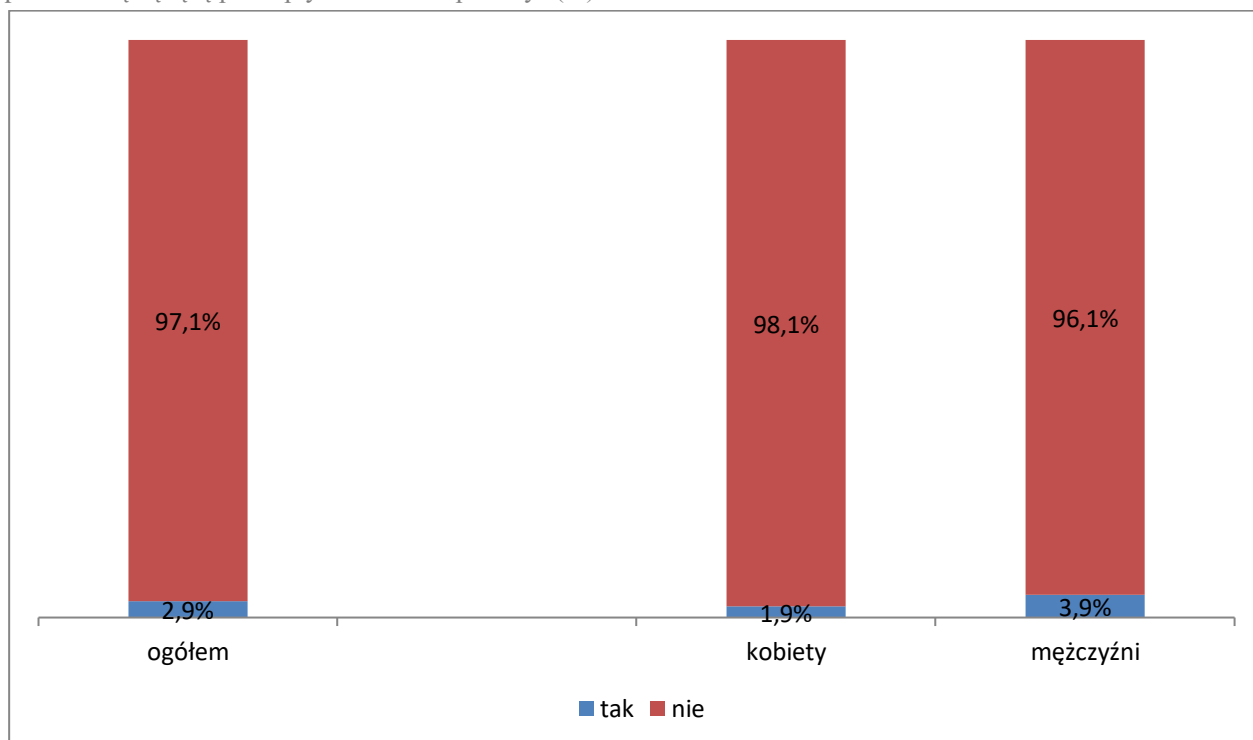
Ryc. 3.2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem marihuany lub innego narkotyku? (%)



3.2. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem tzw. dopalaczy

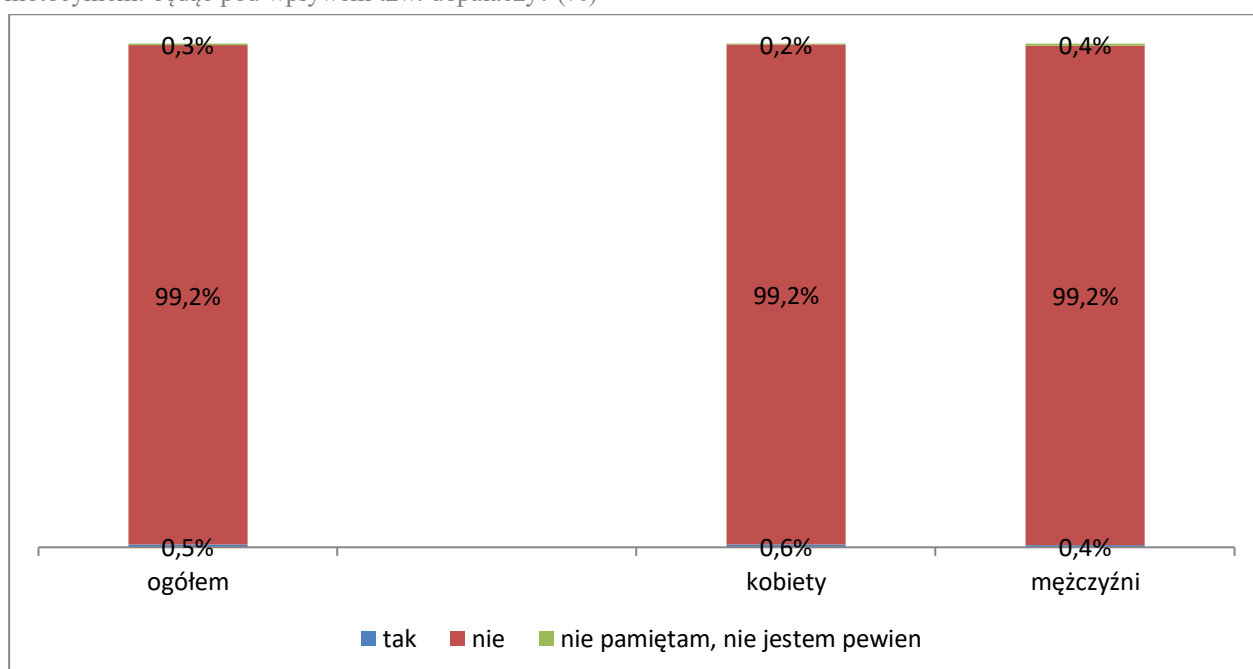
W ciągu ostatniego roku świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem tzw. dopalaczy było 2,9% badanych. Najczęściej byli to mężczyźni (3,9%), poniżej 39 roku życia (3,6%), po rozwodzie (6,4%) lub stanu wolnego (4,6), niewierzący i niepraktykujący (7,5%) lub ci, którzy na pytanie dotyczące religijności odpowiedzieli „trudno powiedzieć” (7,6%) – 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 0,5% respondentów. Żadna ze zmiennych niezależnych nie różnicowała rozkładów odpowiedzi na postawione pytanie (zob. ryc. 3.4.).

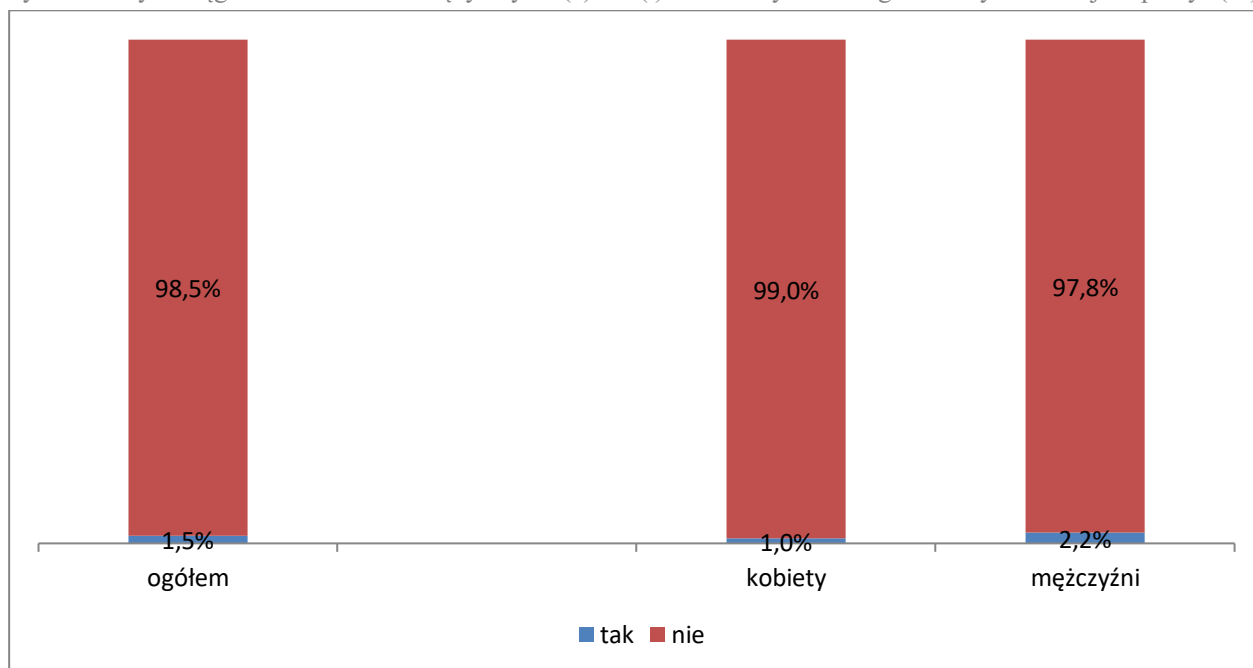
Ryc. 3.4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem tzw. dopalaczy? (%)



3.3. Zażywanie narkotyków w miejscu pracy

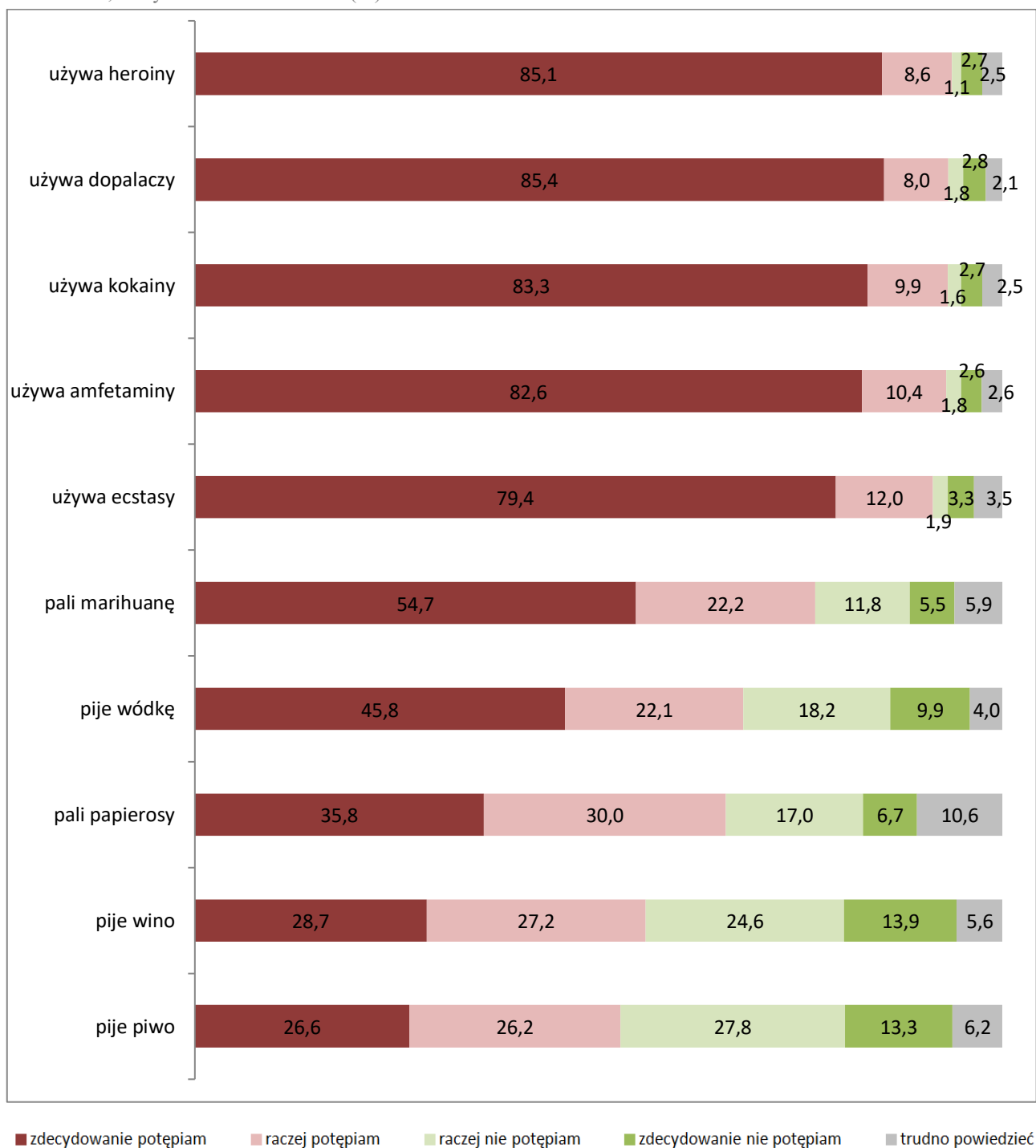
Do zażywania marihuany lub innych narkotyków – na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy – w miejscu pracy przyznało się 1,5% respondentów. Niezależnie od płci i wieku, najczęściej były to osoby z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (5,5%). Pozostałe zmienne niezależnie nie różnicowały odpowiedzi 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? (%)



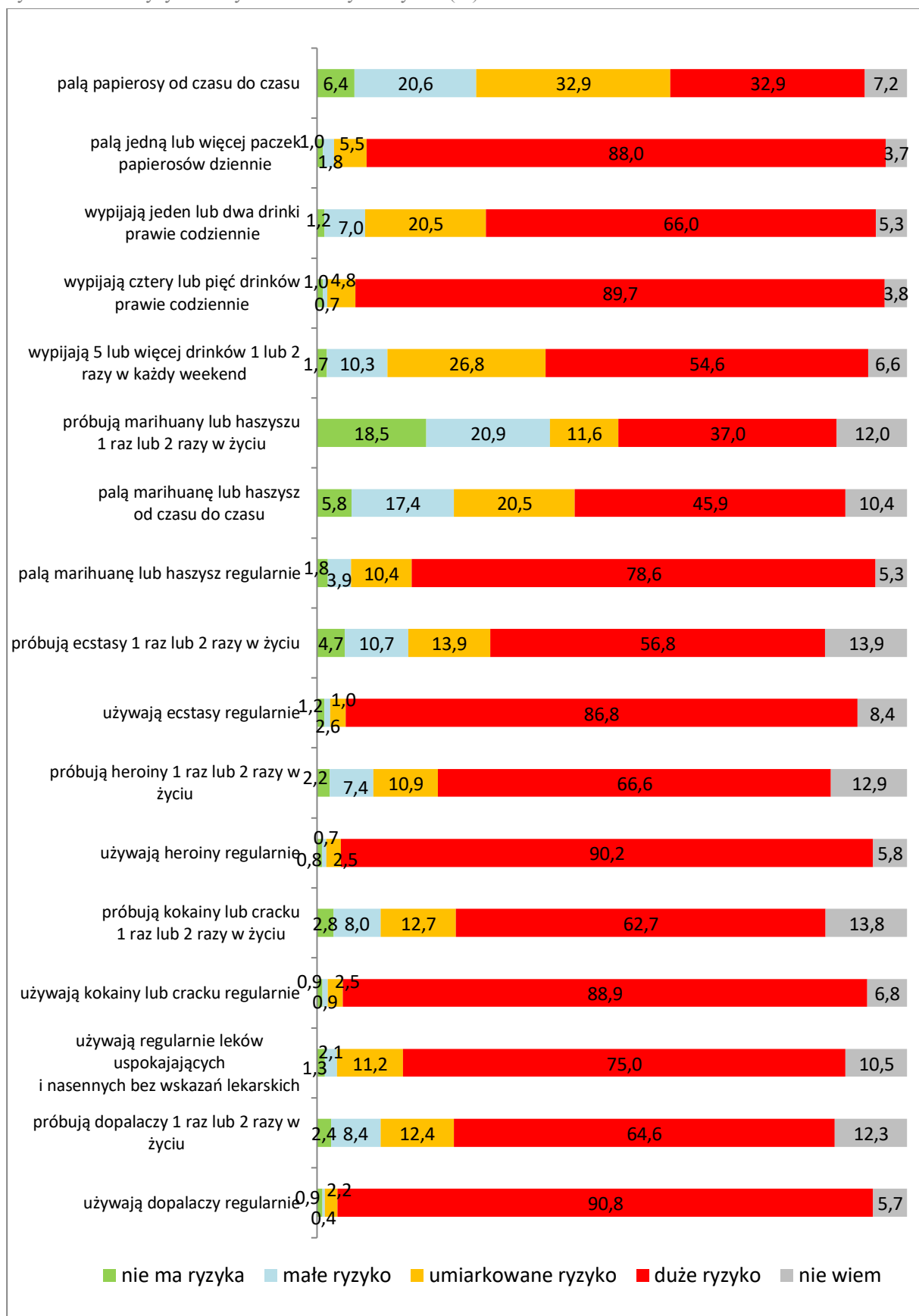
4. Ryzyko korzystania z używek w ocenie badanych

Ryc. 4.1. Opinie respondentów na temat młodzieży korzystającej z używek. Jak Pana(i) zdaniem należałoby ocenić zachowanie 18-lątka, który od czasu do czasu...



Respondenci zostali poproszeni o wyrażenie swojej opinii na temat młodych osób, które od czasu do czasu korzystają z różnych używek. Z największym potępieniem spotkałyby się młode osoby, które używają heroiny, dopalaczy, kokainy oraz amfetaminy. Z kolei z największym pobłażaniem spotkaliby się ci 18-latkowie, którzy od czasu do czasu piją piwo, wino, sięgają po papierosy czy nawet po wódkę (zob. ryc.4.1.).

Ryc. 4.2. Ocena ryzyka korzystania z różnych używek (%)



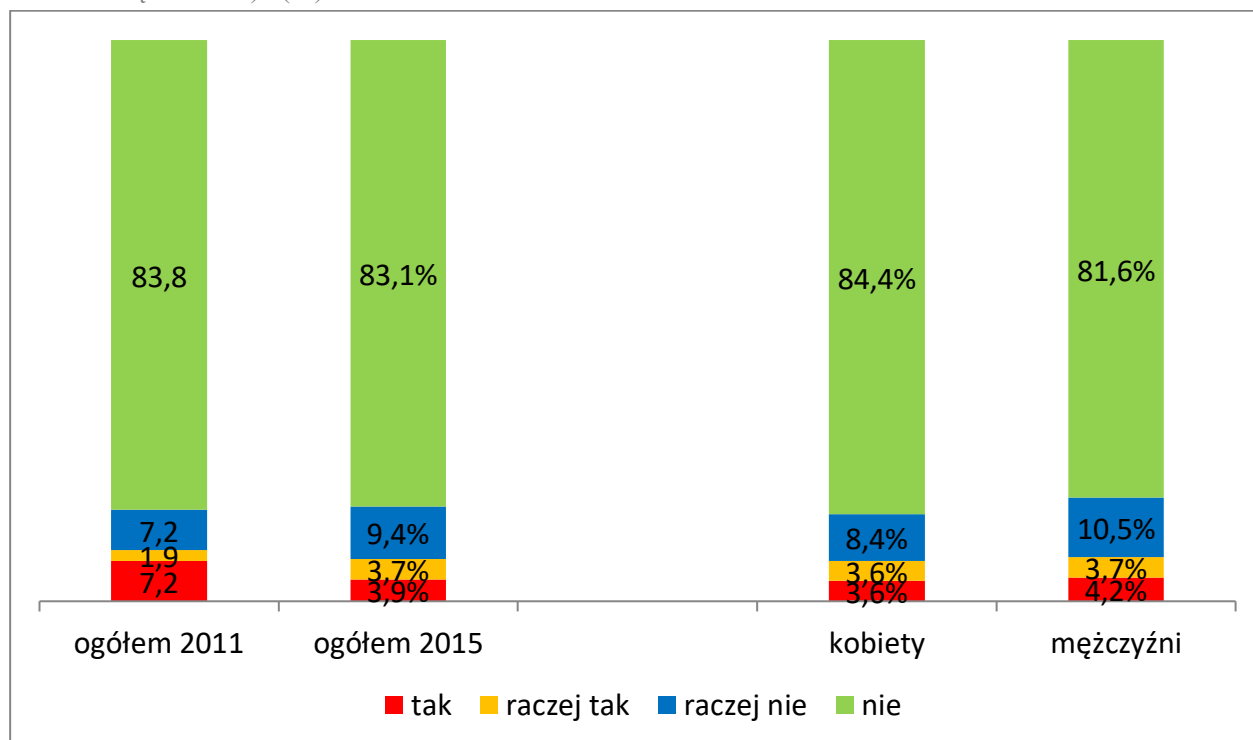
W ocenie respondentów największe ryzyko (odpowiedzi „*duże ryzyko*” i „*umiarkowane ryzyko*” łącznie) wiąże się z wypijaniem czterech lub pięciu drinków prawie codziennie (94,4%),

paleniem jednej lub więcej paczek papierosów dziennie (93,5%), z regularnym używaniem tzw. dopalaczy (92,9%) oraz heroiny (92,7%), regularnym zażywaniem cracku lub kokainy (91,4%). Najmniej ryzykowne – biorąc pod uwagę odpowiedzi „nie ma ryzyka” jest próbowanie marihuany lub haszyszu 1 lub 2 razy w życiu (18,5%), palenie papierosów od czasu do czasu (6,4%), palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu (5,8%) oraz spróbowanie extasy 1 lub 2 razy w życiu (4,7%) – zob. ryc. 4.2.

5. Używanie narkotyków przez osoby z bliskiego otoczenia respondenta

Osoby zażywające narkotyki w swojej najbliższej rodzinie dostrzega 7,6% badanych (odpowiedzi „tak” i „raczej tak” – łącznie). Wskaźnik ten nieznacznie spadł w porównaniu do 2011 roku, kiedy wyniósł 9,1% - 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). Odpowiedzi twierdzącej częściej udzielały osoby uczące się i studiujące (15,0%) lub bezrobotne (12,2%), osoby stanu wolnego (13,7%), oraz osoby niewierzące i niepraktykujące (22,4%). Zmienne takie, jak: płeć, wykształcenie, dochód, stanowisko zajmowane przez respondenta w miejscu pracy, fakt posiadania dzieci oraz ich liczebność w gospodarstwie domowym, atmosfera w domu, poczucie zadowolenia z życia nie pozostają w statystycznie

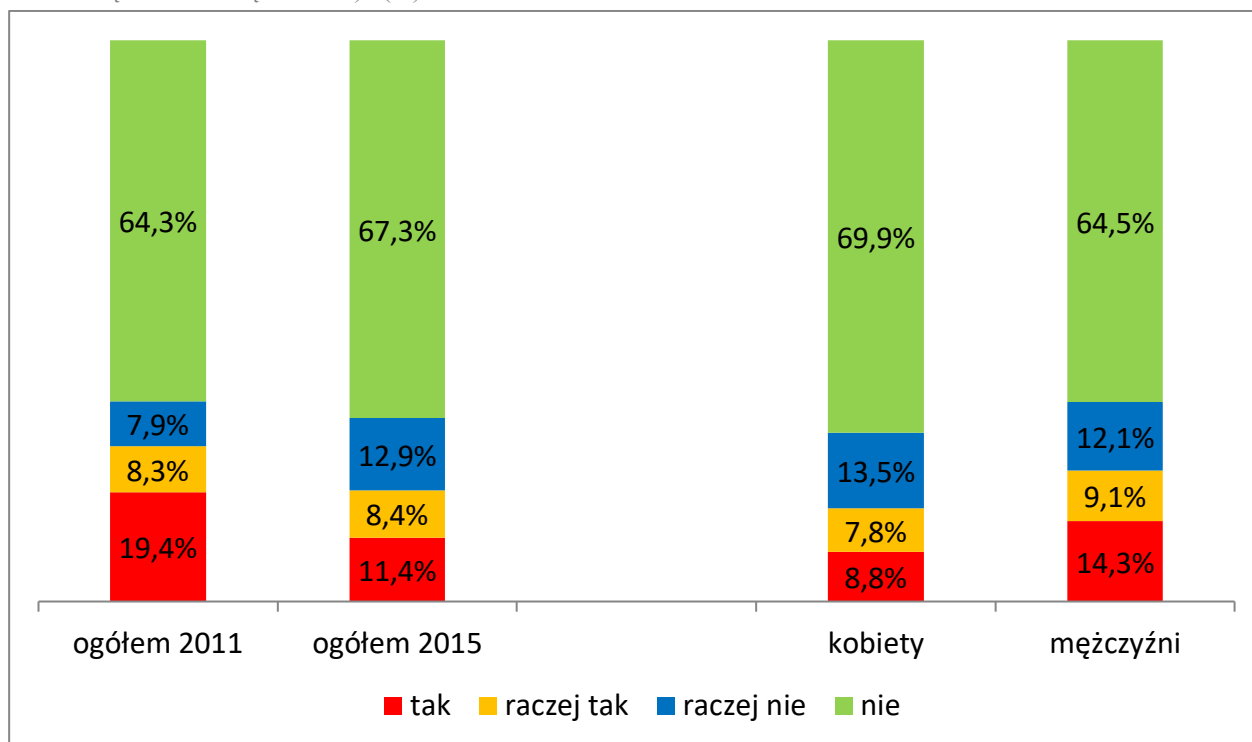
istotnym związku z faktem posiadania w bliskim otoczeniu rodzinnym osoby, o której badany wie, że zażywa narkotyki (zob. tab. 7).

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

	tak, raczej tak wynik z roku 2011	tak, raczej tak	nie, raczej nie
wiek			
18-29	15,9	18,8	81,2
30-39	10,9	8,3	91,7
40-49	9,1	6,8	93,2
50-64	3,0	4,5	95,5
65 i więcej	4,8	1,0	99,0
sytuacja zawodowa			
os. pracująca	10,6	8,6	91,4
os. bezrobotna	4,8	12,2	87,8
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	3,6	5,9	94,1
os. ucząca się, studiująca	14,3	15,0	85,0
os. na emeryturze lub rencie	3,0	2,0	98,0
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	12,8	13,7	86,3
żonaty, zamężna, w stałym związku	8,0	5,6	94,4
rozwiedziony, rozwiedziona	9,1	7,8	92,2
wdowiec, wdowa	0,0	3,3	96,7
religijność			
wierząca i praktykująca	b,d,	3,3	96,7
wierząca i niepraktykująca	b,d,	8,8	91,2
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	b,d,	8,6	91,4
niewierząca i niepraktykująca	b,d,	22,4	77,6
trudno powiedzieć	b,d,	6,8	93,2

Wśród swoich najbliższych znajomych osoby zażywające narkotyki dostrzega 19,8% badanych. Wskaźnik ten spadł w porównaniu do 2011 roku, kiedy wyniósł 27,7% - (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 mężczyźni (23,3%), aniżeli kobiety (16,6%), osoby w wieku do 39 roku życia (18-29 lat – 51,1%, 30-39 lat – 29,6%), zarabiające do 1000 zł (30,3%) lub powyżej 5001 zł (27,0%), uczniowie lub studenci (55,0%), piastujące szeregowie (21,9%) lub samodzielne (22,9%) stanowisko w miejscu pracy, stanu wolnego (39,9%), oceniające atmosferę w domu jako czasem złą, a czasem dobrą (31,5%), niewierzące i niepraktykujące (50,7%).

Wykształcenie, fakt posiadania dzieci oraz ich liczebność w gospodarstwie domowym oraz poczucie zadowolenia z życia nie pozostają w statystycznie istotnym związku 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 2011	tak, raczej tak	nie, raczej nie
pleć			
kobieta	24,7	16,6	83,4
mężczyzna	31,1	23,3	76,7
wiek			
18-29	58,2	51,1	48,9
30-39	31,4	29,6	70,4
40-49	26,5	8,9	91,1
50-64	4,0	5,8	94,2
65 i więcej	10,3	6,4	93,6
dochód			
do 1000	b,d,	30,3	69,7
1001 – 2000	b,d,	22,1	77,9
2001 – 3000	b,d,	19,1	80,9
3001 – 4000	b,d,	16,0	84,0
4001 – 5000	b,d,	14,0	86,0
powyżej 5001	b,d,	27,0	73,0
sytuacja zawodowa			
os. pracująca	21,0	20,1	79,9
os. bezrobotna	33,3	18,4	81,6
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	17,9	29,4	70,6
os. ucząca się, studująca	64,6	55,0	45,0
os. na emeryturze lub rencie	4,1	4,9	95,1
piastowane stanowisko			
szeregowie	b,d,	21,9	78,1
kierownicze	b,d,	9,5	90,5
samodzielne	b,d,	22,9	77,1

	tak, raczej tak wynik z roku 2011	tak, raczej tak	nie, raczej nie
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	54,9	39,9	60,1
żonaty, zamężna, w stałym związku	18,6	14,8	85,2
rozwódziona, rozwódziona	13,6	14,3	85,7
wdowiec, wdowa	-	4,6	95,4
atmosfera w domu			
bardzo dobra i dobra	b,d,	17,7	82,3
czasem dobra, czasem zła	b,d,	31,5	68,5
raczej zła i bardzo zła	b,d,	16,3	83,7
religijność			
wierząca i praktykująca	b,d,	10,3	89,7
wierząca i niepraktykująca	b,d,	21,2	78,8
niewierząca, ale przywiązana do niektórych praktyk religijnych	b,d,	29,6	70,4
niewierząca i niepraktykująca	b,d,	50,7	49,3
trudno powiedzieć	b,d,	28,8	71,2

Respondenci zostali zapytani o to, jak im się wydaje, jak wiele osób spośród ich znajomych i przyjaciół zażywa substancje psychoaktywne. Wśród odpowiedzi dominują wskazania na kategorie „nikt” oraz „nie więcej niż kilku”. W tabeli 7. zestawiono wszystkie odpowiedzi posortowane według częstości odpowiedzi „nie więcej niż kilku”. Wśród najbardziej „rozpowszechnionych” substancji znalazła się marihuana lub haszysz, leki uspokajające i nasenne dostępne tylko na receptę przyjmowane bez przepisu lekarza oraz amfetamina (zob. tab. 9).

Tab. 9. Opinie respondentów na temat substancji przypuszczalnie zażywanych przez ich znajomych (%)

	nikt	nie więcej niż kilku	około połowy	większość	wszyscy
marihuana lub haszysz	68,6	25,6	3,7	1,8	0,3
leki uspokajające i nasenne dostępne tylko na receptę przyjmowane bez przepisu lekarza	80,7	18,5	0,9	-	-
amfetamina	88,5	10,3	0,9	-	0,3
Extasy	93,0	6,7	0,1	-	0,2
Kokaina	93,4	6,4	0,1	-	0,1
sterydy anaboliczne	93,6	6,3	0,1	-	-
grzyby halucynogenne	94,3	5,7	-	-	-
LSD	94,9	4,9	0,1	0,1	-
substancje wziewne (np. kleje, farby)	98,5	1,4	0,1	-	-
Crack	98,6	1,4	-	-	-
polska heroina, tzw. „kompot”	98,7	1,3	-	-	-
GHB (pigułka gwałtu)	98,8	1,1	0,1	-	-
Heroina	98,9	1,1	-	-	-

6. Pomoc osobom uzależnionym – identyfikowane formy wsparcia

Do wszystkich badanych skierowano pytanie otwarte o charakterze projekcyjnym „Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?”. Jego użycie umożliwiło zarejestrowanie form wsparcia oraz jego zakresu, jakie identyfikują respondenci. Zabieg ten pozwolił też na zagospodarowanie zagadnienia znajomości miejskiej oferty pomocowej. W badaniu z roku 2011, kiedy o instytucje pomocowe zapytano wprost (udzielono łącznie 344 odpowiedzi), badani wskazywali głównie instytucje takie, jak: Stowarzyszenie MONAR, Anonimowi Alkoholicy, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień, Centrum Profilaktyki Uzależnień oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

W tegorocznej edycji badania, przy zastosowaniu projekcyjnego modelu pytania, liczba odpowiedzi podwoiła się i wyniosła 693. Badani udzielali różnych odpowiedzi, wśród których pojawiały się również – co należy podkreślić – samorzutnie wskazywane nazwy instytucji. Wśród nich pojawiły się następujące:

- Anonimowi Alkoholicy – 37,5%
- Stowarzyszenie MONAR – 1,0%
- Centrum Leczenia Uzależnień – 0,9%

- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień – 0,9%
- Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień – 0,6%
- Centrum Interwencji Kryzysowej – 0,1%
- Miejska Komisja ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – 0,1%

Na uzyskane wyniki poszczególnych instytucji należy patrzeć przez pryzmat formy pytania „nie wprost”. Pomiar tego rodzaju znacząco „wyostrza” uzyskane wyniki, odnosi się bowiem do faktycznego toku myślenia badanych postawionych w hipotetycznej sytuacji.

Dane zebrane w pytaniu otwartym zostały – obok identyfikowania instytucji pomocowych – pokategoryzowane tak, aby ujawnić sposób działania respondentów w takiej szczególnej sytuacji. – „co zrobiliby...”. Kompletnie zestawienie przedstawia tabela 10.

Tab. 10. Działania, które podjęliby badani, gdyby okazało się, że ktoś z bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami (%)

sposób działania	%
wysłałbym na leczenie (ogólnie), terapię, pomoc u specjalistów, odwyk, przychodnia odwykowa, terapia odwykowa w przychodni	42,0
porozmawiałbym, opowiedziałbym o negatywnych skutkach używek	15,9
nie wiem, to zależy	15,4
nic, każdy jest odpowiedzialny za siebie, to i tak nic nie da	6,1
nakłaniałbym do zgłoszenia się AA, do grupy wsparcia	5,8
próbowałbym pomóc (ogólnie), walczyć	5,6
szukanie pomocy u psychologa	3,8
powiadomiłbym rodzinę tej osoby	1,7
zadzwoiłbym do poradni po informacje, spotkałbym się ze specjalistą	1,4
szukałbym pomocy w MONARze	1,0
Centrum Leczenia Uzależnień, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień	0,9
namawiałbym, żeby zainteresowany podjął walkę (sam)	0,9
unikałbym takiej osoby, zerwałbym kontakty	0,9
skłaniałbym do zmiany pracy, środowiska	0,7
skierowałbym do Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień	0,6
nic, bo w przeszłości nie uzyskałem wsparcia, nic to nie dało	0,6
wskazania poniżej 0,1%	
Centrum Interwencji Kryzysowej, telefon zaufania, wniosek do Miejskiej Komisji ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, oddział leczenia uzależnień w szpitalu	

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 17,2% zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywało jakiś lek uspokajający lub nasenny. W porównaniu do wyników z 2011 roku wskaźnik nie zmienił się.
 - Po ten typ leków częściej sięgali kobiety (22,5%) niż mężczyźni (11,1%). Do osób najczęściej korzystających należą osoby po 65 roku życia (27,8%), najrzadziej zaś w wieku 30-39 lat (10,8%).
 - W porównaniu do poprzednich badań wzrósł odsetek osób sięgających niemal codziennie po leki uspokajające lub nasenne. W 2011 roku wyniósł on 14,5%, a w bieżącej edycji badania, rozpatrując łącznie kategorie „codziennie lub prawie codziennie” oraz „5-6 razy w tygodniu” – 23,3% (różnica 8,8 p.p.).

- Leki wydawane bez recepty, zażywane w celu odurzenia. poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności
 - Do zażywania takich leków przyznało się 3,8% badanych.
 - Do najczęściej zażywających należą osoby z najmłodszej grupy respondentów 18-29 (6,1%) oraz najstarszej – powyżej 65 roku życia (4,9%). Płeć nie różnicuje rozkładu odpowiedzi.
 - Wśród zażywających najliczniej reprezentowani są ci, którzy sięgają po nie codziennie lub prawie codziennie 23,3%, a dołączając do tej grupy korzystających 5 - 6 razy w tygodniu (16,7%) uzyska się wynik 40,0%. Wynik ten należy rozpatrywać na tle odsetka zażywających (3,8% z całej próby).

- Używanie marihuany
 - Do używania marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 7,1% badanych.
 - Osoby zażywające to najczęściej osoby z grupy najmłodszych badanych 18-29 (24,0%), stanu wolnego (21,4%), oceniające sytuację w domu jako czasem dobrą, a czasem złą (12,5%) lub raczej złą i bardzo złą (10,4%), niezadowolone ze swojego życia (12,0%) oraz niewierzące i niepraktykujące (17,9%), niewierzące,

ale przywiązane do niektórych praktyk religijnych (15,9), podobnie osoby, które na pytanie o religijność odpowiedziały „*trudno powiedzieć*” (15,4%). Płeć nie różnicuje rozkładu odpowiedzi.

- Wśród zażywających najliczniej reprezentowani są ci, którzy sięgają po nią 6 - 11 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy (39,0%) oraz raz w czasie ostatniego roku (27,1%). Po marihuanę z większą częstotliwością sięgają mężczyźni niż kobiety.
 - Co drugi respondent (50,5%) nie zgadza się na legalizację marihuany, z kolei co czwarty (25,3%) 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 7,1% sięgało w ciągu ostatnich 12 miesięcy po marihuanę, z kolei wśród abstynentów odsetek ten wyniósł 1,6%.
- 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 dwudziesty badany (5,3%).
 - Spośród wszystkich respondentów do prowadzenia pojazdu pod wpływem narkotyków na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy przyznało się 1,3% 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 2,9% badanych.
 - Spośród wszystkich respondentów do prowadzenia pojazdu pod wpływem dopalaczy na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy przyznało się 0,5% respondentów.
 - Używanie narkotyków w otoczeniu społecznym respondentów
 - Do zażywania marihuany lub innych narkotyków w miejscu pracy na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy przyznało się 1,5% respondentów.
 - Osoby zażywające narkotyki w swojej najbliższej rodzinie dostrzega 7,6% badanych (odpowiedzi „*tak*” i „*raczej tak*” – łącznie). Wskaźnik ten nieznacznie spadł w porównaniu do 2011 roku, kiedy wyniósł 9,1%.

- Wśród swoich najbliższych znajomych osoby zażywające narkotyki dostrzega 19,8% badanych. Wskaźnik ten spadł w porównaniu do 2011 roku, kiedy wyniósł 27,7%.

Rozdział III: Badanie jakościowe wśród mieszkańców Gdańska

Niniejszy rozdział¹⁹⁴ prezentuje rezultaty badania jakościowego w podziale na dwie części. W części pierwszej przedstawione zostały wyniki uzyskane przy zastosowaniu indywidualnego wywiadu pogłębionego. Przeprowadzono 20 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

Jak wynika z badań zaprezentowanych w rozdziale II, która prezentowały dane uzyskane przy zastosowaniu metody ilościowej, spożywanie alkoholu, w szczególności jego nadużywanie, często otwiera drogę do podejmowania eksperymentów także z innymi środkami psychoaktywnymi. Osoby pijące alkohol wykazują skłonność do mniej restrykcyjnego postrzegania i oceniania ryzyka związanego z korzystaniem nie tylko z alkoholu, ale także z innych substancji, niż osoby niepijące. W efekcie postawa otwarcia się na inne środki przy intensywnym stosowaniu alkoholu może prowadzić to do rozwoju zjawisk, które w terminologii naukowej nazywają się uzależnieniami mieszanymi lub krzyżowymi.

Jak podaje Jan Kasprzak, „w placówkach leczenia odwykowego, zajmujących się w przeważającej mierze terapią osób uzależnionych od alkoholu oraz w placówkach leczenia uzależnień, zajmujących się głównie terapią osób uzależnionych od narkotyków, coraz częściej leczą się pacjenci uzależnieni jednocześnie od wielu substancji psychoaktywnych”¹⁹⁵. Droga tych pacjentów do uzależnienia wiodła od alkoholu i nikotyny do narkotyków i leków, lub odwrotnie (kolejność nie wydaje się tu istotna). Czasami bywa tak, że pacjenci naprzemiennie używają różnych środków, aby uzyskać pożądany efekt (wówczas mówimy o zjawisku politoksykomanii). Czasami natomiast bywa tak, że pacjenci stosują jeden środek po to, by zastąpić nim inny, bardziej pożądany, ale do którego z jakichś powodów nie mają dostępu. Chodzi tu na przykład o sytuację, w której uzależniona od alkoholu osoba „do tłumienia objawów zespołu abstynencyjnego wywołanego przez odstawienie alkoholu, stosuje inny środek o podobnym działaniu, najczęściej

¹⁹⁴ Rozdział ten został wprowadzony z publikacji poświęconej wzorcom konsumpcji alkoholu. Badania, na podstawie których opracowano wyniki dotyczące problemowi alkoholizmu oraz zażywania narkotyków realizowane były równolegle. Badania jakościowe należy traktować jako część wspólną. Zob. Abramowicz, M., Brosz, M., Bykowska-Godlewska, B., Michalski, T., Strzałkowska, A., 2018, *Wzorce konsumpcji alkoholu. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Zakładu Realizacji Badań Społecznych Q&Q, Kawle Dolne.

¹⁹⁵ Kasprzak J., 2013, *Uzależnienia krzyżowe*, dostęp online: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/75634,uzaleznienie-krzyzowe>, [20.06.2016].

właśnie pochodne benzodiazepiny (np. Relanium)¹⁹⁶. Wówczas można mówić o zjawisku zależności krzyżowej niepełnej. Takie zachowanie, jeśli cechuje je powtarzalność, może z kolei prowadzić do rozwoju uzależnienia krzyżowego pełnego, z którym mamy do czynienia w sytuacji, gdy osoba wcześniej uzależniona od jednej substancji, uzależnia się od kolejnej.

W związku z powyższym, do udziału w badaniu jakościowym, którego wyniki zostały zaprezentowane w bieżącym rozdziale, zdecydowano się zaprosić nie tylko osoby uzależnione od alkoholu, ale także od narkotyków, które łączyło doświadczenie bycia odbiorcami systemu instytucjonalnego wsparcia. Rzeczywiście, w trakcie badania okazało się, że w życiorysie każdej osoby leczącej się z powodu uzależnienia od narkotyków, również spożywanie alkoholu odrywało istotną rolę w rozwoju ich problemów. Potwierdza to tylko wcześniejszą konstatację, dotyczącą potrzeby prowadzenia oddziaływań profilaktycznych i naprawczych, równocześnie w tych dwu obszarach.

Przeprowadzono 20 wywiadów z osobami, które były odbiorcami systemu wsparcia w związku z występowaniem u nich uzależnienia. Dziesięć wywiadów przeprowadzono z respondentami z uzależnieniem od alkoholu i dziesięć z respondentami z uzależnieniem od narkotyków. Wśród osób z uzależnieniem od narkotyków wszystkie również nadużywały alkoholu, w związku z tym zasadne jest przedstawienie wyników badania łącznie w tym opracowaniu.

Celem badania było zebranie doświadczeń osób, które były uzależnione od substancji psychoaktywnych 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 substancji psychoaktywnych (alkohol i/lub narkotyki)
- 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 – alkohol

Wśród osób z uzależnieniem od alkoholu znalazły się 3 kobiety i 7 mężczyzn. Wśród nich 8 osób było w wieku 45-70 lat, zrzeszonych wokół ruchu AA i utrzymujących całkowitą

¹⁹⁶ Tamże.

abstynencję. Dwie osoby były przez 30 rokiem życia (1 kobieta i 1 mężczyzna) i nigdy nie uczestniczyły w ruchu AA. W chwili badania nie miały problemu z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zdarzało im się wypijać od czasu do czasu małe ilości alkoholu.

Część osób dysponowała swoim samodzielnym mieszkaniem, część mieszkała w mieszkaniu partnera/partnerki. Jeden mężczyzna był bezdomny i przebywał w schronisku.

Osoby młodsze pracowały, a osoby starsze były na emeryturze, tylko bezdomny mężczyzna otrzymywał zasiłek wysokości 600 PLN. Nie był w stanie podjąć pracy z uwagi na ryzyko utraty zasiłku, choć chciał pracować.

Większość osób starszych miała dzieci, obecnie już samodzielne. Wszyscy byli rozwiedzeni lub w separacji, ewentualnie nigdy nie zawarli związku i nigdy nie mieszkali z osobą, z którą byli w relacji. Kobiety były w trudniejszej sytuacji niż mężczyźni, ponieważ to one zostawały same z dziećmi, a ich byli mężowie nie płacili alimentów – stąd doświadczały większego stresu z tego powodu i miały większe obciążenia finansowe, z którymi trudno im było sobie poradzić. Osoby młodsze były w związku, ale nie miały dzieci.

Wszyscy badani palili w swoim życiu papierosy, choć część zaczęła palić już po odstawieniu alkoholu. W momencie badania połowa już rzuciła palenie, druga połowa miała taki zamiar. Osoby w wieku 45-70 wskazywały na swój zły stan zdrowia i wiele dolegliwości uniemożliwiających im aktywność fizyczną. Żadna z nich nie uprawiała regularnie sportu, były jednak świadome tego, że aktywność fizyczna jest ważna i w miarę możliwości starały się przynajmniej chodzić na spacer i korzystać z rehabilitacji. Wszyscy respondenci bardzo dbali o swój wygląd i higienę.

Osoby starsze mieszkały w Gdańsku od urodzenia, natomiast młodsze przeprowadziły się tutaj z bliskich miejscowości.

1.2. Aktualna sytuacja życiowa – narkotyki

Wśród osób z uzależnieniem od narkotyków było 5 kobiet i 5 mężczyzn. Dwie osoby (1 kobieta i 1 mężczyzna) były osobami najstarszymi (pow. 40 roku życia), z bardzo długą, sięgającą lat 80-tych historią uzależnienia przede wszystkim od heroiny, z pobytem w wielu ośrodkach uzależnień, obecnie poddających się leczeniu substytucyjnym metadonem. Dwie osoby (1 kobieta, 1 mężczyzna) były w wieku 30-40 lat, z uzależnieniem krzyżowym od różnych substancji, w tym przede wszystkim od heroiny oraz leków uspokajających (Xanax). Obydwie w przeszłości poddały się terapii ambulatoryjnej, nigdy nie przebywały w ośrodku. Wszystkie one od czasu do czasu używały substancji psychoaktywnych (choć nie heroiny), jednak w momencie badania zachowywały nad tym kontrolę. Kolejnych 6 osób było młodych – pomiędzy 15 a 23 rokiem życia.

Cztery z nich było w trakcie terapii w ośrodku (2 kobiety, 2 mężczyźni) i zachowywało całkowitą abstynencję. Jeden mężczyzna był kilka lat po terapii w ośrodku, od tego czasu nie używał żadnych substancji psychoaktywnych. Jedna kobieta przerwała terapię uzależnień w ośrodku, obecnie korzystała z prywatnej psychoterapii i w przeciągu ostatnich dwóch lat zdarzało jej się używać substancji psychoaktywnych – tych, od których była wcześniej uzależniona.

Tylko jeden respondent pochodził w Gdańsku, pozostali przeprowadzili się z różnych miejscowości w Polsce. Większość znalazła się w Gdańsku z powodu podjęcia tutaj terapii i już została. Cztery osoby mieszkały w ośrodku terapeutycznym i trzy z nich, które były poniżej 18 roku życia, planowały wrócić do swoich rodzinnych miejscowości po zakończeniu terapii. Spośród pozostałych tylko jeden respondent miał własne mieszkanie, pozostali wynajmowali.

Wśród osób młodszych jedna była w związku, a wśród osób starszych wszystkie, w trzech przypadkach był to związek również z osobą w przeszłości uzależnioną od narkotyków i podobnie jak respondent(ka) od czasu do czasu używającą substancji psychoaktywnych. Dwie osoby wychowywały dzieci.

Wszystkie osoby paliły w swoim życiu papierosy, obecnie dwie z nich paliły codziennie, a cztery kilka razy w tygodniu i nie miały poważnych planów rzucenia palenia. Osoby będące w ośrodku przywiązywały dużą wagę do aktywności fizycznej i uprawiały sport, a wśród pozostałych dwie młodsze od czasu do czasu. Cztery starsze rzadko podejmowały aktywność fizyczną, tłumacząc to złym stanem zdrowia lub trudnością z mobilizacją.

1.3. Aktualna sytuacja życiowa – wnioski

Należy zwrócić uwagę na to, że osoby uzależnione od narkotyków również nadużywały alkoholu. Jak pokazują dalsze wyniki osoby młode rzadziej używają tylko alkoholu, wiele z nich również nadużywa dopalaczy, marihuany i innych narkotyków. Trudno też do nich dotrzeć przez ruch AA – na mitingach i w grupach rozwojowych dominują osoby starsze, przeważnie mężczyźni, w wieku 45-70 lat.

Osoby młodsze, nadużywające alkoholu, nie uważały za zasadne utrzymywania całkowitej abstynencji, nie uważały też alkoholizmu za chorobę, podkreślały swoją odpowiedzialność i wpływ na decyzje związane z sięgnięciem po alkohol, nie potrzebowały też siły wyższej do wyzwolenia się z nałogu. Taka postawa odróżnia ich od starszych respondentów wyznających filozofię AA (całkowita trzeźwość, alkoholikiem jest się zawsze, alkoholizm to choroba, w trzeźwości pomaga siła wyższa). Doświadczenia młodych ludzi wskazują również, że zmienia się model konsumpcji substancji psychoaktywnych. Obecnie alkohol rzadko jest jedyną substancją, po którą się sięga – często używa się również marihuany, dopalaczy i amfetaminy. Zachodzi więc potrzeba refleksji nad programami terapii i post-terapii dla młodych osób uzależnionych od alkoholu, do prowadzenia

której potrzebna jest współpraca do tej pory działających odrębnie komórek zajmujących się alkoholizmem i narkomanią.

Druga kwestia – osoby przez wiele lat uzależnione od substancji psychoaktywnych mają również liczne dolegliwości zdrowotne, kłopoty mieszkaniowe, finansowe, a także problemy w relacjach partnerskich. Są one więc klientami systemu wsparcia nie tylko w zakresie terapii uzależnień, ale także w wielu innych. Dla wielu konieczny jest program readaptacji społecznej, wsparcia psychicznego, wsparcia pracownika socjalnego, prawnika, asystenta ds. wychodzenia z bezdomności. Wszystkie te nakłady są konieczne, aby utrzymać dobre funkcjonowanie osób po terapii (im więcej trudności, tym większa możliwość nawrotu), a co za tym idzie ograniczać rozwój uzależnień w Gdańsku. Znaczącą rolę w przypadku readaptacji, post-terapii i wsparcia psychicznego pełną organizacje pozarządowe, których działalność była wysoko oceniana przez respondentów (Klub Integracji Społecznej, Monar, Mrowisko).

Trzecia kwestia – warto inwestować w programy zdrowotne mające na celu zwiększenie aktywności fizycznej i wprowadzenia nawyków zdrowotnych dla osób dorosłych. O ile istnieje bogata oferta dla osób młodych, o tyle trudniej o nią w przypadku dorosłych posiadających niski dochód. Trudniej w tej grupie też o motywację. Umiejętna profilaktyka zdrowotna będzie tańsza niż leczenie.

Czwarta kwestia, którą warto poruszyć to pomoc osobom mieszkającym, choć niezameldowanym w Gdańsku. Terapia osób z uzależnieniem do narkotyków zakłada, że ośrodek terapeutyczny powinien znajdować się z dala od ich miejsca zamieszkania, a więc do Gdańska przyjeżdżają osoby z innych miejscowości, które potem tutaj zaczynają mieszkać i pracować, choć nie są tu zameldowane. Część z nich przyjeżdża także, bo w swoich miejscowościach nie mają perspektyw na pracę. A więc korzystają tu również z systemu wsparcia. Osoby te często z różnych przyczyn nie mają możliwości uzyskania meldunku (np. brak zgody właściciela mieszkania, które wynajmują) lub też mają jeszcze zbyt małe zasoby, żeby to zorganizować. Dla utrzymania dobrego funkcjonowania osób po terapii i ograniczania rozwoju uzależnień w Gdańsku, ważne jest, aby umożliwić osobom zamieszkującym w Gdańsku, choć tu niezameldowanym, pełne korzystanie z systemu wsparcia.

1.4. Używanie substancji psychoaktywnych – alkohol

Większość respondentów wychowała się w domach, w których rodzice sami byli uzależnieni od alkoholu, nie pracowali, a sytuacja materialna była zła. Mieszkali też na takich osiedlach, gdzie wszyscy ich znajomi i ich rodzice pili („Matka mówiła: pijesz tyle co inni.”). Alkohol próbowali już w wieku nastoletnim. Często również rodzeństwo było uzależnione od

alkoholu. W tym przypadku nie było różnicy pomiędzy osobami starszymi a młodszymi. Tylko jeden z badanych pochodził z domu, gdzie nikt nie pił, a on sam zaczął nadużywać alkoholu w pracy, na kierowniczym stanowisku, jeszcze w starym ustroju.

Wszystkim respondentom płci męskiej zdarzyło się przebywać pod wpływem alkoholu w pracy. O picciu w pracy wiedzano i tolerowano je w dużym stopniu – sytuacja ta miała miejsce zarówno w latach 70-tych, 80-tych, jak i 90-tych. Kobietom bardzo rzadko zdarzało się być pod wpływem alkoholu w pracy i nikt o tym nie wiedział. Radziły sobie, pijąc tylko w weekendy lub biorąc dzień zwolnienia.

Większość respondentów w starszym wieku miała za sobą długą, wieloletnią historię picia i część również degradację społeczną (bezdomność, wyrzucenie z pracy). Wszyscy z początku pili ze znajomymi, potem sami. Dzieci były świadkami nałogowego picia rodzica i w wielu przypadkach to one naciskały na terapię rodzica. Poza osobą, która stała się bezdomna, pozostali poradzili sobie z zadłużeniem – dobrze zarabiali albo w przypadku mężczyzn korzystali z utrzymywania domu przez żonę. Natomiast dwie kobiety miały długi związane z koniecznością samodzielnego utrzymania dzieci bez alimentów ze strony byłego męża, a kłopoty finansowe przyczyniły się do szukania ulgi w alkoholu.

Tylko jedna osoba spróbowała narkotyków (marihuany) – przez przypadek, bo syn zostawił na wierzchu. Pozostałe nie miały kontaktu z innymi substancjami, poza lekami uspokajającymi przyjmowanymi z przepisu lekarza.

Osoby starsze rzadko korzystały z komputera, smartfonu, Internetu. Nie miały kont na profilach społecznościowych, nie grały w gry, choć część z nich posługiwała się komputerem w pracy, korzystała z bankowości internetowej, czytała na nim gazety. Wskazywały jednak, że na mitingi przychodzą osoby w młodym wieku, które nie mogą przestać korzystać ze smartfona nawet na chwilę, są też uzależnione nie tylko od alkoholu, ale również nadużywają dopalaczy i innych narkotyków.

Zdania o legalizacji marihuany były podzielone wśród badanych, choć większość dostrzegała w tym pozytywy. Zwracano uwagę na to, że zostałaby ona wyciągnięta ze sfery przestępczej, a przecież tak jak w przypadku alkoholu konieczna jest u osób używających samokontrola. Jeden respondent zwrócił uwagę, że w społeczeństwach zachodnich tak, ale nasze jest jeszcze zbyt mało rozwinięte, nie ma norm moralnych i autorytetów, więc mogło by to sprzyjać uzależnieniom, bo „ludzie by się temu nie oparli”.

Jeśli chodzi o dwie osoby młodsze – obydwie dużo piły przede wszystkim w weekendy na imprezach i zdarzało im się tracić nad tym kontrolę, w tygodniu znacznie mniej i w sposób kontrolowany. Jedna z osób (kobieta) próbowała marihuany, amfetaminy i „jakiejs substancji, po której straciła przytomność”. To negatywne doświadczenie sprawiło, że wolała trzymać się

od narkotyków z daleka, druga osoba (mężczyzna) palił od czasu do czasu marihuanę. Obydwoje nie mieli problemów finansowych, pracowali. Mężczyzna także studiował. W jego przypadku koniec terapii zbiegł się z końcem studiów, zaczął pracę na pełen etat, co utrudniło mu powrót do „impresowania”.

Na terapię zgłosili się pod wpływem swoich partnerek (obydwoje byli już w innych związkach w chwili badania). Jedna respondentka była w związku z kobietą i określiła swoją orientację jako homoseksualną. Choć ona sama nie uważa, aby jej orientacja wpłynęła na nadużywanie alkoholu, podkreśliła, że w przeszłości jedynym sposobem poznania innej osoby nieheteroseksualnej było chodzenie do klubów LGBT, co sprzyjało nadużywaniu alkoholu (i narkotyków). Obecnie istnieje więcej możliwości, z uwagi na rozwój Internetu oraz aktywność organizacji pozarządowych działających na rzecz osób LGBT. Respondentka zwróciła jednak uwagę, że wiele kobiet nieheteroseksualnych nadużywa alkoholu i narkotyków, radząc sobie w ten sposób ze stresem związanym z trudnościami w społecznej akceptacji ich orientacji seksualnej. Boją się jednak skorzystać z terapii, ponieważ nie ufają psychologom – część z nich miała złe doświadczenia związane z próbami zmiany ich orientacji lub też terapeuta wykazywał brak akceptacji. Podała przykład Warszawy, gdzie terapia uzależnień dla osób LGBT jest prowadzona przez organizację LGBT (Lambdę Warszawa), co pomaga osobom nieheteroseksualnym skorzystać z pomocy bez obaw o nieprzyjazne traktowanie.

Młodszy respondenci używali na co dzień komputera, tabletu, smartfona, mieli konta na profilach społecznościowych. Mężczyzna od czasu do czasu grał w gry, kobieta często oglądała seriale. Oboje nie oglądali jednak telewizji. W sumie codziennie w celach rozrywkowych spędzali około dwóch godzin na używaniu Internetu.

Mężczyzna uważał, że marihuana powinna być dozwolona do kupienia, natomiast kobieta wolała, żeby zarówno alkohol, jak i marihuana były trudno dostępne, a więc nie powinno się jej legalizować. Argumentowała, że obydwie substancje są szkodliwe, alkohol nawet bardziej i z uwagi na zakres szkód powodowany przez uzależnienia powinno się ograniczyć ich dostępność.

1.5. Używanie substancji psychoaktywnych - narkotyki

Respondenci znacznie różnili się między sobą, jeśli chodzi o sytuację rodzinną, status materialny i historię uzależnienia. Najstarsi badani, dziś korzystający z terapii substytucyjnej, zaczęli brać narkotyki jeszcze w latach 80-tych. Mają na koncie przynajmniej kilka prób terapii, związanych z pobytami w ośrodkach, kilka lat abstynencji zakończonej jednak zawsze powrotem do brania dożylnie opiatów (polska heroina). Są przekonani, że będą brać metadon do końca życia – po wielu nieudanych próbach nie mają wiary w życie bez narkotyków, ich stan zdrowia jest zły, nie pracują, mają kłopoty finansowe, ciągną się za nimi długi i niezakończone sprawy prawne

(wcześniejsze aresztowania za posiadanie narkotyków). Wskazują, że ich mózg nie funkcjonuje dobrze, potrzebują więcej czasu na poradzenie sobie z codziennymi problemami i potrzebują w nich wsparcia pracownika socjalnego i prawnika. Nie mają doświadczenia z nowymi mediami.

Badani po 30. roku życia, z narkotykami zetknęli się jeszcze w szkole podstawowej (8-letniej). W szkole średniej nadużywali alkoholu, marihuany, leków psychotropowych, amfetaminy, kokainy. Najczęściej stosowali je kilka razy w tygodniu, choć były też okresy przerw. Środki finansowe na narkotyki brali z pieniędzy, które dostawali od rodziców na utrzymanie lub pracowali. W obydwu przypadkach, po 20. roku życia. Narkotykiem, który najpoważniej i najszybciej ich uzależnił był wchodzący na polski rynek narkotyk: heroina do palenia („brown”). Korzystali z terapii ambulatoryjnej – mężczyzna z uwagi na niechęć do restrykcyjnej jego zdaniem terapii Monaru, kobieta – z uwagi na obawę, że zgłoszenie się do ośrodka groziłoby ujawnieniem problemu i groźbą odebrania dziecka. Detoksykację prowadzili we własnym zakresie z pomocą znajomych, posiłkując się lekami oraz marihuaną. Obydwoje zachowują abstynencję od heroiny, choć zdarzały im się okresy nadużywania leków uspokajających przepisywanych przez lekarzy, codziennego palenia marihuany, picia alkoholu. Pracują, są obecnie w dobrej sytuacji finansowej, choć w okresie nadużywania substancji mieli poważne długi. Obydwoje korzystają z komputera poza pracą, wykorzystują go przede wszystkim do grania w gry, nie spędzają wiele czasu w Internecie.

Najmłodszy badani mają zwykle za sobą od dwóch do czterech lat nadużywania substancji psychoaktywnych. Ich uzależnienie zaczynało się wcześniej w wieku nastoletnim (nawet w wieku 11 lat). Pierwszymi substancjami były zwykle papierosy i alkohol. Najczęściej używali amfetaminy lub dopalaczy o działaniu stymulującym oraz marihuany, ale też kokainy, leków psychotropowych, a jedna z osób również heroiny. Spożywali też duże ilości alkoholu, palili papierosy. Używali dużych ilości substancji, mieszały je ze sobą. Część z nich doświadczyła zapaści, inni niekontrolowanych wybuchów agresji. Wszyscy zostali zmuszeni do pójścia na terapię – nie była to ich własna decyzja. Dla osób przebywających w ośrodku była to pierwsza poważna terapia – byli już tam średnio 7 miesięcy. Pozostała dwójka respondentów podjęła kilka prób terapii, z których dla mężczyzny okazał się skuteczny wieloletni pobyt w ośrodku, a kobieta wypisała się z ośrodka po miesiącu i obecnie uczęszcza na prywatną psychoterapię.

Badani deklarowali, że nie mieli kłopotów ze zdobyciem narkotyków – potrafią je znaleźć wszędzie, w każdym mieście i w każdej szkole. Najłatwiejsze jest kupowanie dopalaczy, bo każdy może je zamówić przez Internet. Zdobycie amfetaminy czy marihuany – narkotyków wytwarzanych w Polsce, również nie nastęczało trudności. Osoby pochodzące z miejscowości blisko granicy z Niemcami jeździły po taniej heroinę do Berlina, a następnie sprzedawały ją drożej w Polsce. Konkludowali, że jeśli ktoś chce, to znajdzie sposób na zdobycie narkotyków.

Za najniebezpieczniejsze respondenci uznali dopalacze, ponieważ nigdy nie wiadomo, czym jest dana substancja i jak działa. Wskazywano, że przy kupnie amfetaminy można także dostać zamiast niej dopalacz. Generalnie zdobycie narkotyków nie jest trudne, natomiast trudniej znaleźć towar z pewnego źródła i dobrej jakości. Niektóre osoby przyznały, że uczestniczyły w dosypywaniu np. mąki do amfetaminy i że jest to powszechna praktyka, że „towar” jest zanieczyszczony, więc trzeba go brać w dużych ilościach, żeby uzyskać pożądany efekt.

Żadna z osób nie miała kontaktu z polską heroiną (kompotem). Narkomani, którzy jej używają, są dla młodych symbolem upadku, którego oni w swoim mniemaniu nigdy nie doświadczą.

Na skutek nadużywania substancji większość miała problemy z nauką, opuszczała szkołę, mężczyźni dodatkowo weszli w konflikt z prawem za wandalizm i kradzieże. Osoby używające na co dzień tylko amfetaminy dłużej potrafiły ukrywać swoje uzależnienie i dobrze się uczyły. Najczęściej pedagog szkolny rozpoznawał, że coś się z nimi dzieje po zmianie wyglądu, bo wychudły.

Część osób pochodziła z domów, gdzie rodzice byli uzależnieni od alkoholu, nie pracowali i nie zajmowali się dziećmi, część z domów o wyższym statusie społecznym i materialnym, gdzie nie było alkoholu, ale istniały innego typu problemy w więzi pomiędzy rodzicem a dzieckiem (np. depresja matki zostawionej przez partnera, ojca respondentki). Jedna respondentka podkreśliła, że, wiedząc do czego prowadzi alkohol, nie nadużywała go.

Wszyscy badani wybierali sobie znajomych podobnych do siebie, czyli również nadużywających substancji psychoaktywnych. Rzadko byli to znajomi ze szkoły, częściej z osiedla. Część osób wskazała, że popularne wśród ich znajomych używających substancji, szczególnie stymulantów, było nałogowe granie na automatach otwartych przez całą dobę i funkcjonujących nielegalnie albo granie kilka dni bez przerwy w gry komputerowe („Rozpierała ich energia, nie mieli co ze sobą zrobić, była noc, grali”).

Wszyscy podkreślili, że wśród ich znajomych nie nadużywających substancji, niezwykle popularne są media społecznościowe. („Wszyscy siedzą cały czas na Facebooku, Snapchacie, Asku [ask.fm]”). Media społecznościowe, mają ogromny wpływ na ich życie. Często robią coś tylko po to, żeby wrzucić post na Facebook i zdobyć *lajki*. Sami respondenci także używali Facebooka i korzystali z Internetu, choć nie był on dla nich tak dużą częścią życia, jak ich znajomych. Wynika to z tego, że osoby organizujące sobie życie wokół substancji, nie są aż tak zaangażowane w alternatywny świat mediów społecznościowych, a więc także tworzą kręgi znajomych bardziej od tego świata odległe. Jeden z respondentów zwrócił nawet uwagę, że cały proces załatwiania narkotyków, gdzie trzeba nawiązać kontakt z ludźmi, zagadać jest bardziej zakorzeniony w realnym świecie niż zaangażowanie w kreację na potrzeby mediów społecznościowych.

Wracając do całej grupy badanych – warto podkreślić, że połowa respondentów (ci, którzy pochodzili z domów o wyższym statusie społecznym i przeważnie dobrze się uczyli) – miała bardzo dużą wiedzę na temat narkotyków jeszcze zanim trafiła na terapię. Kilka osób mówiło o swojej fascynacji tą tematyką. Bardzo dobrze znali mechanizm uzależnienia i konsekwencje nadużywania różnych rodzajów substancji. Trzy osoby były w swoim życiu zaangażowane w prowadzenie terapii lub profilaktyki uzależnień, cztery następne (tutaj już bez względu na status społeczny rodziny) myślały o tym, żeby wybrać studia w tym kierunku i pracować w tej dziedzinie. Badani mieli zdania podzielone, jeśli chodzi o legalizację marihuany, choć większość była za legalizacją.

1.6. Używanie substancji psychoaktywnych - wnioski

Większość osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych pochodziła z domów, gdzie rodzice byli uzależnieni od alkoholu i z ulic, gdzie było to normalne. W części domów rodzice nie pracowali, zaniedbywali dzieci, dochodziło do przemocy, a sytuacja materialna była zła, w części, gdzie status społeczny domów był wyższy, rodzice pracowali i ukrywali przed otoczeniem swoje uzależnienie, w kilku przypadkach matka zostawała sama z córką i cierpiała na depresję. Mężczyźni częściej pochodzili z domów, gdzie doszło do największej degradacji społecznej. Używali substancji w sposób najbardziej ryzykowny, widoczny dla otoczenia społecznego, mieli trudności z nauką, potem z wykonywaniem obowiązków zawodowych, wchodzili w konflikt z prawem. Kobiety, nawet jeśli pochodziły z rodziny przejawiającej zachowania patologiczne, funkcjonowały lepiej. Kończyły szkołę, pracowały, ukrywały swoje uzależnienie, a jeśli status społeczny rodziny był wysoki, dobrze się uczyły, pracowały, miały szeroki krąg znajomych. Jednak – bez względu na status społeczny – miały depresję i myśli samobójcze.

Nasuwają się więc dwa wnioski. Po pierwsze widoczną grupą osób, do których należy kierować działania, są osoby pochodzące z rodzin, gdzie dochodzi do zachowań patologicznych, o niskim statusie społecznym. Działania te powinny być od samego początku nastawione na readaptację społeczną oraz radzenie sobie z frustracją i agresją, u kobiet z depresją i zachowaniami autodestrukcyjnymi (innymi niż uzależnienia). Z uwagi na niską świadomość innych niż rodzinne wzorców zachowania, istnieje mała szansa, że osoby te same zgłoszą się po pomoc. Im szybciej nastąpi wsparcie, a więc już na poziomie przedszkola i szkoły podstawowej, tym lepiej. Skuteczne mogą się okazać podobne oddziaływania, jak te skierowane do wychowanków pieczy zastępczej.

Po drugie, istnieje grupa osób, które trudno jest rozpoznać jako zagrożone uzależnieniem, bo pozornie dobrze funkcjonują, a problemy w rodzinie są ukrywane przed otoczeniem społecznym. W tej grupie częściej mogą znajdować się kobiety, ponieważ są one uczone w naszej kulturze

niewyrażania swoich potrzeb i wycofania ze sfery publicznej, więc frustrację odreagowują „do wewnątrz” autodestrukcją i depresją. To osoby, które zostały nauczone ukrywania swoich problemów, więc upływa zwykle dużo czasu zanim – jeśli w ogóle – zgłoszą się po pomoc. Potrzebują osób, którym mogą zaufać, powiedzieć im o swoich trudnościach i otrzymać wsparcie. Stąd ważne, aby nauczyciele, pedagodzy, trenerzy i inne osoby znaczące miały wiedzę na temat tego, jak budować relacje z taką osobą i jak ją wspierać. Interwencja na wczesnym etapie, może zapobiec nie tylko rozwojowi uzależnienia, ale także problemom w przyszłości związanym z byciem ofiarą przemocy domowej itp. Ważne były również dodatkowe działania skierowane do kobiet, które wzmocnią je i położą nacisk na samoakceptację, asertywność, umiejętności społeczne związane z wyrażaniem na zewnątrz emocji i dobre funkcjonowanie w sferze publicznej.

Wszyscy respondenci mieli za sobą mniejsze lub większe trudności w relacjach z rodzicami. W większości przypadków, doświadczenia wskazywały, że trudno jest liczyć na to, że rodzina zmieni się i zdoła wypełnić deficyty. Raczej warto uczyć to dziecko zaspokajania swoich potrzeb w inny sposób niż poprzez kontakt z rodzicami. Jeden z respondentów, obecnie 70-letni mężczyzna, stwierdził nawet, że najlepszy czas w życiu spędził w domu dziecka, a najgorszym był powrót do domu. Doświadczenia wskazują więc na to, że rodzice zmieniają się bardzo rzadko i najczęściej wtedy, kiedy dziecko jest już samodzielne, w związku z tym w działaniach profilaktycznych warto rozważyć nauczenie zaspokajania potrzeb emocjonalnych inaczej niż poprzez kontakt z rodzicami. Również w tym zakresie skuteczne mogą się okazać podobne oddziaływania takie jak te skierowane do wychowanków pieczy zastępczej.

Używanie alkoholu i narkotyków u respondentów nie przekładało się na większą częstotliwość uzależnień behawioralnych (Internet, hazard), wręcz przeciwnie wydaje się, że byli oni mniej niż ich znajomi zaangażowani w alternatywne życie w Internecie lub graniu. Ta tematyka wymaga jednak dalszych badań.

Dopalacze są obecnie najłatwiej dostępną substancją – każdy może je zamówić przez Internet. Są także najbardziej niebezpieczne, ponieważ nikt nie wie, co tak naprawdę kupuje. Oprócz nich bardzo popularna jest amfetamina. Marihuana jest także popularna, ale jej używanie nie jest postrzegane jako problematyczne.

Degradacja społeczna, utrata pracy, konflikt z prawem, opuszczanie szkoły, utrata domu, zapaści, psychozy, lęki nie były dla osób uzależnionych bodźcem do podjęcia terapii zarówno wśród osób starszych, jak i młodszych. Traktowali je jako uboczny skutek używania substancji.

Dostępność substancji, wiedza na ich temat oraz odporność na konsekwencje związane z uzależnieniem wskazują, że zarówno praca terapeutyczna, jak i profilaktyka powinna być nastawiona przede wszystkim na przyczynę sięgania po substancje psychoaktywne.

1.7. Ocena systemu wsparcia – alkohol

Wszyscy respondenci brali udział w terapii uzależnień prowadzonej na terenie Gdańska w trzech różnych ośrodkach. Część 10-15 lat temu, część przed kilku laty. Osoby starsze najczęściej przechodziły następującą drogę: oddział detoksykacyjny – roczna terapia – terapia pogłębiona i dalsze jej formy, np. warsztaty rozwojowe, mitingi AA. Dwie osoby młodsze wzięły udział tylko w kilkumiesięcznej terapii uzależnień i nie czuły dalszej potrzeby jej kontynuowania w ramach grup AA, nie zgadzały się bowiem z filozofią ruchu AA.

Należy podkreślić, że wszyscy respondenci prezentowali dużą samoświadomość i refleksyjność, co wskazuje, że działania terapeutyczno-rozwojowe były w tym zakresie skuteczne. Większość podjęła decyzję o terapii samodzielnie na skutek jakiegoś momentu przełomowego w ich życiu związanego z subiektywnie postrzeganym upadkiem. Część poddała się naciskom rodziny – dzieci lub partnerek. Jeden z badanych, bezdomny mężczyzna przestał pić, wówczas kiedy trafił po raz kolejny na oddział detoksykacyjny, gdzie ordynator powiedział mu, że może skorzystać z terapii uzależnień i pójść do noclegowni dla bezdomnych – wcześniej nigdy nie słyszał o takich możliwościach. Wsparcie, którego udzielili mu tam lekarze i pielęgniarki, sprawiło, że przestał pić – jak mówi „z wdzięczności, żeby to uszanować, nie zawieść. Nie ze strachu.”. Jego motywacja była tak duża, że sam płacił za swoją terapię – z tego, co zbierał na śmietnikach. Pozostał też odporny na wpływ środowiska – alkoholizm wśród osób bezdomnych jest powszechny. W schronisku pili wszyscy oprócz niego.

Respondenci wysoko oceniali pomoc otrzymaną na oddziale detoksykacyjnym oraz działania postterapeutyczne oferowane przez ruch AA (grupy, mitingi) i organizacje pozarządowe takie jak Klub Integracji Społecznej (warsztaty rozwojowe). Natomiast sama terapia była oceniana różnie.

Osoby młodsze były nastawione krytycznie wobec terapii. Dostrzegały jej pozytywne efekty związane z poszerzeniem się wiedzy i świadomości na temat uzależnienia oraz przyczyn, dla których sięgnęły po alkohol, ale wskazywały też negatywne skutki w postaci depresji wynikającej wprost z zastosowanej metody pracy. Część przytoczonych faktów można również uznać za brak profesjonalizmu osób prowadzących terapię, sprzeczny z zasadami pomocy psychologicznej.

W dwu przypadkach respondenci brali udział i w terapii grupowej, i indywidualnej. Terapia indywidualna była prowadzona przez osobę, która nie miała wykształcenia terapeutycznego i psychologicznego, była po prostu osobą wyleczoną z uzależnienia od alkoholu. Podczas terapii respondentka czuła się krytykowana i oceniana, a respondent nierozumiany i wycofał się z kontaktu.

Dodatkową trudnością było to, że osoby młode odróżniały się od grupy wiekiem - wszystkie pozostałe osoby były dużo starsze. Przykładowo, omawianie przez młodsze osoby na forum grupy treści związanych z problemami ze szkołą, rodziło niezrozumienie ze strony osób 40-50 letnich, dla których te problemy były abstrakcyjne. Część z pacjentów była także sprawcami przemocy, co z kolei aktywizowało dawne traumy u respondentów, którzy jako dzieci alkoholików, sami w przeszłości byli ofiarami przemocy domowej. Z uwagi na słaby kontakt z terapeutą indywidualnym, respondentka nie miała możliwości przepracowania tamtych doświadczeń, na grupie zaś było to zbyt trudne. Obydwoje przyznali, że woleli by być w innej grupie, bardziej wiekiem i doświadczeniem zbliżonej do nich.

Respondenci nie podzielali także filozofii terapii prowadzonej w duchu AA, gdzie alkoholizm uważano za nieuleczalną chorobę i trzeba było mówić o sobie, że się jest alkoholikiem. Badani zwrócili uwagę, że cała terapia była skupiona na alkoholu do tego stopnia, że każda emocja miała być interpretowana jako głód alkoholowy (zmęczenie, empatia, smutek), co wydawało im się niezgodne z ich doświadczeniem. Jeśli jednak podnosili tę kwestię, byli negatywnie oceniani przez grupę i prowadzących, którzy utrzymywali, że nie chcą się po prostu przyznać do swego nałogu. Kolejną trudnością było pisanie prac domowych, które cały czas skupiały się na tym, jak wiele złego się robiło po alkoholu. Respondentka zwróciła uwagę, że nie chciała się wypowiadać, czuła się źle, zaczęła uważać się „za złego człowieka” i nie była w stanie sobie z tym poradzić. Przynotowała sytuację, w której jako jedyna odważyła się pochwalić osobę, która mimo przemożnej chęci, żeby się napić, tego nie zrobiła, podczas gdy wszyscy inni krytykowali pacjentkę za to, że doprowadziła do sytuacji, w której pojawiły się takie myśli. W terapii w ogóle nie budowano wizji pozytywnej przyszłości, nie szukano pozytywów i nie pracowano na zasobach. Dodatkowo pod znakiem zapytania stała skuteczność tej terapii – osoba prowadząca terapię mówiła, że 80% wraca do picia.

Respondentom trudno było odnaleźć się na terapii i na różnym etapie w końcu się z niej wycofali. Respondentka podjęła jeszcze próbę kontaktu z dwoma terapeutami uzależnień (w poradniach państwowych), ale z uwagi na podobne odczucia zrezygnowała.

Obecnie oboje radzą sobie bez terapii. Stosowane przez nich strategie to ostrożność, uważanie na alkohol i bycie świadomym tego, ile i kiedy piją. Unikają picia, kiedy są zestresowani, szukają innych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Ponieważ od terapii upłynęło już kilka lat, a nie tracą kontroli nad piciem, nie widzą potrzeby całkowitej abstynencji. Jako czynniki, które im pomogły wymieniają fakt, że terapia zmusiła ich do podjęcia abstynencji na dłuższy czas, zobaczenie tego, że utracili kontrolę nad piciem i uświadomienie sobie przyczyn tego, z jakich powodów i w jakich sytuacjach sięgali po alkohol.

Jeśli chodzi o pozostałych respondentów – starszych wiekiem - to najczęściej przyjmowali oddziaływania terapeutyczne z dobrodziejstwem inwentarza, co za tym idzie przyjmowali filozofię AA i bardzo szybko już w trakcie terapii odnajdywali się w ruchu AA. Ci, którym nie wystarczały mitingi, brali udział w warsztatach rozwojowych dotyczących poznania samego siebie, swoich emocji, swoich uwarunkowań jako DDA. Podkreślali, że udział w nich był dla nich niezwykle ważnym doświadczeniem. Jeden z respondentów podsumował, że AA to jedna noga dająca duchowość i wspólnotę, a warsztaty psychologiczne druga, dająca wiedzę psychologiczną i obydwie oddziaływania muszą być połączone.

Większość respondentów była przekonana, że AA uratowało ich życie. Część z nich miała okresy, kiedy chodziła na mitingi nawet codziennie (odbywają się w różnych miejscach Gdańska). Bezsprzecznie jako największą zaletę wskazywano poczucie akceptacji, przynależności i wspólnoty, dzięki któremu chce się spędzać w tym gronie czas. „Czułem się zrozumiany. Mówili mi: ty też możesz jeszcze wrócić”. „Był tam taki jeden. Mówił tylko o sobie, taka jest zasada, co czuł, jak sobie poradził. Nie naciskał, nie krytykował moich błędów, mówił: jeszcze to przemyśl. Superterapeuta – to czego inni nie potrafili, on potrafił. Załapałem, że muszę SAM się leczyć, bo nikt mnie nie wyleczy”. Dwóch badanych miało jednak trudność z tym, że jest tam „tak dużo o Bogu”, co nie odzwierciedlało ich przekonań.

Część respondentów działała również w klubie abstynenta – byli zaangażowani w remont pomieszczeń, a potem organizację zajęć dla innych. Była to dla nich bardzo ważna działalność. Głównym czynnikiem leczącym było uświadomienie sobie strat – tego, co się traci, będąc w nałogu oraz nauczenie radzenia sobie ze stresem bez alkoholu (terapeuci, miting, koleżanki). Terapia nauczyła ich czujności i ostrożności. Choć na terapii zalecano im unikanie wszystkich bodźców łączących się z alkoholem, z uwagi na jego wszechobecność większość przyjęła strategię samokontroli i odpowiedzialności za swoje decyzje: „alkohol może stać obok mnie, ale ja się nie napiję”.

Starsi respondenci nie brali udziału w żadnym programie profilaktycznym. Jeden z badanych nie wiedział nawet, że istnieje coś takiego jak terapia uzależnień. Inni mówili, że było pewnie wiele informacji, że alkohol niszczy życie, ale nie zwracali na nie uwagi. Młodszy pamiętają, że „było coś w szkole” z przekazem: narkotyki są złe. Nie pamiętają jednak, aby ktoś zajmował się alkoholem i wskazywał na jego negatywne skutki. Badani dowiedzieli się o możliwościach terapii najczęściej przez oddział detoksykacyjny. Młodszy znaleźli informacje w Internecie.

Trudno im wymienić skuteczne działania profilaktyczne. Część osób rozważała utrudnienie dostępu do alkoholu, inni jednak uważali, że jeśli ktoś chce się napić, to i tak znajdzie możliwość. Kilka osób powiedziało, że nie było dla nich innej drogi – urodzili się w rodzinie alkoholowej i że najważniejsze to wyjść z stamtąd, mieć zdrowy dom i pracę. Zdecydowanie odrzucili model

mówiący: „alkohol/narkotyki są złe” jako zupełnie nieprzekonujący i nieskuteczny. Podkreślali, że tylko denerwowało ich, jak ktoś mówił, że za dużo piją. Przekonujące dla nich były tylko słowa kogoś kto był w podobnej sytuacji, ale sobie z nią poradził, poszedł inną drogą. Tylko taka osoba była autorytetem. Jeden z respondentów podkreślił, że nad osobą uzależnioną nie można się litować, dawać jej pieniędzy i usprawiedliwiać jej błędów. Inny wskazywał na wagę prawdziwych przyjaciół. Bezdomny mężczyzna podkreślił, że bardzo ważna była dla niego pomoc asystentki ds. bezdomności, z którą spotyka się od roku. Dzięki temu m.in. zadbał o swój stan zdrowia.

1.8. Ocena systemu wsparcia – narkotyki

Wszyscy respondenci brali udział w terapii uzależnień, im starsi, tym w większej ilości oddziaływań i dłużej. Część wsparcia otrzymali od placówek w Gdańsku, część w innych miejscach Polski lub za granicą. Respondenci korzystający z terapii substytucyjnej przebywali w wielu ośrodkach terapeutycznych. Wskazywali, że dla nich najważniejszy był sposób podejścia terapeutów. Jako skuteczny określili taki, w którym czuli się szanowali, traktowani na równi, a nie ubezwłasnowolnieni, zostawiano im możliwość wyboru i oddawano odpowiedzialność. Wskazywali, że pierwotne założenia ośrodków monarowskich dalekie były traktowania pacjentów na równi i szanowania ich, zbyt dużo było restrykcji, ograniczania wolności itp. i z ulgą przyjęli ewolucję i zmianę w kierunku rozwiązań bardziej demokratycznych i uwzględniających wolę pacjentów. Podobne zdanie mieli respondenci po 30 roku życia, którzy z powodu takiego przekonania nigdy nie zdecydowali się na terapię w ośrodkach Monaru (nie mieszkali wówczas w Gdańsku). Wszyscy jednak chwalili terapię ambulatoryjną oferowaną przez Monar – szczególnie poradnię na Srebrzysku z uwagi na profesjonalne i „ludzkie” podejście terapeutów, którzy okazywali wsparcie i zrozumienie.

Respondenci korzystający z terapii substytucyjnej mieli doświadczenia z obydwu ośrodków w Gdańsku (WOTUw i Bydgoszcz), dwóch w Warszawie i kilku zagranicznych. Chwalili prywatny program warszawski „Mały książę” oraz ośrodki zagraniczne, które były zdecydowanie bardziej wyspecjalizowane (np. tylko dla kobiet w ciąży, tylko dla osób, które nie chcą utrzymywać całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych). Obydwa programy w Gdańsku zostały bardzo skrytykowane, przede wszystkim z uwagi na podejście personelu od pacjentów: „Przepędza nas się z kąta w kąt, nie traktuje jak ludzi, cały czas ktoś na nas krzyczy”, „Ten profesor bardzo dobrze wypada na konferencjach, ale pacjentowi nawet w oczy nie patrzy, nie nawiązuje kontaktu. Tylko w komputer i wypisuje recepty”.

Drugą krytykowaną kwestią był wymóg całkowitej abstynencji, także od alkoholu, której pacjenci nie chcieli utrzymywać: „Jestem stary. Chciałbym się móc spokojnie piwa napić,

a nie ukrywać z tym jak dzieciak. Ja i tak już będę brał metadon do końca życia, więc po co ta abstynencja?” Wskazywali, że najchętniej odbieraliby metadon w aptece pod domem. Podkreślili, że pacjenci boją się lekarzy, ponieważ są całkowicie zależni od terapii metadonem i mają obawę, że może on im zostać odebrany, jak ujął to badany: „lekarzy traktują jak dilerów”.

Osoby młode bardzo chwaliły ośrodek terapeutyczny Mrowisko. Dwie osoby podjęły wcześniej terapię w Monarze, ale po dwóch miesiącach ją przerwały. Jedna osoba miała doświadczenie z Karanem, jedna z ośrodkiem bazującym na filozofii Anonimowych Narkomanów. Jako najskuteczniejszy i najlepszy ocenili ośrodek Mrowisko, choć należy pamiętać, że była to ich druga próba terapii, która z różnych powodów mogła być skuteczniejsza. Badani wskazywali motywujący system uprawnień uzyskiwanych podczas pobytu w domu (bazujący na systemie monarowskim), kameralną atmosferę (mała ilość osób) oraz indywidualne podejście.

Dla dwóch młodych osób, które ukończyły terapię, bardzo ważne było wsparcie, które mogły uzyskać w postaci oddziaływań readaptacyjnych i rozwojowych oferowanych przez Mrowisko i Monar (pomoc w znalezieniu mieszkania, udział w warsztatach rozwojowych, bliska obecność osób, u których odbywały terapię działającą na nie mobilizująco).

Respondenci, idąc na pierwszą terapię, albo byli do niej przymuszeni przez sąd lub rodzinę, albo chcieli jedynie podleczyć swój zły stan zdrowia. Dopiero w trakcie terapii albo po jej przerwaniu badani zyskiwali własną motywację, uświadamiając sobie, że utracili kontrolę nad narkotykami, zaczęli się też zastanawiać, jak będzie wyglądać ich przyszłość. Osoby biorące heroinę widziały, jak ich znajomi się zmieniają, degradową społecznie, umierają, popełniają samobójstwo.

Badani szczególnie akcentowali znaczenie wolności – w wyborze sposobu życia, w oddziaływaniach terapeutycznych. Korzystali najbardziej z takiej terapii, która pozwalała im na podejmowanie autonomicznych decyzji, źle się czuli w rygorze. W takiej terapii uzyskiwali wsparcie pozwalające im na lepsze funkcjonowanie, nawet jeśli nie zachowali, jak w przypadku pacjentów substytucyjnych, abstynencji („Nauczyłem się ogarniać po upadku. Dlatego teraz jakoś funkcjonuję. Jestem w stanie się zdyscyplinować”).

Ponadto jako czynniki leczące respondenci wymieniali zyskanie świadomości, do czego służył im narkotyk oraz nauczenie się radzenia sobie w stresujących sytuacjach w inny sposób niż branie substancji, a także podjęcie takich kroków, które sprawiły, że wykonują jako pracę zawodową coś, co ich interesuje. Akcentowano zyskanie poczucia sprawstwa i wzięcia odpowiedzialności za swoje życie.

Osoby młode, które przebywały w ośrodku były zadowolone z tej formy terapii, ponieważ pozwalała im ona wyrwać się ze swojego środowiska osób nadużywających narkotyków,

ale też wolały mieszkać tam niż z rodzicami. Badani wskazywali, że gdyby mieli lepszy kontakt z rodzicami, być może to ochroniłoby ich przed uzależnieniem.

Jeden z respondentów zakażony HIV zwrócił uwagę, że w Gdańsku nie ma obecnie żadnych działań dla osób żyjących z HIV, podczas gdy w Warszawie organizuje się konferencje, spotkania, prelekcje. Chętnie zaangażowałyby się osobiście w organizowanie takich działań.

Respondenci zetknęli się z oddziaływaniami profilaktycznymi w szkole, ale generalnie nie zwrócili na nie uwagi. Ich zdaniem oddziaływanie trzeba zaczynać bardzo wcześnie, już w szkole podstawowej, bo w gimnazjum jest już za późno – tam już wchodzi się w okres buntu i będzie trudno szukać pomocy u dorosłych, jeśli się jej wcześniej nie znalazło. Dodatkowo w gimnazjum już często nadużywa się substancji psychoaktywnych. Wskazywali, że najskuteczniejsze byłyby zajęcia psychologiczne, pomagające rozpoznać emocje i pomagające w problemach w domu i w budowaniu poczucia własnej wartości.

Profilaktyka nie powinna polegać na mówieniu, że narkotyki są złe i szkodzą, ponieważ zdaniem respondentów to nie działa, a nawet zachęca, żeby zrobić na przekór. Straszanie skutkami uzależnienia w ustach osób, które nigdy nie brały narkotyków i nie są dla młodych ludzi autorytetami, jest niewiarygodne. Mówienie, że kto zaczyna od marihuany na pewno skończy na heroinie, wydaje się po prostu kłamstwem wobec tego, że młodzi ludzie widzą wiele osób sporadycznie palących marihuanę, dobrze funkcjonujących i nie wykazujących symptomów uzależnienia. Pewną przestrogą staje się dopiero spotkanie osób uzależnionych bardzo źle funkcjonujących i zidentyfikowanie z nimi, że tak można skończyć. Albo osób, które poradziły sobie z uzależnieniem i dzięki temu stają się wiarygodne, jeśli mówią o narkotykach i życiu bez nich.

1.9. Ocena systemu wsparcia – wnioski

Klasyczna terapia uzależnienia od alkoholu nastawiona na udział w grupach AA wydaje się nieskuteczna, jeśli chodzi o młodych ludzi. Zachodzi więc potrzeba analizy skuteczności terapii w stosunku do obecnych potrzeb młodych ludzi i potrzeba jej redefinicji, być może na bazie terapii osób uzależnionych od narkotyków. Najskuteczniejsze czynniki leczące to zyskanie świadomości konsekwencji uzależnienia, danie możliwości wzięcia odpowiedzialności za swoje życie i podejmowania autonomicznych decyzji, danie poczucia akceptacji.

Bardzo duże znaczenie odgrywa readaptacja społeczna i postterapia w utrzymaniu dobrego funkcjonowania osób kończących terapię. Duże wsparcie w tym zakresie powinny otrzymać organizacje pozarządowe jako te, które mogą przede wszystkim dostarczyć takiego wsparcia – również w formie zaangażowania danej osoby w realizowanie i kreowanie działań na rzecz innych ludzi. Innymi słowy, organizacje pozarządowe nie są tylko „dostarczycielami” pomocy, ale

aktywizują i umożliwiają kreowanie działań. Organizacje pozarządowe z terenu Gdańska zostały bardzo dobrze ocenione przez respondentów jako te, które odpowiadają na ich potrzeby. Głosy krytyczne padały w stosunku do niektórych placówek służby zdrowia.

Doświadczenia respondentów wskazują, że zanim zaczęli nadużywać alkoholu i narkotyków najskuteczniejszą profilaktyką byłoby pokazanie im innego scenariusza na ich życie – że nie muszą skończyć jak rodzice i znajomi z dzielnicy. Ważne byłoby danie perspektyw na budowanie innego życia – poprzez zainteresowanie kogoś znaczącego ich losem, wsparcie w nauce, a dla obecnych młodych ukierunkowanie zawodowe oraz inne związane z readaptacją społeczną. Zachodzi więc potrzeba uczenia samodzielności i odpowiedzialności, przy jednoczesnym daniu możliwości rozwoju autonomii, co jest szczególnie ważne dla osób w wieku szkolnym.

Najskuteczniejsze i najczęściej wymieniane działania profilaktyczne zarówno przez uzależnionych od alkoholu, jak i narkotyków to: uświadomienie sobie skutków uzależnienia i strat, które się z tego powodu ponosi. Jednak większość osób przekazująca taką informację będzie niewiarygodna. Dlatego respondenci wskazywali, że wiarygodna będzie przede wszystkim osoba uzależniona – albo bardzo źle funkcjonująca i pokazująca na sobie skutki uzależnienia albo taka, która pokonała uzależnienie i może sobą potwierdzić, że istnieje inna droga.

Profilaktyka polegająca na mówieniu, że narkotyki i alkohol są złe i szkodzą nie jest skuteczna w opinii badanych. A jeśli do tego będzie to profilaktyka narzucona obowiązkowo, może przynieść skutek odwrotny od zamierzonego i wywołać działania na przekór. Uważały tak zarówno osoby starsze, jak i młodsze. Działania profilaktyczne powinny odnosić się do realnych problemów, na które odpowiedzią jest nadużywanie substancji, a nie do samego przestrzegania przed używkami. Stąd potrzeba różnego rodzaju wsparcia psychologicznego i warsztatów rozwojowych, ale także w przypadku osób w wieku szkolnym, nawiązywania kontaktu i zainteresowanie ich problemami ze strony osób znaczących, obdarzanych zaufaniem przez uczniów/uczennice (nauczyciele, pedagodzy, trenerzy). Powinni oni móc uzyskać wsparcie w swojej pracy. Oddziaływania profilaktyczne należy zaczynać jak najwcześniej już na etapie szkoły podstawowej, w gimnazjum jest już za późno.

2. Badanie wśród ekspertów i ekspertek – zogniskowane wywiady grupowe

Celem wywiadów pogłębionych było zebranie opinii ekspertów, w tym reprezentantów mieszkańców, dotyczących wyników badania ilościowego, obecnej sytuacji w zakresie uzależnień w Gdańsku, nowych problemów w terapii i profilaktyce uzależnień oraz wynikających z tego rekomendowanych działań dla UM i GCPU. Przeprowadzono dwa wywiady pogłębione (fokusy), w których wzięli udział eksperci i ekspertki z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień oraz reprezentanci mieszkańców dzielnic, w których występuje duży problem uzależnień. Do udziału w badaniu zaproszono szerokie grono osób z głównych placówek i organizacji zajmujących się terapią lub profilaktyką. Zostali oni wskazani przez Zamawiającego. Ostatecznie w wywiadach wzięło udział 12 osób reprezentujących Straż Miejską, Monar, Mrowisko, Towarzystwo Brata Alberta, Stowarzyszenie Integracji Społecznej Klub Abstynenta „Przyszłość”, a także terapeuci prowadzący terapię uzależnień oraz przedstawiciele rad dzielnic.

2.1. Wyniki badań ilościowych a doświadczenie ekspertów

Zaprezentowane wyniki badania były dla wszystkich uczestników bardzo interesujące, szczególnie zaś trend spadkowy dotyczący mniejszej konsumpcji alkoholu przy jednoczesnym notowaniu mniejszej ilości interwencji związanych z piciem alkoholu w miejscach publicznych. Zwrócono uwagę na to, że z roku na rok jest większy obrót i rośnie sprzedaż alkoholu. Może to oznaczać, że zmienił się styl picia i mieszkańcy Gdańska piją droższe alkohole, ale przede wszystkim z tego, że Gdańsk jest miastem turystycznym i do konsumpcji alkoholu dokładają się właśnie turyści. Eksperci byli zdania, raczej mało prawdopodobna jest zamiana alkoholu na uzależnienia behawioralne. Nie wykluczają jednak, że tendencja do uzależnienia od hazardu czy gier komputerowych, Internetu może rosnąć, zwłaszcza wśród młodych ludzi, w związku z tym ten temat wymaga dalszych badań. Przedstawiciele poradni Monaru i Mrowiska potwierdzili, że zgłasza się coraz więcej osób z uzależnieniem od hazardu i komputera.

Wśród komentarzy pojawiła się refleksja, że wzrost częstości brania leków może być spowodowany nie zamiarem uzależniania się, a dużą ilością reklam prezentujących używanie leków jako coś normalnego. Jedna z osób stwierdziła, że szacowała ilość środków psychoaktywnych w przeciętnych polskich domach i wyszło jej, że w każdym jest przynajmniej 30 substancji, którymi można się odurzyć. Wraza też liczba diagnozowanych chorób psychicznych, w tym depresji, stąd zwiększenie zażywania leków antydepresyjnych. Z drugiej strony do Monaru w skali całej Polski nie trafia nikt, kto byłby uzależniony od leków („może jedna osoba, promil”), potwierdzili to terapeuci gdańscy – bardzo rzadko trafiają do nich osoby uzależnione tylko od leków.

Zwrócono również uwagę, że rośnie akceptacja społeczna związana z piciem alkoholu, taki styl życia jest też dodatkowo prezentowany w reklamach (grill, wypoczynek – zawsze z piwem). Eksperti zwrócili również uwagę na strukturę próby, gdzie stosunkowo mało jest osób bezrobotnych czy o niskim dochodzie, a wiele osób deklaruje subiektywne zadowolenie z życia i swojej sytuacji materialnej. Może to oznaczać, że nastąpił wzrost dobrobytu i jakości życia, z drugiej jednak strony klientami poradni uzależnień najczęściej są osoby o niskim statusie materialnym i społecznym, a liczba zgłaszających się pacjentów rośnie.

2.2. Obecna sytuacja w Gdańsku

Terapeuci zauważyli, że notują wzrost osób uzależnionych, które chcą podjąć terapię. Dziennie do WOTUw potrafi przyjść 10 osób na dyżur diagnostyczny. Na terapię grupową intensywną chodzi tygodniowo 120 osób. Ośrodek jest zmuszony doszkalać terapeutów. Zauważalny jest wzrost ilości młodych osób – najczęściej studentów i studentek, co pokrywa się z powszechną obserwacją, że studenci piją dużo, a dodatkowo często palą marihuanę lub biorą amfetaminę i w tej grupie istnieje bardzo duże przyzwolenie na używanie substancji psychoaktywnych.

Dużą liczbę pacjentów potwierdza Monar, który swojego ośrodka w grudniu przyjmuje dopiero osoby z maja. Również do poradni Monaru zgłaszają się osoby, którym w innych ośrodkach wyznaczono odległe terminy. Poradnia Monaru robi wszystko, aby klientów przyjmować z dnia na dzień („abyśmy nie stali się wyselekcjonowaną grupą terapeutów, do których czeka się miesiącami, ważne jest, aby interweniować szybko”) – zostały więc wydłużone godziny pracy placówki i zatrudniona większa ilość pracowników merytorycznych.

Notuje się też duży wzrost uzależnień mieszanych lub krzyżowych – od alkoholu i narkotyków łącznie. Sygnalizowali to wszyscy eksperci. Rośnie liczna uzależnionych kobiet w każdym wieku. Do WOTUwu przychodzi też coraz więcej pijących kobiet, także takich, które zaczęły pić po 50 roku życia, a z kolei do Monaru trafia coraz więcej młodych dziewcząt – kiedyś proporcja była 1 do 30, dziś jest prawie pół na pół.

Jest też coraz więcej zachowań autodestrukcyjnych (samouszkodzenia, cięcie) wśród młodzieży używającej środków psychoaktywnych. Monar prowadzi też w Gdańsku jedyny oddział dla osób z podwójną diagnozą (uzależnienia plus inny rodzaj zaburzeń/chorób psychicznych: zaburzenia osobowości, zaburzenia afektywne, schizofrenia) i liczba tych pacjentów stale się zwiększa. Przybywa też pacjentów uzależnionych z upośledzeniem umysłowym oraz zaburzeniami organicznymi, którzy nie są w stanie uczestniczyć w normalnej terapii. Potrzeba specjalistów,

którzy potrafią się z nimi porozumieć. Wszystkie osoby z tzw. podwójną diagnozą wymagają więcej pracy terapeutycznej, a co za tym idzie ich terapia jest bardziej kosztowna.

2.3. Nowe trendy i wyzwania w terapii

W związku ze zmianami w DSM V, amerykańskiej klasyfikacji diagnostycznej i zapowiadany zmianami w ICD-10 oraz innymi badaniami dotyczącymi uzależnień, zapytano ekspertów o to, czy w ostatnich latach zmieniło się podejście w terapii i z jakim skutkiem. Wskazano następujące zmiany:

- Mrowisko wdrożyło program terapeutyczny dla osób uzależnionych od hazardu – jedną z najważniejszych zmian w DSM V jest wpisanie hazardu jako uzależnienia behawioralnego obok uzależnień od substancji.
- W związku z badaniami Moskalewicza na temat funkcjonowania poradni ambulatoryjnych, Monar położył nacisk na działania readaptacyjne i postterapeutyczne. Dzięki współpracy z wieloma instytucjami prowadzi mieszkania readaptacyjne, hostele, grupy wsparcia postterapeutyczne, obecnie najnowsza – umiejętności wychowawczych dla osób uzależnionych od narkotyków. Finansuje kursy, szkolenia, czesne w szkołach, wyjazdowe warsztaty rozwojowe. Te działania zaowocowały bardzo dużym wzrostem skuteczności działań terapeutycznych (ewaluacja jest prowadzona dwa razy do roku), zmniejszyła się ilość nawrotów, poprawiło się funkcjonowanie społeczno-zawodowe itp.
- Poradnia Monaru wprowadziła program dla osób uzależnionych pod kuratelą sądową. Obecnie coraz więcej osób kontynuuje go dobrowolnie.
- Stowarzyszenie Integracji Społecznej Klub Abstynenta „Przyszłość” wprowadziło w ramach postterapii warsztaty rozwojowe, które uczą rozwiązywania problemów zamiast uciekania w substancje psychoaktywne. Warsztaty te cieszą się ogromnym powodzeniem.]
- Odchodzi się od terapii obliczonej na zachowywanie całkowitej abstynencji. Eksperci potwierdzili, że prowadzą terapię nastawioną na potrzeby klienta – jeśli klient chce jedynie ograniczyć używanie substancji psychoaktywnych, nad tym się pracuje. Zasadą terapii jest realizowanie celów klienta, a nie terapeuty. („W terapii chodzi o to, żeby każdy znalazł swoją drogę jakakolwiek by ona nie była”).
- Towarzystwo Brata Alberta w swoich placówkach wdrożyło program redukcji szkód – otworzyło domy dla osób, które nie są w stanie zachować całkowitej abstynencji. W pozostałych placówkach na skutek oddziaływań profilaktycznych notuje się mniej „wpadek” (przebywania pod wpływem alkoholu w schronisku) w ciągu tygodnia, choć osoby wypisują się częściej na weekendy. Osiągnięto jednak efekt ograniczenia picia wśród

klientów placówek. Zauważono też, że osoby w placówkach, gdzie jest nakaz abstynencji i które w wieku 70 lat odstawiły całkowicie alkohol, bardzo szybko uzależniają się od leków (bo wszystko zaczyna je boleć) i w ciągu następnego roku umierają. W związku z tym pojawia się dylemat moralny, czy motywować tak jak dotąd do całkowitego odstawienia alkoholu. Drugą kwestią jest cel programu readaptacji – jeśli zakłada się, że celem jest przywrócenie do społeczności i normalności, to powstaje pytanie o zasadność zachowywania abstynencji. W społeczeństwie czymś naturalnym jest wypicie piwa, a w placówkach dla osób bezdomnych za wypicie jednego piwa usuwa się taką osobę ze schroniska.

- Do Monaru zgłasza się coraz więcej młodych osób z uzależnieniem od alkoholu, które nie chcą podjąć terapii w programie oferowanym przez gdańskie placówki leczenia uzależnienia od alkoholu. Są tego trzy główne przyczyny: po pierwsze są to osoby przed 30 rokiem życia, a w tamtych placówkach dominują osoby po 30-stce i starsze z zupełnie innymi doświadczeniami. Po drugie stosowana tam terapia jest bardzo obciążająca czasowo – przez 6 tygodni zajęcia są od rana do wieczora, a część osób nie może sobie pozwolić na taką przerwę w pracy lub w szkole. Wolą więc terapię ambulatoryjną 2-3 razy w tygodniu oferowaną przez Monar. Po trzecie założenia terapii, w której całe życie pozostaje się osobą uzależnioną i zawsze swoje przedstawienie należy zaczynać od formułki „Nazywam się A. Jestem alkoholikiem. Nie piję od X lat.” jest dla młodych ludzi obciążające stygmatem, którego nie chcą przyjąć. Terapia oferowana przez Monar i Mrowisko opiera się na innych zasadach. Główną różnicą jest niepodzielanie poglądu, że nie można przestać być osobą uzależnioną oraz że trzeba zachowywać całkowitą abstynencję przez całe życie. Reprezentanci Monaru, Mrowiska i Towarzystwa Brata Alberta wskazali, że „trudno jest rozwinąć skrzydła, jak się niesie taki krzyż na plecach”. Wskazywali na przykłady pacjentów kiedyś uzależnionych od heroiny, którzy musieli w celach leczniczych zażywać morfinę i nie powodowała ona nawrotu. Podkreślano, że najważniejsze jest przepracowanie trudności, z powodu których zażywało się substancje psychoaktywne. Jeden z terapeutów wskazał na swoje doświadczenie, że lepsze wyniki w terapii młodych ludzi osiąga, nie używając nawet terminu „uzależnienie”, a tym bardziej „narkoman” czy „alkoholik” i woli określać zjawisko uzależnień jako używanie substancji w sposób, który szkodzi i utrudnia dobre funkcjonowanie. Skonkludowano jednak, że terapia w duchu AA i AN też jest dla części osób skuteczna, a więc oferta terapeutyczna powinna być różnorodna tak, aby każdy mógł ją dopasować do potrzeb.

2.4. Zróźnicowanie dzielnicowe Gdańska

Generalnie punktami, gdzie dochodzi do największej ilości interwencji i które są najbardziej niebezpieczne, jeśli chodzi o uzależnienia to Śródmieście w Gdańsku i Sopot. Tam jest najwięcej klubów i dyskotek, tam spożywa się największe ilości alkoholu, a także handluje narkotykami, tam też ściągają turyści. Pozostałe dzielnice zostały określone jako sypialnie. Wskazano również dzielnice, gdzie tradycyjnie mieszka najwięcej osób z problemem alkoholowym: Orunia, Stogi, Dolne Miasto, stąd też zagrożenie dziedziczeniem uzależnień i statusu społecznego przez młodzież.

Wnioski i rekomendacje

W oparciu o przedstawiony w rozdziale III materiał, zgromadzony w przeprowadzonym postępowaniu badawczym, można sformułować kilka końcowych wniosków wraz z rekomendacjami odnoszącymi się bezpośrednio do obszaru praktyki społecznej. Oto one:

1. Obserwuje się wzrost uzależnień od alkoholu i narkotyków jednocześnie (mieszanych lub krzyżowych), w tym także nadużywania dopalaczy. Szczególnie jest to widoczne u młodych ludzi, którzy znacznie rzadziej są uzależnieni tylko od alkoholu. Jednocześnie terapia oferowana w placówkach zajmujących się leczeniem alkoholizmu wydaje się być niedopasowana do potrzeb młodych ludzi, którzy odrzucają jej założenia i w związku z tym jest dla nich nieskuteczna.

Rekomendacja: Zachodzi potrzeba ściślejszej współpracy pomiędzy jednostkami zajmującymi się alkoholizmem i narkomanią, która byłaby odpowiedzią na nowe zjawiska. Konieczna jest refleksja nad oddziaływaniami terapeutycznymi skierowanymi do młodych ludzi, szczególnie w placówkach specjalizujących się w leczeniu alkoholizmu. Refleksja ta powinna brać pod uwagę najnowsze badania naukowe dotyczące uzależnień oraz skuteczności terapii, doświadczenia specjalistów oraz potrzeby pacjentów. Na podstawie wyników zaprezentowanych w niniejszym raporcie można stwierdzić, że konieczna jest redefinicja terapeutycznych oddziaływań m.in. poprzez:

- ujednoczenie grup wiekowych tak, aby powstały osobne grupy terapeutyczne dla osób młodych,
- umożliwienie korzystania z terapii osobom, które chcą ją połączyć z pracą lub szkołą,
- wypracowanie alternatyw dla modelu terapii bazującego na filozofii AA (zakładającego m.in. że alkoholikiem, narkomanem jest się zawsze, na całe życie).

2. Obserwuje się pewien wzrost liczby osób uzależnionych od hazardu i komputera. Rozpowszechnienie uzależnień behawioralnych wymagałoby jednak osobnych badań.

Rekomendacja: Należy już teraz włączyć przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym w politykę miejską po to, aby przygotować działania profilaktyczne i terapeutyczne odpowiadające potrzebom tej grupy. Do ustalenia ram i kierunków polityki konieczne

wydaje się przeprowadzenie badań nad specyfiką i rozpowszechnieniem tego typu uzależnień na terenie Gdańska.

3. Jako jedna z istotnych grup nadużywających substancji psychoaktywnych zostali wskazani studenci i studentki.

Rekomendacja: Należy podjąć działania profilaktyczne skierowane specyficznym do studentów i studentek we współpracy z uczelniami wyższymi.

4. Rośnie liczba kobiet i dziewcząt zgłaszających się na terapię uzależnień. Ich uzależnienie bywa zaskoczeniem dla otoczenia, ponieważ wiele z nich ukrywa swoje problemy, pracuje, dobrze się uczy i pozornie dobrze funkcjonuje.

Rekomendacja: Bardzo ważne jest przygotowanie programów profilaktycznych, które będą adresowane do kobiet i będą uwzględniały specyficzne potrzeby tej grupy (m.in. nacisk na samoakceptację, asertywność, umiejętności społeczne związane z wyrażaniem emocji i dobre funkcjonowanie w sferze publicznej). Bardzo ważne jest też przygotowanie nauczycieli, pedagogów, trenerów i innych osób znaczących do udzielania wsparcia młodym dziewczętom.

5. Ustalenia poczynione w trakcie wywiadów z osobami, które doświadczyły uzależnienia wskazują, że z różnych przyczyn nie są to osoby, które same zgłoszą się po pomoc. Osoby biorące udział w tym badaniu, nadużywające substancji, nie otrzymywały w dzieciństwie od matki i ojca rodzicielskiego wsparcia (rodzice sami są uzależnieni, w depresji, ojciec się nie interesuje itp.), ale pochodziły z domów zarówno o niskim, jak i wysokim statusie społecznym. Profilaktyka oparta na założeniu, że należy przedstawiać alkohol i narkotyki jako „złe”, zdaniem badanych była nieskuteczna, a jeśli do tego czuli się zmuszeni do udziału w zajęciach profilaktycznych, wywoływały one w nich chęć działania na przekór. Jako najskuteczniejszą profilaktykę, której sami doświadczyli, wskazali uświadomienie sobie konsekwencji uzależnienia poprzez kontakt z osobą uzależnioną, która albo bardzo źle funkcjonuje albo też z taką, która bardzo źle funkcjonowała, ale obecnie prowadzi normalne życie.

Rekomendacja: Profilaktyka uzależnień powinna być prowadzona w sposób wiarygodny i uwzględniający potrzeby młodych ludzi. W działaniach powinno się aktywnie wychodzić do osób zagrożonych uzależnieniem, w taki sposób, aby zainteresować ich, porozumieć się z nimi ich językiem. Dla osób pochodzących w rodzinie źle funkcjonujących, warto od razu

wdrażać programy readaptacji społecznej, pokazywać, że inny scenariusz życia jest możliwy. Pozostałych wspierać w radzeniu sobie z trudnościami, emocjami, rozbudzać w nich pasję, w większości przypadków nie liczyć na zmianę w rodzinie pochodzenia, należy zatem raczej wzmacniać samodzielność i uczyć zaspokajania potrzeb emocjonalnych w konstruktywny sposób. Oddziaływania profilaktyczne i readaptacyjne należy zaczynać bardzo wcześnie, już na poziomie szkoły podstawowej (w gimnazjum często jest już na to za późno).

6. Dla skuteczności oddziaływań terapeutycznych niezwykle istotne są programy postterapii i readaptacji społecznej (warsztaty rozwojowe, grupy rozwojowe, nauki umiejętności społecznych, mieszkania readaptacyjne). Programy postterapii dla młodych osób uzależnionych od alkoholu nie mogą opierać się tylko na ruchu AA, który z różnych przyczyn (wiek i doświadczenie osób w nim działających oraz jego filozofia) nie trafia do młodych osób.

Rekomendacja: Należy wspierać programy postterapii i readaptacji prowadzone przez organizacje i instytucje pracujące na rzecz osób uzależnionych i zakorzenione w środowisku, w którym takie osoby przebywają. Szczególnie istotne jest stworzenie oferty postterapeutycznej dla młodych osób wychodzących z uzależnienia.

7. Z uwagi na specyfikę prowadzenia terapii uzależnień w ośrodkach, do Gdańska często migrują osoby z innych miejsc Polski. Przyjeżdżają także osoby, które wyrwały się ze swoich środowisk zagrożonych uzależnieniem i przyjechały do Gdańska w poszukiwaniu perspektyw na przyszłość.

Rekomendacja: Zarówno programy terapeutyczne, jak i postterapeutyczne powinny być dostępne również dla osób niezameldowanych w Gdańsku, choć tutaj zamieszkujących.

8. Istnieją specyficzne grupy osób uzależnionych, którym łatwiej będzie korzystać ze wsparcia poprzez organizacje w nim wyspecjalizowane. Taką grupą są osoby bezdomne, dla których prowadzone jest wsparcie w zakresie uzależnień. Inną grupą, która pojawiła się w badaniu są osoby LGBT (lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe), które mogą obawiać się korzystania z ogólnodostępnych form wsparcia. Lęk ten wynika z niepewności czy jako nieheteroseksualne zostaną zaakceptowane i zrozumiane zarówno przez terapeutę, jak i uczestników terapii grupowej. Inną grupą, która nie pojawiła się w badaniu, ale także

może się obawiać kontaktu z poradnią są migranci (np. osoby o nie-białym kolorze skóry lub pochodzenia ukraińskiego).

Rekomendacja: W planowaniu działań profilaktycznych należy wziąć pod uwagę specyfikę różnych grup mieszkańców miasta, m.in. osób LGBT i migrantów. Działania skierowane do tych grup muszą być prowadzone przy wsparciu specjalistów działających na rzecz takich grup (np. organizacji pozarządowych).

9. Brakuje przejrzystego systemu informacji o działaniach prowadzonych w zakresie profilaktyki uzależnień w Gdańsku. Nie do końca więc wiadomo co gdzie się dzieje, jakie są problemy i kto odpowiada za ich rozwiązanie. Niejasna jest rola GCPU. Utrudnia to współdziałanie specjalistów i podejmowanie wspólnych działań na rzecz profilaktyki. Nie ma też dostępnej i przejrzystej informacji dla mieszkańców, gdzie w obrębie miasta mogą szukać pomocy (np. w postaci strony internetowej).

Rekomendacja: Konieczne jest usprawnienie przepływu informacji w obrębie wszystkich interesariuszy (m.in. WRS, GCPU, Straż Miejska, Policja, organizacje pozarządowe, poradnie, rady dzielnic, szkoły). Koordynowanie informacji powinno leżeć po stronie Miasta jako głównego interesariusza kształtującego politykę miejską w tym zakresie. Ciałem koordynującym wymianę informacji powinno zostać GCPU. Konieczne jest też stworzenie profesjonalnej (przejrzystej, łatwiej do aktualizowania, estetycznej) i łatwo dostępnej strony internetowej dla mieszkańców, którzy szukają pomocy z zakresie uzależnień. Strona powinna być prowadzona przez ciało koordynujące wymianę informacji.

10. Niejasna jest misja i rola GCPU w systemie przeciwdziałania uzależnieniom w Gdańsku. Jako urząd GCPU nie powinno zajmować się oddolną realizacją programów profilaktycznych, tylko być instytucją koordynującą politykę miejską w tym zakresie i ułatwiającą wszystkim interesariuszom wykonywanie ich zadań. Nie powinno być konkurencją ani jeśli chodzi o środki, ani o realizację projektów.

Rekomendacja: GCPU powinno jasno określić swoją misję, rolę i zakres działań. Jako instytucja wysoko umocowana powinno podejmować zadania na wyższym szczeblu niż szczebel realizatora profilaktyki. Być może powinno koordynować lokalną politykę w zakresie uzależnień w oparciu o kontakt ze wszystkimi interesariuszami i stanowić centrum wymiany i przepływu informacji. Wymagałoby to zbudowania przez GCPU

autorytetu jako organizacji działającej na rzecz pozostałych interesariuszy i nie będącej konkurencją. GCPU powinno więc facylitować pracę pozostałych interesariuszy, czyli wspierać ich działania zależnie od potrzeb.

11. W Gdańsku brakuje przejrzystego systemu finansowania działań profilaktycznych. Środki na profilaktykę ulegają sukcesywnemu pomniejszeniu – są one albo przesuwane na działania, które nie są profilaktyką albo też nie ma informacji, co się z nimi dzieje. W związku z finansowaniem działań, które są dalekie od profilaktyki, takich np. jak organizacja wypoczynku czy zajęcia sportowe, brakuje środków na działania profilaktyczne podejmowane przez organizacje wyspecjalizowane w tym zakresie.

Rekomendacja: Pieniądze alkoholowe nie powinny być pomniejszane, a jeśli z jakiś powodów muszą, powinna być dostępna czytelna informacja, na co zostały skierowane te środki. Pieniądze alkoholowe powinny być wydawane na profilaktykę. Na pozostałe cele społeczne wymagające wsparcia finansowego, powinny być przeznaczone pieniądze z innych źródeł.

12. Rosną wymagania dotyczące jakości udzielanego wsparcia przy ograniczaniu środków na te cele. Wymagania te dotyczą standardu lokali (przy braku środków na remonty i adaptacje), jakości udzielanego wsparcia (wymogi dla realizatorów w postaci dodatkowych certyfikatów, kursów szkoleniowych przy braku środków na doszkalanie i superwizje), zwiększanej z roku na rok sprawozdawczości (przy braku środków na zatrudnienie osoby prowadzącej tak rozbudowaną sprawozdawczość).

Rekomendacja: Wprowadzanie nowych wymagań powinno być dostosowane do możliwości realizatorów i środków miejskich, które umożliwiłyby realizatorom podwyższenie standardu usług. Powinno się też ograniczać sprawozdawczość tylko do tej naprawdę niezbędnej oraz wprowadzić dodatkowe możliwości dofinansowania specjalistycznych szkoleń dla terapeutów.

13. Miasto podejmuje próby monitorowania zleconych podmiotom zadań w sposób nie dający możliwości oceny badanych procesów (brak możliwości porównań, niedostosowane do działań narzędzia ewaluacyjne) i jednocześnie obciążający realizatorów pracą, w której nie widzą oni sensu. Skutkiem ubocznym, ale istotnym, takiego postępowania jest rosnąca frustracja realizatorów i spadek motywacji do wykonywania swojej pracy.

Rekomendacja: Konieczne jest przekształcenie 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. Być może wypracowaniem takiego systemu mogłoby się zająć GCPU.

14. Pozytywną zmianą w finansowaniu zadań dla organizacji pozarządowych było wprowadzenie umów wieloletnich, co zapewniło stabilność i ciągłość pracy. Wciąż jednak nie rozwiązany jest problem finansowania kosztów od 1 stycznia, bo umowy są podpisywane dopiero w marcu, a więc w grudniu trzeba zwalniać pracowników. Terapia i inne działania pomocowe muszą być prowadzone w sposób ciągły i stabilny, żeby przyniosły pożądany efekt. Innym nierozwiązanym do tej pory problemem jest kwestia faktur z przełomu roku np. za ogrzewanie.

Rekomendacja: Konieczne jest utrzymanie umów wieloletnich. Powinno się też dołożyć wszelkich starań, aby umowy podpisać przed rozpoczęciem nowego roku i rozwiązać problem rozliczenia rachunków datowanych na przełom roku.

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 zadziało 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. Jakie działania podejmowane przez Urząd Miasta są szczególnie istotne?
5. Czy nastąpiła jakaś zmiana na plus lub na minus od 2011 roku we wsparciu organizacji pozarządowych działających w obszarze profilaktyki przez Urząd Miasta?
6. Jak UM może wesprzeć Państwa działalność we wspólnym celu ograniczenia uzależnień w Gdańsku?
7. Czy są dzielnice w Gdańsku szczególnie niebezpieczne pod kątem uzależnień?
8. Czy znana jest Panu/Pani działalność Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień?
9. Jakie działania mogłoby podjąć GCPU, aby Pana/Pani zdaniem skutecznie przeciwdziałać uzależnieniom? W poszczególnych dzielnicach Gdańska?
10. Czy zauważyliście Państwo nowe problemy do rozwiązania w ramach przeciwdziałania uzależnieniom? W kontekście zmian w DSM V?

Kwestionariusz użyty w badaniu ilościowym

Szanowni Państwo,

Zakład Realizacji Badań Społecznych na zlecenie gminy Miasta Gdańska oraz Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień prowadzi badania socjologiczne wśród 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 poprzez zakreślanie ich numerów. *Gorąco prosimy o wypełnienie ankiety. Dziękujemy!*

<p>Na początek chcielibyśmy zapytać o spożycie piwa przez Pana(ią)</p> <p>1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 4.</i></p>	<p>2. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>3. Ile piwa wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kufła piwa (0,5 litra)?</p> <p>1. w ogóle nie piję piwa 2. jeden kufel lub mniej 3. około 2 kufli 4. około 3 kufli 5. około 4 kufli 6. powyżej 4 kufli</p>
<p>4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 7.</i></p>	<p>5. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>6. Ile wina (szampana) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji, posługując się miarą lampki wina (100 ml)?</p> <p>1. w ogóle nie piję wina 2. jedną lampkę lub mniej 3. około 2 lampek 4. około 3 lampek 5. około 4 lampek 6. powyżej 4 lampek</p>
<p>7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę (lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak)?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 10.</i></p>	<p>8. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>9. Ile wódki (koniaku, whisky) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kieliszka (50 ml)?</p> <p>1. w ogóle nie piję wódki 2. jeden kieliszek lub mniej 3. około 2 kieliszków 4. około 3 kieliszków 5. około 4 kieliszków 6. powyżej 4 kieliszków</p>

<p>10. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek uspokajający lub nasenny ?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 12.</i></p>	<p>11. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) leki uspokajające lub nasenne?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>		
<p>12. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek, wydawany bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 14.</i></p>	<p>13. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) takich leków?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>		
<p>14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 16.</i></p>	<p>15. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>		
<p><i>Chcielibyśmy teraz zapytać o obserwacje, osobiste doświadczenia i odczucia związane ze spożywaniem alkoholu w różnych sytuacjach.</i></p>			
<p>16. Czy zdarzyło się, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy:</p>	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	
<p>A teraz chcielibyśmy zapytać o osobiste doświadczenia.</p>	tak	nie	nie pamiętam, nie jestem pewien
<p>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że...</p> <p>9. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem alkoholu?</p>	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

W czasie ostatnich 12 miesięcy	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
17. Czy w Pana(i) <u>najbliższej rodzinie</u> jest ktoś, kto Pana(i) zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)? 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie	18. Czy wśród Pana(i) <u>najbliższych znajomych, przyjaciół</u> jest ktoś, kto Pana(i) zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)? 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie				
19. Czy w Pana(i) <u>najbliższej rodzinie</u> jest ktoś, o kim Pana(i) wie, że zażywa narkotyki (np. marihuanę, amfetaminę lub inne)? 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie	20. Czy wśród Pana(i) <u>najbliższych znajomych, przyjaciół</u> jest ktoś, o kim Pan(i) wie, że zażywa narkotyki (np. marihuanę, amfetaminę lub inne)? 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie				
21. Jak Pan(i) sądzi, jak wielu Pana(i) znajomych używa poniższych substancji?	nikt	nie więcej niż kilku	około połowy	większość	wszyscy
1. marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5
2. LSD	1	2	3	4	5
3. grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5
4. ecstazy	1	2	3	4	5
5. amfetamina	1	2	3	4	5
6. kokaina	1	2	3	4	5
7. crack	1	2	3	4	5
8. heroina	1	2	3	4	5
9. polska heroina, tzw. „kompot”	1	2	3	4	5
10. sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5
11. GHB (pigulka gwałtu)	1	2	3	4	5
12. substancje wziewne (np. kleje, farby)	1	2	3	4	5
13. leki uspokajające i nasenne dostępne tylko na receptę przyjmowane bez przepisu lekarza	1	2	3	4	5
22. Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?					

<p>23. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu(i), że lekarz pierwszego kontaktu podczas Pana(i) wizyty w przychodni zapytał Pana(ią) o to, czy nadużywa Pan(i) alkoholu?</p> <p>1. nie byłem(a) u lekarza w tym okresie 2. tak, lekarz zadał takie pytanie 3. nie, lekarz nie zadał takiego pytania 4. nie pamiętam</p>	<p>24. Jak Pan(i) sądzi, czy picie alkoholu nawet w niewielkich ilościach przez kobiety ciężarne może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci?</p> <p>1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie</p>
--	--

Uwaga: pytania 25 – 27 są skierowane wyłącznie do Pań, Panów prosimy o przejście do pytania 28.

<p>25. Czy w ciągu ostatnich 4 lat była Pani w ciąży?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 28.</i></p>	<p>26. Czy podczas ciąży piła Pani alkohol?</p> <p>1. tak 2. nie 3. nie pamiętam</p>
--	---

27. Czy podczas wizyty u lekarza położna lub lekarz rozmawiali z Panią na temat spożywania alkoholu podczas ciąży?

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

28. Jak często zdarza się Panu(i):	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/krzyżeć 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/krzyżeć na współmałżonka, partnera/partnerkę	1 (nie ma 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/partnerkę	1 (nie ma współmałżonka/partnera)	2	3	4	5	6	7
7. podnosić głos/krzyżeć 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

29. Prosimy ustosunkować się do poniższych stwierdzeń:	zdecydowanie się zgadzam	raczej się zgadzam	raczej się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
1. Istnieją okoliczności, które usprawiedliwiają przemoc w rodzinie	1	2	3	4
2. Bite kobiety są współodpowiedzialne za przemoc w rodzinie	1	2	3	4
3. Lepiej się nie wtrącać, bo można jeszcze bardziej zaszkodzić osobie pokrzywdzonej	1	2	3	4
4. Lepiej się nie wtrącać, bo można potem samemu mieć kłopoty	1	2	3	4
30. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do <u>przemocy fizycznej</u> (np. bicia, szarpania, popychania)? 1. nigdy 2. raz 3. kilka razy 4. wiele razy	31. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do <u>przemocy psychicznej</u> (np. wyzwiska, przeklinanie, groźby, szantaż)? 1. nigdy 2. raz 3. kilka razy 4. wiele razy			

<i>Chcielibyśmy poprosić Pana(nią) o podzielenie się swoimi opiniami dotyczącymi problemu narkomanii.</i>						
32. W jakim stopniu zgadza się Pan(i) lub nie zgadza z poniższym stwierdzeniem:	zdecydowanie się zgadzam	raczej się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	raczej się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam	nie wiem, trudno powiedzieć
Używanie marihuany lub haszyszu powinno być dozwolone	1	2	3	4	5	6
33. Jak Pana(i) zdaniem należałoby ocenić zachowanie 18-latką, który od czasu do czasu:	zdecydowanie potępiam	raczej potępiam	raczej nie potępiam	zdecydowanie nie potępiam	trudno powiedzieć	
1. pali papierosy	1	2	3	4	5	
2. pali marihuanę	1	2	3	4	5	
3. pije piwo	1	2	3	4	5	
4. pije wino	1	2	3	4	5	
5. pije wódkę	1	2	3	4	5	
6. używa ecstazy	1	2	3	4	5	
7. używa amfetaminy	1	2	3	4	5	
8. używa kokainy	1	2	3	4	5	
9. używa heroiny	1	2	3	4	5	
10. używa dopalaczy	1	2	3	4	5	
34. Jak bardzo, Pana(i) zdaniem ludzie ryzykują, że sobie zaszkodzą (zdrowotnie lub w inny sposób) jeśli:	nie ma ryzyka	małe ryzyko	umiarkowane ryzyko	duże ryzyko	nie wiem	
1. palą papierosy od czasu do czasu	1	2	3	4	5	
2. palą 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. palą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	1	2	3	4	5	
8. palą 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	

Na koniec prosimy jeszcze o kilka informacji o Panu/Pani
– są one niezbędne do statystycznego opracowania wyników naszych badań

M1. Proszę zaznaczyć swoją płeć 1. kobieta 2. mężczyzna	M2. W którym roku się Pan(i) urodził(a)? 	M3. Jakie ma Pan(i) wykształcenie? 1. niepełne podstawowe 2. podstawowe 3. gimnazjalne 4. zasadnicze zawodowe 5. niepełne średnie, policealne 6. średnie 7. pomaturalne 8. niepełne wyższe 9. wyższe
M4. Jaki jest Pana(i) stan cywilny? 1. kawaler/panna/singielk(ka) 2. żonaty/zamężna/w stałym związku 3. rozwiedziony/rozwiedziona 4. wdowiec/wdowa	M5. Czy ma Pan(i) dzieci na utrzymaniu? 1. nie 2. tak, 1-2 dzieci 3. tak, 3-4 dzieci 4. tak, więcej niż czworo dzieci	
M6. Jakie są łączne miesięczne dochody netto (na rękę) w Pana(i) gospodarstwie domowym? 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	M7. Jaki jest Pana(i) status zawodowy? 1. jestem osobą pracującą zawodowo 2. jestem osobą bezrobotną --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i> 3. jestem osobą niepracującą, nieposzukującą pracy --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i> 4. jestem uczniem/studentem --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i> 5. jestem emerytem --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i> 6. jestem rencistą --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i>	
	M8. Jakie ma Pan(i) stanowisko? 1. szeregowie 2. kierownicze 3. samodzielne	
M10. Czy, ogólnie biorąc, jest Pan(i) zadowolony(a) ze swego życia? 1. bardzo zadowolony(a) 2. raczej zadowolony(a) 3. różnie bywa – czasem tak, czasem nie 4. raczej niezadowolony(a) 5. bardzo niezadowolony(a)	M9. Jak ocenia Pan(i) atmosferę panującą w Pana(i) domu? 1. bardzo dobra 2. raczej dobra 3. różnie bywa, czasem dobra, czasem zła 4. raczej zła 5. bardzo zła	
	M11. Czy jest Pan(i) osobą 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!

Bibliografia

- Abucewicz M., 2005, *Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej. Część pierwsza: okres międzywojenny.*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 3.
- Andrzejczyk Cz., Indulski J.A., Worach-Kardas H., 1996, *Dynamika i zróżnicowanie przestrzenne umieralności przedwojennej populacji w wieku produkcyjnym – przesłanki do pogłębionych badań przyczyn i uwarunkowań tego zjawiska*, „Medycyna Pracy” nr 6.
- Andrzejewska E., 1986, *Narkomania w Polsce* [w:] Strzelecki Z., Wrzeszcz M., Ziółkowski Z. (red.), 1986, *Alkohol, narkotyki, tytoń. Skutki demograficzne w Polsce*, Warszawa.
- Brosz M., Strzałkowska A., Tobis T., 2011, *ESPAD 2011, Raport z badań socjologicznych*, dostępny na stronie internetowej GPCU: <http://www.gcpu.pl/index.php/do-pobrania/badania-i-raporty/download/3-badania-i-raporty/6-raport-z-badan-socjologicznych-espad-2011-gdansk>.
- Brosz M., Załęcki J., 2014, *Jakość życia w Gdańsku. Studium jakości życia. Raport z badań przeprowadzonych wśród mieszkańców Gdańska*, Gdańsk.
- Bukowska B., 2007, 4.2. *Zadania ustawowe gminy oraz kierunki wyznaczone przez Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010* [w:] *Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii*, Warszawa.
- Bukowska B., Jabłoński P., Sierosławski J. (red.), 2008, *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*, Warszawa.
- Bykowska B., Załęcki J., 2005, *Wybrane zjawiska patologii społecznej wśród młodzieży z peryferyjnych dzielnic Gdańska*, Gdańsk.
- Cekiera Cz., 2001, *Ryzyko uzależnień*, Lublin.
- Chaciński B., 2010, *Dzieje na haju. Historia środków odurzających*, dostęp online: <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1509662,1,historia-srodkow-odurzajacych.read?print=true>.
- Co jest starsze: koka czy kokaina?*, dostęp online: <https://www.focus.pl/artykul/co-jest-starsze-koka-czy-kokaina>.
- Collin M., Godfrey J., 2006, *Odmienne stany świadomości. Historia kultury extasy i acid house*, Warszawa.
- Dąbrowski G., 2006, *Rytuály przejścia a użycie substancji psychoaktywnych*, Wrocław.
- Diagnoza problemu narkotyków i narkomanii oraz ewaluacja Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Raport z badań socjologicznych*, 2015, Gdańsk.
- Dymek-Balcerek K., 2001, *Patologie zachowań społecznych. Rzeczywistość przełomu wieków XX i XXI. Narkomania-alkoholizm-samobójstwa-grupy subkulturowe-sekty*, Radom.
- Encyklopedia Powszechna PWN*, dostęp online: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/nerwowy-uklad;3946771.html>.
- Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną*, Gdańsk., 2015, Gdańsk.
- Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia*, dostęp online: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001PLN_PDF.
- Fatyga B., 2002, *Style życia uczniów gimnazjów* [w:] Fatyga B., Rogala-Oblędowska J., 2000, *Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych*, Warszawa.
- Holzer J. Z., 1999, *Demografia*, Warszawa.
- Jerzykiewicz J., 2007, *Alkaloidy roślin z rodziny psiankowatych (Solanaceae)*, „Postępy biochemii” nr 3 (53).
- Jędrzejewski M., 1999, *Młodzież a subkultury*, Warszawa.
- Kaczmarczyk P. (red.), 2008, *Współczesne migracje zagraniczne Polaków. Aspekty lokalne i regionalne*, Warszawa.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków-Warszawa.
- Krajowy Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010*, przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r., Dz. U. Nr 143, poz. 1033.
- Kurkowska A., 2011, *Wskaźniki społeczne w polityce społecznej. Historia, teoria i zastosowanie w praktyce*, Warszawa.
- Kuźnicka B., 1992, *Znaczenie roślin halucynogennych w polskich tradycjach kulturowych: zarys problematyki*, „Analecta” nr 1/1.
- McWhirter J.J., McWhirter B., McWhirter A.M., McWhirter E.H., 2005, *Zagrożona młodzież*, Warszawa.
- Malczewski A., Struzik M., 2012, *Używanie substancji psychoaktywnych w Polsce*, „Serwis informacyjny NARKOMANIA” nr 2 (58).
- Malczewski A. (red.), 2013, *Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii*, Warszawa.
- Michalski T., 2007, *Ewaluacja programów zleconych przez Urząd Miasta Gdańska w 2007 roku, pod kątem świadczeniobiorców: program diagnostyczny w kierunku zwiększenia skuteczności wykrywania gruźlicy; program wyszczepiania przeciw grypie osób po 60 roku życia; program dofinansowania rehabilitacji dla osób po 50 roku życia z dysfunkcją narządów ruchu; program przygotowania kobiety ciężarnej do porodu; program interwencji antynikotynowej skierowany do przyszłych matek, kobiet w wieku rozrodczym i młodych kobiet w wieku 15–18 lat; program badań profilaktycznych w kierunku nowotworu dolnego odcinka przewodu pokarmowego; program edukacji na temat zaburzeń odżywiania wśród młodzieży (szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych)*; maszynopis, Gdańsk (tekst dostępny w: WPS UMG).

- Michel M., 2001, *Znaczenie grupy rówieśniczej w konsumpcji substancji psychoaktywnych* [w:] Urban B. (red.), 2001, *Spoleczne konteksty zaburzeń w zachowaniu*, Kraków.
- Molenda J., 2016, *Historia używek. Rośliny, które uzależniły człowieka*, Warszawa.
- MONAR – *Historia*, informacja dostępna online na stronie internetowej MONAR: <http://www.monar.org/onas/historia>.
- Pękacka-Falkowska T., 2018, *Geneza medycyny. Nowożytność.*, dostęp online: http://www.medycynapolska.eu/default_003.html.
- Poland. Country Drug Report 2018*, dostęp online: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/poland>.
- Pospiszyl I., 2009, *Patologie społeczne. Resocjalizacja*, Warszawa.
- Pstrąg D., 2000, *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*, Rzeszów.
- Rokicki P., 2018, *Ziololecznictwo w średniowieczu*, dostęp online: https://www.doz.pl/czytelnia/a1113-Ziololecznictwo_w_sredniowieczu.
- Rószkiewicz B., Perek-Białas J., Węziak-Białowska D., Zięba-Pietrzak A., 2013, *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych. Rekomendacje i praktyka badawcza*, Warszawa.
- Sierosławski J., *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w 2015 r.*, dostęp online: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=907006>.
- Strzelecki Z., Wrzeszcz M., Ziółkowski Z. (red.), 1986, *Alkohol, narkotyki, tytoń. Skutki demograficzne w Polsce*, Warszawa *Tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Podręcznik*, Warszawa.
- Urban B. (red.), 2001, *Spoleczne konteksty zaburzeń w zachowaniu*, Kraków.
- Wiśniewski P., 1999, *Jak uchronić dziecko od narkotyków i alkoholu. Poradnik dla pedagogów, nauczycieli, rodziców*, Warszawa.
- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010, Gdańsk.
- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2015, Gdańsk.

WYKORZYSTANE STRONY INTERNETOWE:

- <http://stat.gov.pl/metainformacje/sloownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/184,pojecie.html>.
- <http://stat.gov.pl/metainformacje/sloownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/2390,pojecie.html>.
- <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-ludnosci/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2014,11,1.html>.
- <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-dla-powiatow-i-miast-na-prawie-powiatu-oraz-podregionow-na-lata-2014-2050-opracowana-w-2014-r-,5,5.html>.
- http://wup.gdansk.pl/rynek_pracy/artukul/rynek-pracy-województwa-pomorskiego-wedlug-powiatow-archiwum.html
- <http://www.gdansk4u.pl/uploads/RaportzbaturystykagdaskaIVkwarta2014r.wersjazpodsumowaniem.pdf>.
- http://www.gdansk4u.pl/uploads/www.gdansk.pl_53455.pdf.
- <http://www.nordaforum.pl>.