

**UCHWAŁA NR
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO**

z dnia 2026 r.

w sprawie przyjęcia „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030”

Na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151) oraz art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030”, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązywania od dnia 1 stycznia 2026 r.

Załącznik do uchwały nr

Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego

z dnia.....2026 r.

**WOJEWÓDZKI PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH
ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM
NA LATA 2026-2030**

Toruń, 2026

SPIS TREŚCI

I. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU

II. DIAGNOZA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UZALEŻNIENIAMI.....

1. Diagnoza problemów alkoholowych

- 1.1. Skala spożycia alkoholu
- 1.2. Dostępność fizyczna i ekonomiczna alkoholu
- 1.3. Używanie alkoholu przez dzieci i młodzież.....
- 1.4. Używanie alkoholu przez dorosłych
- 1.5. Szkody zdrowotne, rodzinne i społeczne spowodowane piciem alkoholu.....

2. Diagnoza problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

- 2.1. Diagnoza zjawiska narkomanii
- 2.1.1. Skala używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną
- 2.1.2. Używanie narkotyków przez osoby w wieku 15-64 lat
- 2.1.3. Używanie narkotyków przez dorosłych
- 2.1.4. Szkody zdrowotne, rodzinne i społeczne związane z zażywaniem narkotyków
- 2.1.5. Wpływ substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo ruchu drogowego w Polsce.....
- 2.1.6. HIV i AIDS w kontekście używania narkotyków.....
- 2.2. Skala zjawiska palenia tytoniu
- 2.2.1. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród młodzieży
- 2.2.2. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród dorosłych

3. Uzależnienia behawioralne

- 3.1. Korzystanie z mediów społecznościowych i gier.....
- 3.2. Młodzież wobec zagrożeń gier hazardowych

4. System pomocy dla osób z problemami wynikającymi z picia alkoholu oraz używania innych substancji psychoaktywnych i ich bliskich w województwie kujawsko-pomorskim - zasoby instytucjonalne

- 4.1. Placówki leczenia uzależnień.....
- 4.1.1. Lecznictwo stacjonarne.....
- 4.1.2. Dzielne oddziały terapii uzależnień
- 4.1.3. Lecznictwo ambulatoryjne.....
- 4.2. Formy wsparcia dla osób z problemem alkoholowym i/lub narkotykowym oraz ich bliskich poza systemem leczenia.....

5. Analiza SWOT

III. KIERUNKI INTERWENCJI, CELE I DZIAŁANIA WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM NA LATA 2026-2030.....

IV. FINANSOWANIE PROGRAMU

V. ZASADY REALIZACJI PROGRAMU

ŹRÓDŁA DANYCH.....

WSTĘP

Jednym z zadań samorządu województwa, nałożonych przepisami ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151) oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939) jest opracowanie i realizacja wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Wypełniając ten ustawowy przepis, w dniu 28 kwietnia 2025 r. Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego podjął uchwałę nr 52/2449/25 w sprawie przystąpienia do opracowania projektu „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030”. Mocą tej uchwały został powołany zespół ds. opracowania projektu „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030”.

Efektom pracy wspomnianego zespołu jest niniejszy Program, stanowiący integralną część wojewódzkiej polityki zdrowotnej i społecznej. Jego celem jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych oraz zachowań prowadzących do uzależnień behawioralnych, redukcja szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z uzależnień, a także rozwój skutecznych form profilaktyki i leczenia.

Program jest spójny z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2026, zwłaszcza z jego celem operacyjnym 2: „profilaktyka uzależnień”.

Opracowano diagnozę, analizę SWOT, przytoczono podstawy prawne Programu, a przede wszystkim sformułowano cel główny oraz cele operacyjne i zadania. Głównym celem Programu opracowanym na podstawie przedstawionych informacji, danych, badań oraz wniosków jest „Rozwój działań profilaktycznych oraz ograniczenie skali problemów społecznych i zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi”.

Odbiorcami Programu są mieszkańcy Województwa Kujawsko-Pomorskiego, szczególnie:

Dzieci i młodzież

- Uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych
- Osoby eksperymentujące z substancjami psychoaktywnymi
- Młodzież z obszarów zagrożonych wykluczeniem społecznym

Rodzice i opiekunowie

- Rodziny dzieci i młodzieży z grup ryzyka
- Rodziny osób używających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych
- Opiekunowie prawni

Osoby dorosłe eksperymentujące lub uzależnione od substancji psychoaktywnych

- Osoby używające substancji psychoaktywnych
- Osoby z uzależnieniem
- Osoby opuszczające zakłady karne lub placówki leczenia uzależnień

Specjaliści i profesjonaliści

- Nauczyciele, pedagodzy, wychowawcy
- Pracownicy oświaty i poradni psychologiczno-pedagogicznych
- Pracownicy socjalni, kuratorzy sądowi
- Terapeuci uzależnień, lekarze, pielęgniarki
- Policjanci, strażnicy miejscy, funkcjonariusze służby więziennej
- Streetworkerzy i pracownicy NGO

Instytucje i organizacje wspierające

- Jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty)
- Placówki ochrony zdrowia i pomocy społecznej
- Organizacje pozarządowe realizujące zadania z zakresu profilaktyki i leczenia uzależnień

Realizatorem Programu jest departament właściwy w zakresie uzależnień, znajdujący się w strukturze Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

I. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU

Zakres i założenia Programu są spójne z aktami prawnymi, programami, strategiami krajowymi i wojewódzkimi.

Ustawy i rozporządzenia:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581, z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151).
3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939).
4. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1338).
6. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1718.).
7. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1673).
9. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49, z późn. zm.).
11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 (Dz. U. poz. 642 oraz z 2025 r. poz. 1886).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2023 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. poz. 2820).

Założenia wojewódzkie lub Programy wojewódzkie:

- 1) Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2024-2030 (przyjęty uchwałą Nr 13/647/24 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego w 27 marca 2024 r.).
- 2) Wojewódzki program przeciwdziałania przemocy domowej dla województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2021-2026 (zmieniony - po aktualizacji - uchwałą nr 28/1373/24 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 20 listopada 2024 r.
- 3) Wieloletni program współpracy samorządu województwa kujawsko-pomorskiego z organizacjami pozarządowymi na lata 2026-2030¹.
- 4) Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2024-2030 (uchwała Nr 10/496a/24 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 6 marca 2024 r.).

Komplementarność programu z innymi dokumentami strategicznymi

„Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030”, koncentrując się na bardzo konkretnym problemie życia mieszkańców regionu, jest spójny z obowiązującymi w województwie kujawsko-pomorskim programami strategicznymi, czyli Strategią rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku – Strategia Przyspieszenia 2030+ oraz z bezpośrednio nawiązującą do celów strategicznych województwa w dziedzinie zagadnień społecznych Strategią Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030.

ODNIESIENIE DO STRATEGII ROZWOJU WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO DO 2030 ROKU

W przypadku Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku, kierunki interwencji i wyznaczone cele Programu bezpośrednio korespondują z przywołanymi celami:

Obszar – Społeczeństwo

Cel główny: Zdrowe, aktywne i zamożne społeczeństwo

Cel operacyjny: Rozwój wrażliwy społecznie

¹ Na etapie prac nad przygotowaniem Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030 projekt Wieloletniego programu współpracy samorządu województwa kujawsko-pomorskiego z organizacjami pozarządowymi na lata 2026-2030 był na etapie przygotowania oraz konsultacji społecznych.

W ramach powyższego celu operacyjnego Strategii rozwoju województwa, kierunek, który jest głównym punktem odniesienia do celów sformułowanych w Programie, to:

- Rozwój prewencji i minimalizowania skutków uzależnień.

ODNIESIENIE DO STRATEGII POLITYKI SPOŁECZNEJ WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO DO ROKU 2030

Zaplanowane w ramach „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” cele i działania nawiązują do Strategii Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030 wpisując się w określony w niej Cel strategiczny 1. Rozwój usług społecznych oraz Cel strategiczny 2. Większa aktywność zawodowa, społeczna i obywatelska mieszkańców.

Cel strategiczny 1. *Rozwój usług społecznych* związany jest ze wsparciem rodzin przeżywających trudności, rozwojem form wsparcia dla dzieci i młodzieży oraz poprawą dostępu do usług zdrowotnych, w tym szczególnie związanych ze zdrowiem psychicznym oraz profilaktyką i terapią uzależnień. Zaplanowane w ramach tego celu kierunki działań, do których odnosi się Wojewódzki program to:

1.2.1. Rozwój profilaktyki problemów w rodzinie i wczesnej interwencji.

1.2.2. Powstawanie i rozwój infrastruktury pomocowej dla osób doświadczających, stosujących i zagrożonych przemocą.

1.3.1. Powstawanie i rozwój świetlic (placówek wsparcia dziennego) oraz klubów młodzieżowych.

1.3.3. Rozwój usług profilaktycznych i aktywizujących.

1.5.5. Profilaktyka zdrowia psychicznego.

1.5.6. Zwiększenie dostępności wsparcia terapeutycznego dla osób uzależnionych, współuzależnionych i DDA.

Ujęty w Strategii Polityki Społecznej cel strategiczny 2. Większa aktywność zawodowa, społeczna i obywatelska mieszkańców służy m.in. budowaniu świadomości społecznej dotyczącej przemocy, jej źródeł i skutków, kształtowaniu postaw dla niestosowania przemocy i nietolerancji wobec jej stosowania przez innych, a także tworzeniu programów profilaktyki w obszarze zdrowia, w tym prewencji uzależnień. W ramach celu strategicznego 2 Wojewódzki program odnosi się do poniższych kierunków:

2.2.4. Podnoszenie świadomości społecznej dotyczącej występowania i zapobiegania zjawisku przemocy.

2.2.5. Promowanie aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia.

II. DIAGNOZA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UZALEŻNIENIAMI

1. Diagnoza problemów alkoholowych

Skuteczne planowanie działań służących rozwiązywaniu problemów alkoholowych wymaga rzetelnej diagnozy zjawiska i problemów związanych z używaniem alkoholu. Celem diagnozy jest identyfikacja skali oraz specyfiki zagrożeń występujących na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego, a także określenie ich wpływu na zdrowie publiczne, funkcjonowanie rodzin i bezpieczeństwo społeczności lokalnych. Analiza obejmuje w szczególności: skalę spożycia alkoholu zarówno wśród młodzieży, jak i dorosłych, określenie jego dostępności, konsekwencje zdrowotne i społeczne, a także wpływ na bezpieczeństwo publiczne. Diagnoza została opracowana na podstawie dostępnych raportów z badań, zestawień statystycznych i publikacji. Przy opracowywaniu diagnozy do analiz przyjęto lata 2020-2023, tam gdzie było to możliwe uzyskano dane z 2024 r. Rok 2020 był pierwszym rokiem pandemii, która spowodowała pewne ograniczenia w funkcjonowaniu wielu placówek i instytucji, dlatego w niektórych przypadkach dla zobrazowania trendów odniesiono się do lat wcześniejszych.

1.1. Skala spożycia alkoholu

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i dokonanych na ich podstawie obliczeń Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) w 2023 r. średnie roczne spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca Polski w przeliczeniu na 100% alkohol wyniosło 8,93 litra, co oznacza spadek w porównaniu z 2020 r. o 0,72 litra. Warto zaznaczyć, że jest to najniższy poziom spożycia alkoholu od 2007 r.²

² Średnie roczne spożycie 100% alkoholu na 1 osobę w 2006 r. wynosiło 8,79 litra, a w latach 2007-2022 przekraczało 9 litrów.

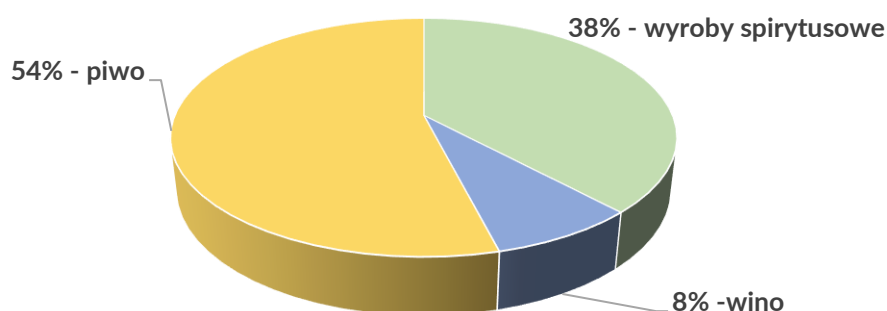
Tabela 1. Średnie roczne spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca Polski w przeliczeniu na 100% alkohol w litrach³

Rok	2016	2020	2021	2022	2023
Średnie roczne spożycie 100% alkoholu na 1 osobę	9,37	9,65	9,73	9,37	8,93
Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	3,2	3,7	3,8	3,5	3,4
Wino i miody pitne w przeliczeniu na 100% alkohol	0,7	0,78	0,8	0,76	0,72
Piwo w przeliczeniu na 100% alkohol	5,47	5,17	5,13	5,11	4,81

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/statystyki/> (dostęp: 30.05.2025)

Statystyczny Polak wypił w 2023 r. w liczbach bezwzględnych 3,4 litra wyrobów spirytusowych (100% alkoholu), 6 litrów wina (co daje 0,72 litra 100% alkoholu) oraz 87,4 litra piwa (co daje 4,81 litra 100% alkoholu). W 2023 r. w porównaniu z 2020 r. nastąpił spadek spożycia wszystkich rodzajów alkoholu: wyrobów spirytusowych o 0,3 litra, wina o 0,06 litra i piwa o 0,36 litra w przeliczeniu na 100% alkohol. Największy spadek spożycia zanotowano w przypadku piwa. Poziom spożycia piwa z 2023 r. jest najniższy od 2006 r.⁴ Struktura spożycia napojów alkoholowych od wielu lat wygląda podobnie: największy udział w spożyciu ma piwo (ok. 54% w 2023 r.) w drugiej kolejności wyroby spirytusowe (ok. 38%), a najmniej alkoholu wypijana jest w postaci wina (ok. 8%).

Wykres 1. Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/statystyki/> (dostęp: 30.05.2025)

³ W obliczeniach KCPU na podstawie danych GUS przyjęto założenie, iż w jednym litrze piwa zawartych jest 5,5% alkoholu, a w 1 litrze wina (miodu pitnego) zawartych jest 12% alkoholu.

⁴ Niższe spożycie piwa w przeliczeniu na 100% alkohol odnotowano w 2005 r. (4,44 litra) i latach poprzednich.

1.2. Dostępność fizyczna i ekonomiczna alkoholu

Wielkość spożycia alkoholu uzależniona jest m.in. od jego dostępności fizycznej, mierzonej liczbą punktów sprzedaży napojów alkoholowych na danym obszarze oraz liczbą mieszkańców przypadających na 1 punkt sprzedaży. Zgodnie z zestawieniami statystycznymi opracowanymi przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 r. liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych wynosiła 6 003, w tym było 4 283 sklepów i 1 720 lokali gastronomicznych.

Na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych przypadało 311 mieszkańców województwa. W 2023 r. w porównaniu z rokiem 2020 w województwie kujawsko-pomorskim zauważalny jest spadek liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych - zarówno sklepów, jak i lokali gastronomicznych (łącznie o 291 punkty) - oraz wzrost liczby mieszkańców przypadających na 1 punkt sprzedaży napojów alkoholowych (z 304 do 311 osób).

Tabela 2. Punkty sprzedaży napojów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim

Rok	2016	2020	2021	2022	2023
Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w tym:	7 316	6 294	6 335	6 332	6 003
Sklepy	5 058	4 500	4 538	4 546	4 283
Lokale gastronomiczne	2 258	1 794	1 797	1 786	1 720
Liczba mieszkańców przypadających na 1 punkt sprzedaży	274	304	303	296	311

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-g1/> (dostęp: 21.05.2025)

W 2023 r. w województwie kujawsko-pomorskim obowiązywały łącznie 14 784 zezwolenia na detaliczną sprzedaż napojów alkoholowych, w tym 11 326 w sklepach i 3 458 w lokalach gastronomicznych. W latach 2020-2023 liczba obowiązujących zezwoleń utrzymywała się na podobnym poziomie, ale w porównaniu z rokiem 2016 zauważyć można wyraźny spadek.

Tabela 3. Liczba zezwoleń na detaliczną sprzedaż napojów alkoholowych obowiązujących w województwie kujawsko-pomorskim

Rok	2016	2020	2021	2022	2023
Liczba zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w tym:	17 346	14 874	15 593	14 861	14 784
W sklepach	13 240	11 507	12 070	11 448	11 326
W lokalach gastronomicznych	4 106	3 367	3 523	3 413	3 458

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-g1/> (dostęp: 21.05.2025)

Wskaźnikiem obrazującym dostępność ekonomiczną napojów alkoholowych jest liczba butelek poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie. Na dostępność wpływają więc zarówno ceny jak i wysokość wynagrodzenia. W 2023 r. za przeciętne miesięczne wynagrodzenie można było kupić 1 863 butelki piwa, 279 butelek wina lub 221 butelek wódki⁵. Oznacza to, że w latach 2020-2023 nastąpił wzrost dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych: piwa o 191 butelek, wina o 68 butelek i wódki o 20 butelek. Zaznaczyć należy, że w 2023 r. w porównaniu z 2022 r. dostępność ekonomiczna piwa spadła z 1894 butelek do 1863.

Tabela 4. Dostępność ekonomiczna alkoholu (liczba butelek, którą można kupić za przeciętne miesięczne wynagrodzenie)

Rok	2020	2021	2022	2023
Liczba butelek wódki	201	216	219	221
Liczba butelek wina	211	256	269	279
Liczba butelek piwa	1672	1798	1894	1863

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/statystyki/> (dostęp: 30.05.2025)

1.3. Używanie alkoholu przez dzieci i młodzież

ESPAD

Zgodnie z badaniem ESPAD przeprowadzonym w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej. Próby picia ma za sobą 68,9% 15- i 16- latków i 87,6% 17- i 18-latków województwa kujawsko-pomorskiego. W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 55,1% młodszych uczniów i 77,5% uczniów starszych. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 28,6% uczniów z grupy młodszej i 52,4% uczniów z grupy starszej. Odsetki z poziomu województwa są niższe niż te, które odnotowano na poziomie kraju.

Tabela 5. Picie napojów alkoholowych przez młodzież (2024 r.)

Kohorta	Wyszczególnienie	Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16-lat)	Kiedykolewiek w życiu	68,9	72,9
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	55,1	59,7
	W czasie 30 dni przed badaniem	28,6	39,1
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolewiek w życiu	87,6	91,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	77,5	86,3

⁵ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/statystyki/> (dostęp:30.05.2025)

	W czasie 30 dni przed badaniem	52,4	73,3
--	--------------------------------	------	------

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Porównując picie alkoholu chłopców i dziewcząt można zauważyć, że wśród uczniów zarówno w młodszej, jak i starszej kohorcie wskaźniki picia we wszystkich przedziałach czasowych (kiedykolwiek w życiu i w czasie 12 miesięcy oraz 30 dni przed badaniem) są wyższe dla dziewcząt. Porównując dane z poziomu województwa kujawsko-pomorskiego do danych z populacji generalnej można zaobserwować znacznie niższe odsetki chłopców i dziewcząt pijących napoje alkoholowe. Największe różnice, sięgające około 20 punktów procentowych odnotowano w starszej kohorcie, zarówno wśród chłopców jak i dziewcząt, w piciu w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Tabela 6. Picie napojów alkoholowych wśród chłopców i dziewcząt (2024 r.)

Kohorta	Wyszczególnienie	Chłopcy		Dziewczęta	
		Kujawsko-Pomorskie	Polska	Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16-lat)	Kiedykolwiek w życiu	66,6	71,4	71,1	74,4
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	51,8	57,2	58,2	62,2
	W czasie 30 dni przed badaniem	27,4	38,9	29,6	39,4
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	86,3	89,6	89,2	92,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	76,6	84,1	78,7	88,4
	W czasie 30 dni przed badaniem	51,8	71,6	53,2	75,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Analizując spożycie poszczególnych typów napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem można zauważyć, że zarówno w młodszej kohorcie, jak wśród młodzieży starszej, najwyższe odsetki konsumentów ma piwo, na drugim miejscu jest wódka, a dopiero na trzecim wino. Każdy z trzech typów napojów jest bardziej popularny w starszej kohorcie w porównaniu z młodszą kohortą.

Wódkę w województwie kujawsko-pomorskim pije około 23% 15- i 16-latków (co czwarty) i około 45% 17- i 18-latków. Piwo pił prawie co trzeci 15- i 16-latek i prawie połowa starszych uczniów, natomiast wino odpowiednio 14,6% i 26,8% badanych. Picie cydru i alkopopów stanowiło raczej rzadkość wśród uczniów w porównaniu do picia piwa, wina i wódki. Rozpowszechnienie spożycia cydru nie przekraczało 10% w młodszej i starszej kohorcie. Na uwagę zasługuje dość duże rozpowszechnienie picia gotowych drinków – alkopop: 7,6% wśród 15-16 latków i 16,2% wśród 17-18 latków.

Rozpowszechnienie picia piwa, wina i wódki w czasie 30 dni przed badaniem w młodszej kohorcie w województwie kujawsko-pomorskim jest niższe w porównaniu do używania tych napojów w całej populacji. Podobnie jest w starszej kohorcie.

Płeć wprowadza istotne różnice w obrazie popularności poszczególnych trunków. Wśród 15- i 16- latków picie wina i wódki jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Z kolei piwo częściej wybierają chłopcy, jednak różnica nie przekracza 2 punktów procentowych. Natomiast w starszej próbie chłopcy częściej niż dziewczęta piją piwo i wódkę, ale nie wino.

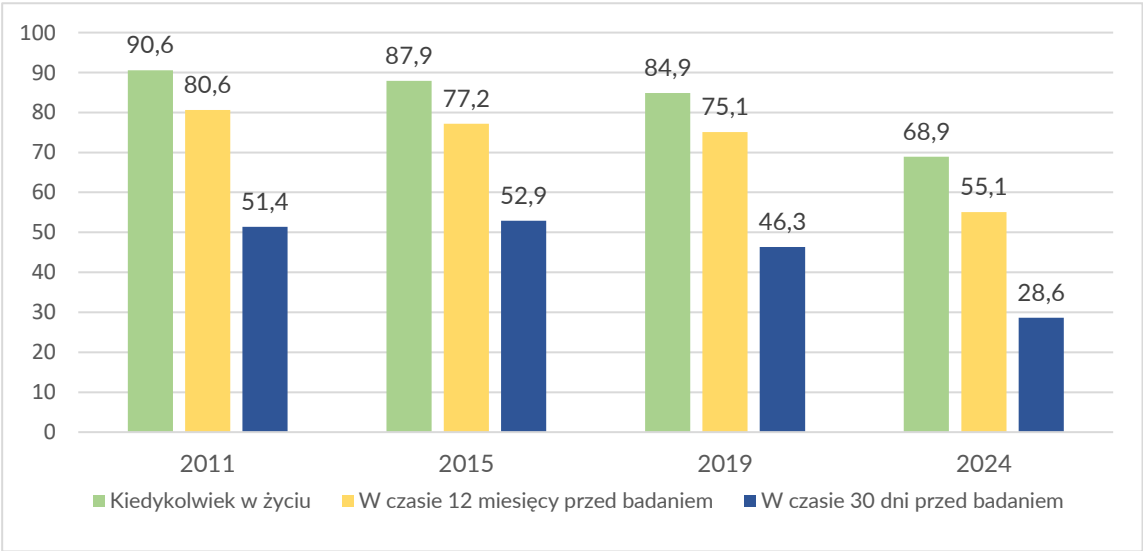
Tabela 7. Picie napojów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2011-2024

Kohorta	Wyszczególnienie	2011	2015	2019	2024
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	90,6	87,9	84,9	68,9
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	80,6	77,2	75,1	55,1
	W czasie 30 dni przed badaniem	51,4	52,9	46,3	28,6
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	96,7	97,4	96,6	87,6
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	92,2	95,0	95,1	77,5
	W czasie 30 dni przed badaniem	73,4	82,3	82,5	52,4

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

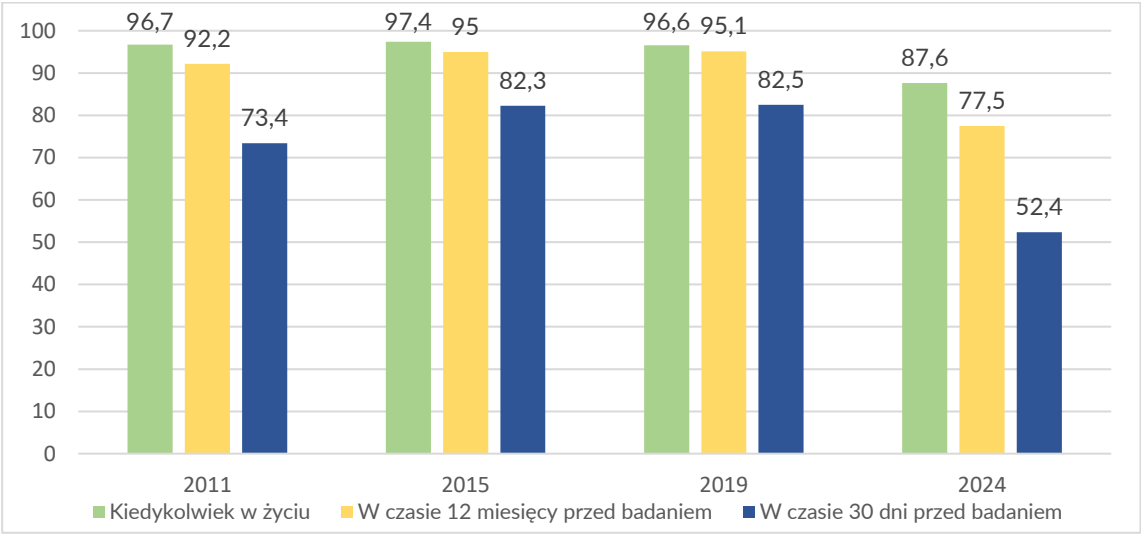
Porównanie wyników odnoszących się do rozpowszechnienia picia napojów alkoholowych przez uczniów w latach 2011, 2015, 2019 z tymi uzyskanymi w 2024 r. wskazuje na trend spadkowy picia kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i 30 dni przed badaniem w każdej z wyróżnionych kohort. Spadek odnotowany w badaniach w 2024 r. jest najwyższy w historii pomiarów.

Wykres 2. Picie napojów alkoholowych przez młodzież w wieku 15-16 lat w latach 2011-2024



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Wykres 3. Picie napojów alkoholowych przez młodzież w wieku 17-18 lat w latach 2011-2024



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024 r.). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

W przypadku starszej grupy odsetek uczniów spożywających napoje alkoholowe w latach 2011, 2015 i 2019 utrzymywał się na podobnym poziomie, ale w 2024 r. zauważyć można wyraźny spadek odsetka uczniów spożywających alkohol.

Upijanie się i incydentalne picie nadmierne

Stanu silnego upicia (rozumianego jako wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać tego, co się działo) kiedykolwiek w życiu doświadczyło prawie 30% młodszych uczniów oraz ok. 53% starszych. Co piąty 15- i 16-latek i 40% 17- i 18-latków upiło się w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem stanu silnego upicia doświadczył co dziesiąty uczeń z młodszej i co szósty uczeń ze starszej kohorty.

Uczniowie z województwa kujawsko-pomorskiego rzadziej doświadczaali silnego upicia się niż uczniowie z próby ogólnopolskiej w każdym wymiarze czasu.

Tabela 8. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo (2024 r.)

Kohorta	Wyszczególnienie	Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16-lat)	Kiedykolwiek w życiu	28,3	32,1
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	21,8	25,8
	W czasie 30 dni przed badaniem	10,5	13,4
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	53,2	59,1
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	40,0	46,9
	W czasie 30 dni przed badaniem	17,5	24,3

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Picie nadmierne (wypicie co najmniej 5 drinków przy jednej okazji) w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem było mniej rozpowszechnione wśród uczniów z województwa kujawsko-pomorskiego w porównaniu z upijaniem się odnotowanym w próbie ogólnopolskiej. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w młodszej kohorcie dziewczynki w wyższych odsetkach niż chłopcy wskazały na wypijanie 5 lub więcej drinków przy jednej okazji (odpowiednio 24,1% i 20,5%). Z kolei w starszej kohorcie jest odwrotnie i to chłopcy częściej niż dziewczynki piją nadmiernie (43,2% chłopców i 41% dziewcząt).

Porównując wyniki uzyskane na poziomie województwa kujawsko-pomorskiego z wynikami ogólnopolskimi można zaobserwować, że chłopcy i dziewczęta z województwa rzadziej piją nadmiernie niż ich rówieśnicy.

Wskaźniki upijania się kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wśród młodszych i starszych uczniów z województwa kujawsko-pomorskiego spadły na przestrzeni ostatnich pięciu lat. W starszej kohorcie wskaźnik upicia wzrósł jedynie, jeśli odnosimy się do upijania się w ostatnich 30 dniach przed badaniem. Z kolei wśród młodszych uczniów jest na podobnym poziomie jak w 2019 roku.

Oczekiwania wobec alkoholu

Sięganie po napoje alkoholowe oraz rozmiary picia zależne są, przynajmniej w pewnym stopniu, od postaw i oczekiwań wobec alkoholu.

Uczniowie z młodszej kohorty za „bardzo prawdopodobne” po wypiciu alkoholu uznali doświadczenie następujących konsekwencji negatywnych: na pierwszym miejscu znalazła się obawa o szkody zdrowotne (16,4%), na drugim – przed złym samopoczuciem i mdłościami (13,5%), na trzecim - że zrobi się coś czego będzie się potem żałować (13,4%), na czwartym – że będzie miało się kaca (11,9%). Co dziesiąty uczeń w wieku 15-16 lat bał się mogących wystąpić kłopotów z policją. Jeszcze mniejsze odsetki badanych obawiają się utraty kontroli nad własnym piciem (7,1%).

Wśród konsekwencji pozytywnych najwięcej uczniów z młodszej grupy wymienia poczucie odprężenia (14,9%), na drugim zapomnienie o swoich problemach (13,5%), na trzecim świetną zabawę (13,1%). Wśród najrzadziej wymienianych skutków pozytywnych młodzież wymieniła towarzyskość (12,3%) i poczucie szczęścia (11,4%). W starszej kohorcie ranking następstw negatywnych wygląda nieco inaczej. Osoby w wieku 17-18 lat najbardziej obawiają się złego samopoczucia po piciu i mdłości (11,7%), kaca (11,1%) oraz że picie zaszkodzi zdrowiu (10,5%). Na dalszych miejscach znalazły się obawa, że zrobi się coś, czego będzie się potem żałowało (10,4%). Na kolejnych miejscach znalazł się strach przed kłopotami z policją (5,3%) i obawa, że nie będą potrafili przestać pić (4,4%).

Oczekiwania pozytywne wśród uczniów ze starszej kohorty najczęściej są związane z poczuciem odprężenia, które jest dostrzegane przez co piątego badanego z tej grupy. Podobnie, co piąty uczeń był zdania, że spożycie alkoholu jest związane ze świetną zabawą, natomiast dla 17% picie kojarzy się z większą towarzyskością. Około 13% oczekuje, że po piciu będzie bardziej szczęśliwa, a 10,8% zapomni o swoich problemach.

W sumie uczniowie starsi w wyższych odsetkach niż ich młodszy koledzy potwierdzali prawdopodobieństwo pojawienia się poszczególnych następstw pozytywnych.

Porównanie częstości wyborów konsekwencji pozytywnych i negatywnych wskazuje wyraźnie na większą popularność tych pierwszych. Innymi słowy młodzież zdaje się oczekiwać po alkoholu więcej dobrego niż złego. Uczniowie (szczególnie ze starszej kohorty) bardziej dostrzegają występowanie konsekwencji pozytywnych niż negatywnych wynikających z picia alkoholu.

Dostępność alkoholu w opinii uczniów

W ocenie uczniów poziom dostępności napojów alkoholowych jest wysoki. Około 40% 15- i 16-latków za bardzo łatwe do zdobycia uznało piwo (w 2019 r. 46,4%), a co trzeci respondent za takie uznał zdobycie wina – 30,4% i wódki 31% (w 2019 r. odpowiednio 37,3% i 33,5%). Dostępność poszczególnych napojów alkoholowych w ocenach 17- i 18-latków jest znacznie wyższa. Za bardzo łatwe do zdobycia 57,7% uznało piwo, 50,4% wino, a 50,5% -wódkę (w 2019 r. odpowiednio 83,7%, 80,9% i 79,7%).

W opinii uczniów nastąpił spadek dostępności napojów alkoholowych. W porównaniu z rokiem 2019 r. mniejszy odsetek uczniów uważa zdobycie alkoholu za bardzo łatwe.

Innym wskaźnikiem dostępności są również propozycje spożycia alkoholu jakie otrzymują uczniowie od innych osób.

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem ponad połowa 15- i 16-latków spotkała się z propozycją spożycia piwa, ponad 40% z propozycją picia wódki, a prawie 30% otrzymało propozycję wypicia wina. W starszej grupie propozycję spożycia piwa otrzymało ok. 72% uczniów, wódki ok. 66%, a wina ok. 48%.

Zwraca uwagę wysoki odsetek uczniów, którzy spotykali się z propozycjami alkoholu nielegalnie wytworzonego domowym sposobem, czyli bimbru. W młodszej grupie z taką ofertą spotkało się 12,7% badanych, w starszej zaś – 23,3%.

Zakupy alkoholu

Na 30 dni przed badaniem w grupie 15- i 16-latków piwo zakupiło 14,2%, wino - 4,7%, a wódkę 10,2% (w 2019 r. odpowiednio 24,8%, 8,2% i 15,3%). Z kolei w grupie 17- i 18-latków 29% zakupiło piwo, 13,1% wino, a 23,7% wódkę. W 2019 r. w grupie 17- i 18-latków 57,8% zakupiło piwo, 26,6% wino, a 39,4% wódkę. Na przestrzeni lat zauważalny jest spadek odsetka uczniów, którzy w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem dokonali zakupu napojów alkoholowych w sklepach.

Rodzice a picie przez młodzież

W badaniu ESPAD zapytano uczniów, czy rodzice pozwalają im pić napoje alkoholowe. Większość badanych 15-16 latków deklaruje brak zgody rodziców na picie przez nich alkoholu. 58,2% badanych twierdzi, że na takie zachowanie nie pozwala im ojciec, a 61,2%, że picia zabrania matka. W opinii uczniów 19% ojców i 20% matek pozwala na picie w obecności rodziców, a ok. 6% ojców i 6% matek pozwala na picie alkoholu także bez obecności rodziców.

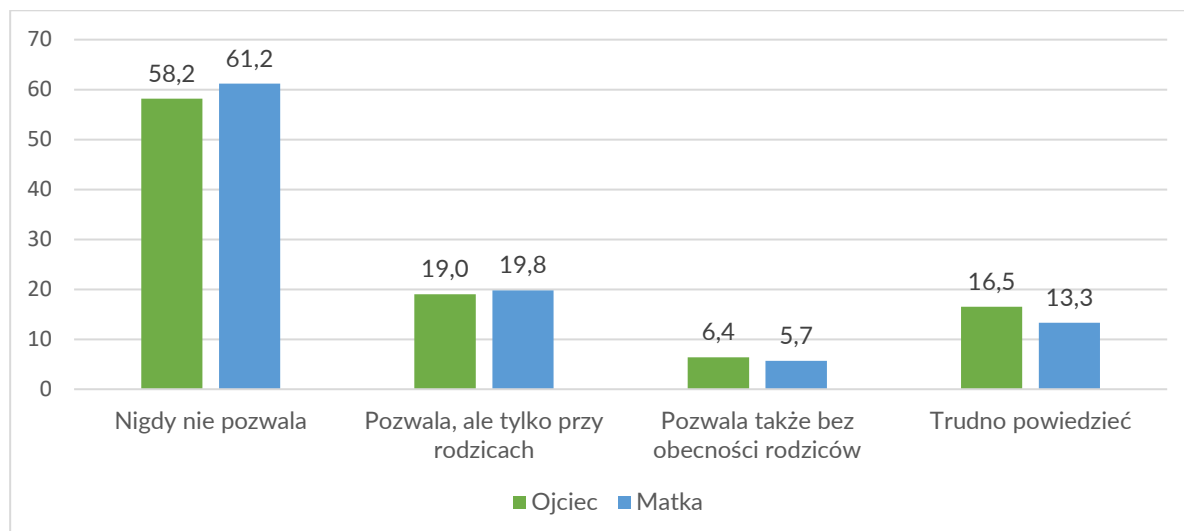
Wśród 17-18 latków mniejsze frakcje deklarują brak przyzwolenia na picie alkoholu– 32,5% ze strony ojca i 34,2% ze strony matki. Uczniowie starsi w znacznie wyższych odsetkach niż ich młodszy koledzy mają pozwolenie na picie także bez obecności rodziców (ok. 22% ze strony ojca i 23% ze strony matki).

Tabela 9. Pozwolenie ze strony rodziców na picie napojów alkoholowych (województwo kujawsko-pomorskie)

Kohorta	Rodzic	Nigdy nie pozwala	Pozwala, ale tylko przy rodzicach	Pozwala także bez obecności rodziców	Trudno powiedzieć
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Ojciec	58,2	19,0	6,4	16,5
	Matka	61,2	19,8	5,7	13,3
Starsza kohorta (17-18 lat)	Ojciec	32,5	20,3	22,4	24,8
	Matka	34,2	21,6	23,0	21,1

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024 r.).Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Wykres 4. Pozwolenie ze strony rodziców na picie napojów alkoholowych (odsetki uczniów w wieku 15-16 lat w województwie kujawsko-pomorskim)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024 r.). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Znamienne jest to, że większy odsetek rodziców pozwala na picie alkoholu w przypadku dziewcząt niż chłopców, zarówno w młodszej jak i starszej grupie uczniów.

1.4. Używanie alkoholu przez dorosłych

EZOP II

Na oszacowanie liczby mieszkańców Polski, którzy doświadczyli zaburzeń związanych z alkoholem oraz spełniali bądź spełniają kryteria uzależnienia od alkoholu pozwalają wyniki uzyskane w ramach „Kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II” przeprowadzonego w latach 2018-2019 (raport z 2021 r.). Badaniem objęto m.in. populację 12 tys. osób dorosłych w wieku 18 lat i więcej. Badano grupy wiekowe: 18-29 lat, 30-39 lat, 40-49 lat, 50-64 lata, 65 lat i więcej.

Na podstawie badania EZOP II można stwierdzić, że zaburzeń związanych z alkoholem kiedykolwiek w życiu doświadczyło 7,3% dorosłych mieszkańców Polski (ok. 2,31 mln osób), a wśród nich 1,9% była kiedykolwiek uzależniona od alkoholu (582,5 tys.). Biorąc pod uwagę ostatnie 12 miesięcy przed badaniem zaburzenia związane z alkoholem dotknęły 1,5% dorosłych Polaków (ok. 483 tys.), natomiast uzależnienie dotyczyło 0,64% badanych (ok. 201 tys.).

Zgodnie z wynikami badań zaburzenia związane z alkoholem kiedykolwiek w życiu występowały u 13,1% mężczyzn i 2,1% kobiet. Alkoholu nadużywają najczęściej mężczyźni między 50 a 64 rokiem życia (17,2%), w przypadku kobiet najwyższy odsetek z zaburzeniami związanymi z alkoholem odnotowuje się w przedziale wiekowym 30-39 lat (3,3%). Najmniej przypadków zaburzeń związanych z alkoholem odnotowano wśród mężczyzn w wieku 18-29 lat (5,7%), a wśród kobiet w wieku poprodukcyjnym 65+ (0,25%).

W porównaniu z poprzednią edycją badania -EZOP I⁶ druga edycja wykazała istotne zmniejszenie rozpowszechnienia zaburzeń związanych z alkoholem. Populację osób dorosłych (w przedziale wiekowym 18-64 lata), u których kiedykolwiek w życiu występowały zaburzenia związane z alkoholem oszacowano na 7,8% (1,98 mln), podczas gdy w pierwszej edycji na 11,9% (3,1 mln).

⁶ EZOP I – badanie z lat 2010-2011 objęło populację osób dorosłych w wieku 18-64 lat

Tabela 10. Rozpowszechnienie zaburzeń związanych z alkoholem i uzależnienia od alkoholu kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem

Okres oszacowania	Płeć	Rozpowszechnienie zaburzeń związanych z alkoholem			Rozpowszechnienie uzależnienia od alkoholu		
		EZOP I 2010/2011	EZOP II 2018/2019		EZOP I 2010/2011	EZOP II 2018/2019	
		Populacja 18-64	Populacja 18+	Populacja 18-64	Populacja 18-64	Populacja 18+	Populacja 18-64
Kiedykolwiek w życiu	Ogółem	11,9%	7,3%	7,8%	2,4%	1,9%	1,9%
	Mężczyźni	20,5%	13,1%	13,0%	4,4%	3,5%	3,4%
	Kobiety	3,4%	2,1%	2,6%	0,4%	0,3%	0,4%
Ostatnie 12 miesięcy	Ogółem	b.d.	1,5%	1,9%	b.d.	0,6%	0,8%
	Mężczyźni	b.d.	2,8%	3,3%	b.d.	1,2%	1,4%
	Kobiety	b.d.	0,4%	0,5%	b.d.	0,1%	0,2%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Moskaiewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.) (2012). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski - Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” oraz Moskaiewicz J., Wciórka J. (red.) (2021). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski – Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań - EZOP II”

W badaniu EZOP I liczbę osób uzależnionych oszacowano na poziomie 2,4% (616 tys.), natomiast w drugiej edycji badania, biorąc pod uwagę przedział wiekowy 18-64 lata, na poziomie 1,9% (478 tys.). Odnosząc wyniki badania EZOP II do liczby mieszkańców Pomorza i Kujaw⁷ w wieku 18+, liczbę dorosłych osób nadużywających alkohol w województwie kujawsko-pomorskim można oszacować na 119 tys. osób, a w tym osób uzależnionych na ok. 31 tys. mieszkańców.

Wzory konsumpcji alkoholu

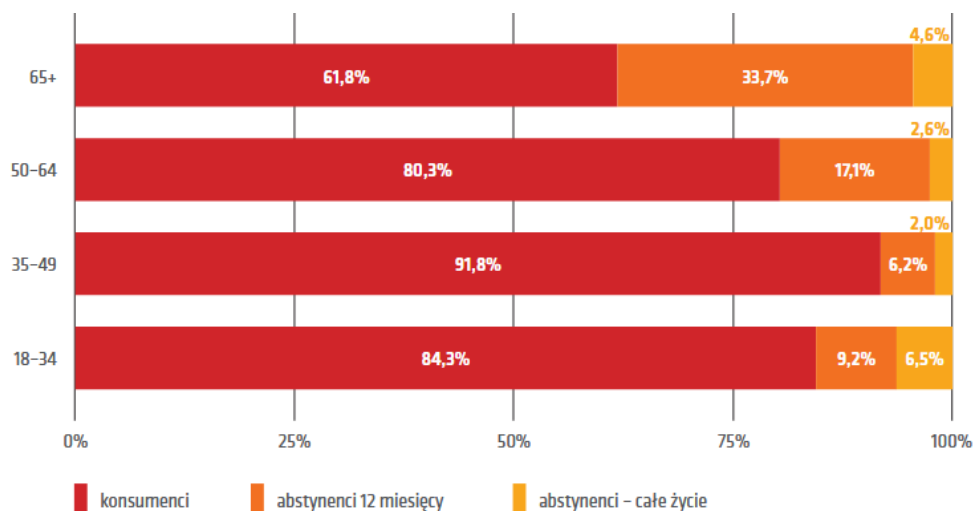
Według badań z 2020 r. opisanych w raporcie „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce w 2020 r.” w ciągu 12 miesięcy przed badaniem alkohol piło ponad 80% badanych dorosłych (73,5% kobiet i 87,4% mężczyzn). Żadnego napoju alkoholowego w tym czasie nie piło 19,2%. Postawy abstynenckie częściej były spotykane wśród kobiet (26,5%) niż mężczyzn (12,6%).⁸

Najwyższy odsetek abstynentów zaobserwowano w grupie osób w wieku 65 lat i więcej (38,3%). Wśród osób w wieku 50-64 lata abstynenci stanowili 19,7%, wśród młodych dorosłych (w wieku 18–34 lata) alkoholu nie piło 15,7%. Najniższy odsetek abstynentów odnotowano w grupie osób w wieku 35–49 lat (8,2%).

⁷ Według danych GUS na dzień 31.12.2024 liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego w wieku 18 i więcej wynosiła 1 632 052 osoby.

⁸ Za abstynentów uznano osoby, które nie piły przez całe życie oraz te, które nie spożywały alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Wykres 5. Rozpowszechnienie konsumpcji alkoholu oraz abstynencji z uwzględnieniem podziału na długość okresu abstynencji (% badanych) w podziale na wiek



Źródło: Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M. (2021). *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce – Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.* Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Konsumenci alkoholu piją go średnio przez 73 dni w roku, przy czym mężczyźni piją blisko trzykrotnie częściej niż kobiety (106 dni vs 39 dni). Mężczyźni częściej niż kobiety piją piwo (98 dni vs 22 dni) oraz napoje spirytusowe (19 dni vs 9 dni). Z kolei kobiety niemal dwukrotnie częściej niż mężczyźni piją wino (18 dni vs 10 dni).

Około 8% konsumentów alkohol pije codziennie lub prawie codziennie, niemal co trzeci konsument (31,6%) spożywa alkohol co najmniej raz na tydzień, 28,2% – co najmniej raz na miesiąc, a ponad 30% – rzadziej.

Badanie wykazało, że dorośli Polacy wypijają średnio 5 litrów czystego alkoholu w skali roku (w postaci piwa, wina i napojów spirytusowych), przy czym średnia dla kobiet to 2,2 litra, a dla mężczyzn – 8,1 litra. Rozpiętość spożycia znajduje się w przedziale pomiędzy 12 ml a 72 litry.

Wśród konsumentów alkoholu większość (72%) osób wypija w ciągu roku do 6 litrów czystego alkoholu (36% do 1,2 litra, a 37% od 1,2 do 6 litrów), 15% konsumentów wypija od 6 do 12 litrów czystego alkoholu, a ponad 11% – ponad 12 litrów.

Tabela 11. Konsumenci napojów alkoholowych wg poziomu rocznego spożycia w przeliczeniu na stuprocentowy alkohol ogółem i w podziale na płeć

Ilość wypijanego alkoholu	Odsetek pijących alkohol	Mężczyźni	Kobiety
abstynenci	x	x	x
do 1,2 l	35,9%	16,4%	56,8%
powyżej 1,2 l do 6 l	37,1%	40,0%	33,9%
powyżej 6 l do 12 l	15,3%	22,6%	7,4%
powyżej 12 l	11,6%	20,9%	1,7%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M. (2021). *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce – Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.* Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Tabela 12. Konsumenci napojów alkoholowych wg poziomu rocznego spożycia w przeliczeniu na stuprocentowy alkohol – w podziale na wiek

Ilość wypijanego alkoholu	18-34	35-49	50-64	65+
abstynenci	x	x	x	x
do 1,2 l	31,8%	28,2%	31,8%	53,2%
powyżej 1,2 l do 6 l	42,1%	41,2%	35,8%	26,5%
powyżej 6 l do 12 l	17,2%	17,2%	18,4%	7,4%
powyżej 12 l	8,9%	13,0%	13,8%	12,9%

Źródło: Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M. (2021). *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce – Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.* Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Picie alkoholu przez kobiety w ciąży

W badaniu z 2020 r.⁹ zrealizowanym na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) do picia alkoholu w czasie ciąży przyznało się 7,1% badanych kobiet będących kiedykolwiek w ciąży.

Odsetek ten jest niższy w porównaniu z badaniami zlecanymi przez PARPA w 2008 r. (12,1%) oraz w 2005 r. (16,5%). Jest natomiast wyższy, niż w badaniach sondażowych zrealizowanych na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego w 2017 r., w których do spożywania alkoholu w czasie ciąży przyznało się 4,8% badanych. Z kolei w badaniu zrealizowanym przez Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w 2013 r. picie alkoholu zadeklarowało 10,1% ciężarnych kobiet.

Badania z 2020 r. pokazują, że picie alkoholu w czasie ciąży nie różniło się w grupie badanych kobiet ze względu na ich wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy zaangażowanie religijne. Ponadto te zmienne socjodemograficzne nie miały wpływu na częstotliwość czy rodzaj wypijanego alkoholu.

Wśród kobiet, które zadeklarowały picie alkoholu w czasie ciąży, 46,6% przyznało, że piło alkohol więcej niż raz w tym okresie. jednorazowy incydent picia w czasie ciąży zadeklarowało 42,5% kobiet. Natomiast 8,8% kobiet nie potrafiło sobie przypomnieć, jak często piło alkohol w czasie ciąży.

Niemal połowa kobiet spożywających alkohol w czasie ciąży zadeklarowała picie wina (49,3%), w następnej kolejności wódki (29,4%), natomiast najrzadziej wskazywanym alkoholem było piwo (21,1%). 5 kobiet zadeklarowało, że w czasie ciąży wypity jednorazowo co najmniej 4 porcje standardowe alkoholu (stanowiło to 10% kobiet pijących alkohol w czasie ciąży), natomiast 17 kobiet (32,6% pijących w czasie ciąży) nie mogło sobie przypomnieć, czy taka sytuacja miała miejsce.

1.5. Szkody zdrowotne, rodzinne i społeczne spowodowane piciem alkoholu

Szkody zdrowotne związane ze spożywaniem alkoholu

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników negatywnie wpływających na zdrowie ludzi.

Alkohol działa szkodliwie na niemal wszystkie tkanki i narządy, powodując zmiany chorobowe w:

- układzie nerwowym (m.in. polineuropatia, zmiany zanikowe mózdzku i mózgu, zwyrodnienia w płatach czołowych, ubytek szarej substancji mózgu, encefalopatia Wernickego);

⁹ Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M. (2021). *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce – Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.* Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

- układzie pokarmowym (m.in. przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy, zaburzenia perystaltyki jelit oraz upośledzenie wchłaniania, stany zapalne trzustki i wątroby - stłuszczenie, zwłóknienie i marskość);
- układzie krążenia (nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia alkoholowa - zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśnia sercowego, stłuszczenie i powiększenie serca);
- układzie oddechowym (przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, u osób nadużywających alkoholu 10-krotnie częściej występuje rak jamy ustnej, krtani oraz tchawicy);
- w układzie moczowym (ostra niewydolność nerek, wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi i związane z tym objawy dny moczanej);
- układzie hormonalnym (nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników i zniszczenie ich struktury, hypogonadyzm i feminizacja u mężczyzn, u kobiet zaburzenia miesiączkowania, zanik jajników i maskulinizacja).

Alkohol wpływa na osłabienie systemu odpornościowego organizmu, czego skutkiem jest m.in. zwiększone ryzyko występowania pewnych odmian raka, zwłaszcza przełyku, wątroby, części nosowej gardła, krtani i tchawicy oraz raka sutka u kobiet.

Alkohol wywołuje też niedobory witamin i innych pierwiastków niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Następstwem owych niedoborów są zaburzenia widzenia, zmiany skórne, zapalenie wielonerwowe, zmiany w błonach śluzowych i szpiku kostnym, zaburzenia procesów rozrodczych, szkorbut i inne.

Alkohol wywołuje znaczące zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym człowieka: bezsenność, depresję, niepokój, próby samobójcze, zmiany osobowości, amnezję, delirium tremens, psychozę alkoholową, halucynozę alkoholową, otępienie (zespół Korsakowa).¹⁰

W ostatnich latach zauważalny jest wzrost liczby zgonów z powodu używania alkoholu. Z powodu zatrucia alkoholem, chorób wątroby i zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu w 2021 r. odnotowano 14 048 zgonów¹¹, to o 27% więcej niż w 2016 r. i 12% więcej niż w 2019 r.

FASD

Konsekwencje zdrowotne spożywania alkoholu dotyczą nie tylko osób pijących.

Alkohol pity przez kobiety w ciąży może zaburzyć prawidłowy rozwój zarodka i płodu, powodując wiele uszkodzeń fizjologicznych oraz poznawczych, wpływających na późniejsze funkcjonowanie społeczne i emocjonalne dziecka. Alkohol w życiu płodowym dziecka może doprowadzić do nieodwracalnych zmian strukturalnych i funkcjonalnych mózgu.

Ogół uszkodzeń spowodowany działaniem alkoholu na płód określany jest jako Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych – FASD, z których najpoważniejszy stanowi FAS – Alkoholowy Zespół Płodowy.

Próba oszacowania rozpowszechnienia FASD w Polsce był projekt ALICJA zrealizowany w latach 2013-2014 przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zgodnie z wynikami badań FASD występował nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7-9 lat, w tym pełnoobjawowy FAS dotyczył 4 na 1000 dzieci. Występowanie częściowego FAS, podobnie jak Neurorozwojowych Zaburzeń Zależnych od Alkoholu (ARND), oszacowane zostało na 8 na 1000 dzieci.

Zgodnie z zaleceniami opracowanymi w 2020 r. przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów¹² w ramach FASD wyróżnia się dwie kategorie diagnostyczne: FAS oraz ND PAE (zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol). Osoby w trakcie wymagającego uzupełnień procesu diagnostycznego można zaliczyć do grupy ryzyka FASD.

Dzieci z FASD wymagają specjalistycznej diagnozy i terapii. W województwie kujawsko-pomorskim pomocy i wsparcia dzieciom i młodzieży z FASD oraz ich rodzicom i opiekunom udziela Fundacja na Rzecz Rozwoju Dzieci Niepełnosprawnych „DAJ SZANSE” prowadząca m. in. Centrum Diagnozy i Terapii FASD w Toruniu.

W latach 2021-2023 dzięki współpracy z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Toruniu i powiatami z terenu województwa kujawsko-pomorskiego Fundacja w ramach projektu „Rodzina w centrum 3” zrealizowała 185 diagnoz w kierunku FASD, w ramach których w przypadku 74 dzieci potwierdzono FAS, u 74 dzieci zdiagnozowano ND PAE, czyli zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol, a 37 osób wymagało dalszej obserwacji, 60 dzieci z FASD objętych zostało przez Fundację zajęciami terapeutycznymi.

¹⁰ <https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne>

¹¹ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom „Raport 2023 Uzależnienia w Polsce” (2023 r.)

¹² Medycyna Praktyczna – Pediatria – wydanie specjalne 1/2020 *Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych*

Z kolei w roku 2024 w ramach projektu „Rodzina w centrum – Etap I” Fundacja zrealizowała 44 diagnozy: u 16 dzieci stwierdzono FAS, u 17 potwierdzono ND PAE, a 11 dzieci zaliczono do grupy ryzyka FASD, 42 dzieci z FASD objęto terapią.

W latach 2021-2024 w Centrum Diagnozy i Terapii FASD w Toruniu w projekcie skierowanym do mieszkańców Torunia Fundacja „Daj Szansę” przeprowadziła 44 diagnozy w kierunku FASD: u 19 dzieci zdiagnozowano FAS, u 18 dzieci stwierdzono ND PAE, a 5 dzieci zalecono obserwację rozwoju i powtórzenie diagnozy.

Wpływ alkoholu na funkcjonowanie całej rodziny

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny w destrukcyjny sposób wpływa na funkcjonowanie całej rodziny (zarówno dorosłych i dzieci) - dezorganizuje życie rodzinne i zakłóca prawidłowe funkcje rodziny. Alkohol staje się często przyczyną kłótni, przemocy, zaniedbań w wychowaniu i edukacji dzieci, problemów finansowych, separacji czy rozwodu. U poszczególnych członków rodziny pojawiają się problemy zdrowotne i psychologiczne.

Konsekwencją życia w bliskiej relacji z osobą uzależnioną może być współuzależnienie. Jest to nieprawidłowy sposób przystosowania się do sytuacji problemowej, jaką jest picie partnera. Osoba współuzależniona koncentruje się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, nieświadomie przejmując kontrolę i odpowiedzialność za jego zachowanie. U osób współuzależnionych często występują różnego rodzaju choroby o podłożu psychosomatycznym, a także problemy emocjonalne, zaburzenia depresyjne i lękowe.

W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się dzieci wychowujące się w rodzinie z problemem alkoholowym. Dysfunkcja takiej rodziny zakłóca prawidłowy rozwój dziecka – poznawczy, emocjonalny i społeczny. Dzieci te doświadczają wielu traumatycznych sytuacji, żyją w ciągłym stresie i tracą poczucie bezpieczeństwa. Mają problemy z przystosowaniem się do środowiska zewnętrznego, czują się gorsze, bezwartościowe, nie potrafią zaufać i nawiązywać satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi.

Skutkiem doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym mogą być pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które zakłócają w znaczącym stopniu funkcjonowanie w dorosłym życiu. Osoby dorosłe, które doświadczają negatywnych następstw wychowywania się w rodzinie alkoholowej, określane są jako osoby z syndromem DDA (dorosłe dzieci alkoholików).¹³

Interwencje gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim

O skali problemu w województwie kujawsko-pomorskim może świadczyć liczba osób z problemem alkoholowym i ich bliskich, z którymi członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych przeprowadzili rozmowy interwencyjno-motywujące.

W 2023 r. gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim przeprowadziły rozmowy motywująco-interwencyjne z 3 148 osobami z problemem alkoholowym, było to o 373 osoby więcej niż w 2020 r. W latach 2020 – 2023 spadła natomiast (z 1 879 do 1 638) liczba członków rodzin osób z problemem alkoholowym, z którymi gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych przeprowadziły rozmowy. W tym okresie spadła również liczba osób, wobec których gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych wystąpiła do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego (z 714 do 641).

Tabela 13. Interwencje gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim

Rok	2016	2020	2021	2022	2023
Liczba osób z problemem alkoholowym, z którymi gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych przeprowadziła rozmowy	5 267	2 775	3 065	2 944	3 148

¹³ Por. Łukowska K. (2018). *Rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz ograniczanie dostępności alkoholu w gminach i miastach. Przewodnik dla samorządowców*

Liczba członków rodzin osób z problemem alkoholowym, z którymi gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych przeprowadziła rozmowy	4 868	1 879	1 850	1 590	1 638
Liczba osób, wobec których gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych wystąpiła do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego	1 064	714	691	695	641

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-g1/> (dostęp: 21.05.2025)

Przemoc

Nadużywanie alkoholu stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia przemocy domowej. O skali zjawiska mogą świadczyć m.in. statystyki Komendy Wojewódzkiej Policji w Bydgoszczy, według których w 2024 r. wobec 2 589 osób w województwie kujawsko-pomorskim istniało podejrzenie, że stosowały przemoc w rodzinie, a wśród nich 1 185 (czyli 45,8%) było pod wpływem alkoholu. Na podstawie interwencji policji liczbę osób dotkniętych przemocą ustalono na 3739.

Tabela 14. Przemoc w interwencjach policji w województwie kujawsko-pomorskim w ramach procedury Niebieskie Karty

Wyszczególnienie	2016	2020	2021	2022	2023	2024
Liczba osób doznających przemocy domowej	4717	4 981	4 017	3 540	3 532	3 739
Liczba osób stosujących przemoc domową	4185	4 547	3 624	3 180	2 838	2 589
Liczba osób stosujących przemoc domową będących pod wpływem alkoholu	2888	2 680	2 004	1 704	1 455	1 185
Odsetek osób stosujących przemoc domową będących pod wpływem alkoholu	69,0%	58,9%	55,3%	53,6%	51,3%	45,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk Komendy Wojewódzkiej Policji w Bydgoszczy <https://kujawsko-pomorska.bip.policja.gov.pl/KWB/statystyki/niebieska-karta> (dostęp: 30.05.2025)

W 2024 r. w porównaniu z rokiem 2020 w interwencjach policji zauważyć można spadek liczby osób stosujących przemoc, w tym będących pod wpływem alkoholu.

Z kolei ze sprawozdań KCPU-G1 odczytać można, że w roku 2023 w województwie kujawsko-pomorskim grupy diagnostyczno-pomocowe ds. przeciwdziałania przemocy domowej, w skład których wchodził członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych prowadziły rozmowy z 727 osobami doznającymi przemocy, 745 osobami stosującymi przemoc oraz 235 świadkami przemocy.

Tabela 15. Osoby doznające przemocy, osoby stosujące przemoc i świadkowie przemocy w pracy gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim

Wyszczególnienie	2016	2020	2021	2022	2023
Osoby doznające przemocy domowej	1 819	1 095	1 239	927	727
Osoby stosujące przemoc domową	1 719	946	1 137	976	745
Świadkowie przemocy	685	355	350	301	235

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-g1/> (dostęp: 21.05.2025)

Na przestrzeni ostatnich lat zauważalny jest spadek liczby osób doznających przemocy zgłaszających się do gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, spadła również liczba osób stosujących przemoc oraz liczba świadków przemocy, z którymi kontaktowała się gminna komisja.

Koszty społeczne

Konsekwencją spożywania alkoholu jest szereg problemów społecznych, które generują ogromne koszty. Do kosztów tych można zaliczyć m.in.

- koszty związane z leczeniem osób z problemem alkoholowym (lecznictwo odwykowe), chorób spowodowanych używaniem alkoholu, urazów spowodowanych u osoby pijącej, jej bliskich lub u osób postronnych (np. ofiar agresji, wypadków drogowych), koszty obdukcji ofiar przemocy;
- koszty zaangażowania wymiaru sprawiedliwości (procesy sądowe, interwencje policji, koszt utrzymania osadzonych w zakładach karnych);
- koszty związane z zasiłkami dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin;
- koszty uszkodzeń mienia;
- koszty związane z zakłócaniem porządku publicznego.

Ponadto alkohol może powodować spadek wydajności pracy, niewłaściwe relacje z innymi pracownikami, utratę pracy. Nadużywanie alkoholu jest mocno skorelowane z bezdomnością i bezrobociem.

Nietrzeźwość na drogach

Jedną z konsekwencji spożywania alkoholu są również wypadki drogowe. Zgodnie ze statystykami Komendy Głównej Policji w roku 2024 kierujący będący pod wpływem alkoholu spowodowali w całym kraju 1 230 wypadków drogowych, co stanowiło 6,3% ogólnej liczby wypadków spowodowanych przez kierujących. Zginęło w nich 176 osób, a rannych zostało 1 441 osób.

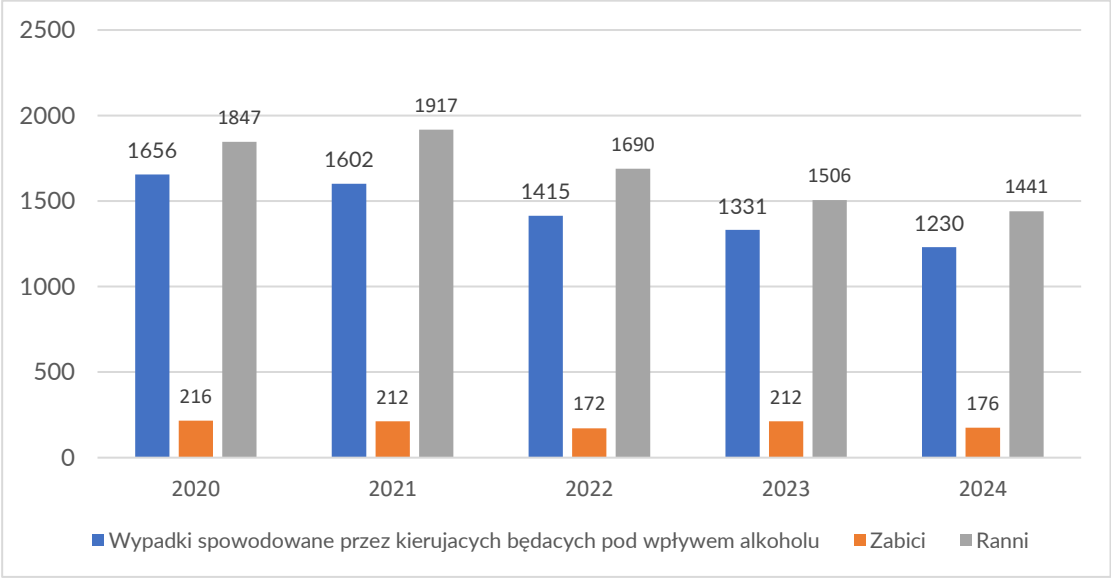
Tabela 16. Wypadki drogowe w Polsce spowodowane przez kierujących będących pod wpływem alkoholu

Rok	2016	2020	2021	2022	2023	2024
Wypadki spowodowane przez kierujących będących pod wpływem alkoholu	1 686	1 656	1 602	1 415	1 331	1 230
Zabici w ww. wypadkach	221	216	212	172	212	176
Ranni w ww. wypadkach	2 100	1 847	1 917	1 690	1 506	1 441

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk Komendy Głównej Policji <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (dostęp: 27.05.2025)

W latach 2020-2024 nastąpił spadek liczby wypadków spowodowanych przez kierowców będących pod wpływem alkoholu o 426 (-25,7%), spadek liczby osób zabitych o 40 (-18,9%) oraz spadek liczby osób rannych o 406 (-22%).

Wykres 6. Wypadki drogowe w Polsce spowodowane przez kierowców będących pod wpływem alkoholu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk Komendy Głównej Policji <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (dostęp: 27.05.2025)

Znaczna część wypadków drogowych spowodowana jest również przez pieszych będących pod wpływem alkoholu.

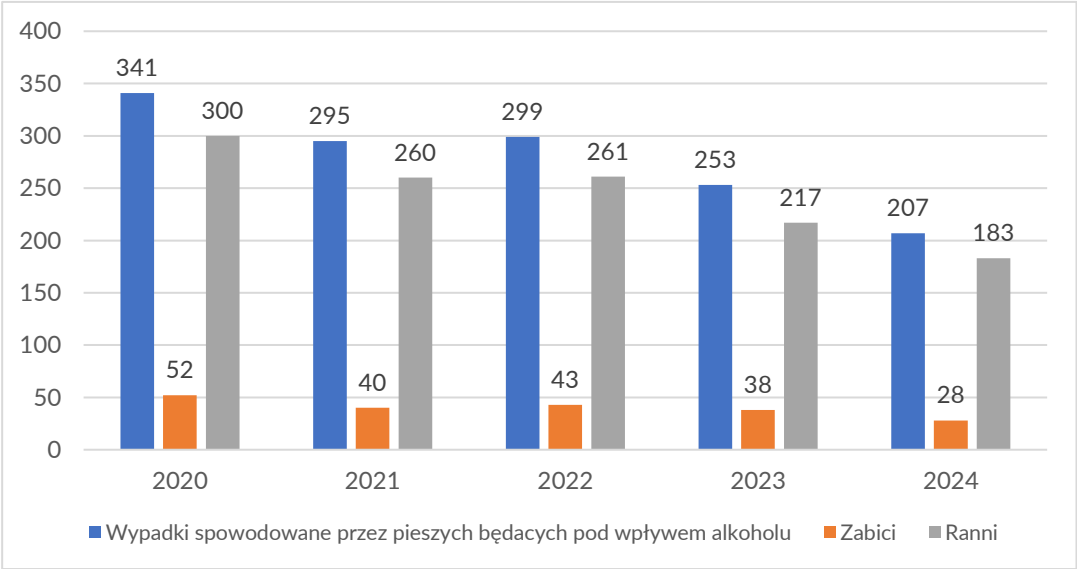
W roku 2024 piesi będący pod wpływem alkoholu spowodowali w całym kraju 207 wypadków drogowych, w ich wyniku śmierć poniosło 28 osób, a 183 zostały ranne. Prawie co piąty pieszy – sprawca wypadku był pod działaniem alkoholu (wskaźnik niższy niż w roku 2023). Liczba wypadków, do powstania których przyczynili się piesi będący pod działaniem alkoholu w 2024 r. stanowiła 1% ogółu wypadków w kraju. W porównaniu do roku 2020 nastąpił spadek liczby wypadków spowodowanych przez pieszych będących pod wpływem alkoholu o 134 (-39,3%).

Tabela 17. Wypadki drogowe w Polsce spowodowane przez pieszych będących pod wpływem alkoholu

Rok	2016	2020	2021	2022	2023	2024
Wypadki spowodowane przez pieszych będących pod wpływem alkoholu	573	341	295	299	253	207
Zabici	81	52	40	43	38	28
Ranni	500	300	260	261	217	183

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk Komendy Głównej Policji <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (dostęp: 27.05.2025)

Wykres 7. Wypadki drogowe w Polsce spowodowane przez pieszych będących pod wpływem alkoholu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk Komendy Głównej Policji <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (dostęp: 27.05.2025)

W roku 2024 w Polsce ujawniono 92 324 kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu (w stanie po użyciu oraz w stanie nietrzeźwości – naruszenie art. 87 § 1 KW, art. 87 § 2 KW, art. 178a § 1 KK, art. 87 § 1a KW), z czego 6 212 w województwie kujawsko-pomorskim. W roku 2024 w porównaniu z rokiem 2020 w Polsce nastąpił spadek liczby ujawnionych kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu o 6 617 osób, natomiast w województwie kujawsko-pomorskim nastąpił wzrost o 952 osoby¹⁴, przy czym warto zaznaczyć, że na terenie całego kraju liczba kontroli trzeźwości zwiększyła się o ponad 9,3 mln.

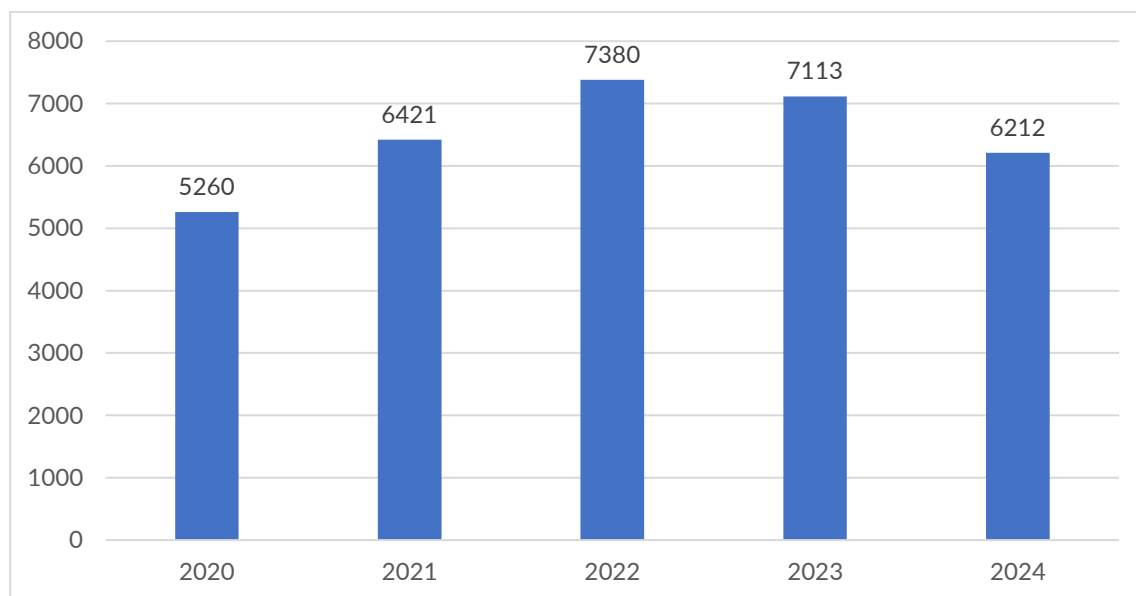
Tabela 18. Liczba ujawnionych kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu

Rok	2016	2020	2021	2022	2023	2024
Polska	115 635	98 941	101 892	104 467	95 639	92 324
w tym: województwo kujawsko-pomorskie	6 042	5 260	6 421	7 380	7 113	6 212

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk Komendy Głównej Policji <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (dostęp: 27.05.2025)

¹⁴ Statystyki policji dotyczą miejsca wypadku, nie określają miejsca zamieszkania sprawcy.

Wykres 8. Liczba ujawnionych kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu w województwie kujawsko-pomorskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk Komendy Głównej Policji <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (dostęp: 27.05.2025)

Podsumowanie:

1. W 2023 r. w Polsce średnie roczne spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca w przeliczeniu na 100% alkohol wyniosło 8,93 litra, co oznacza spadek w porównaniu z 2020 r. o 0,72 litra. W 2023 r. w porównaniu z 2020 r. nastąpił spadek spożycia wszystkich rodzajów alkoholu: wyrobów spirytusowych o 0,3 litra, wina o 0,06 litra i piwa o 0,36 litra w przeliczeniu na 100% alkohol.

2. W latach 2020-2023 w województwie kujawsko-pomorskim zauważalny jest spadek dostępności fizycznej napojów alkoholowych wyrażający się spadkiem liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych - zarówno sklepów, jak i lokali gastronomicznych oraz wzrostem liczby mieszkańców przypadających na 1 punkt sprzedaży napojów alkoholowych.

3. W latach 2020-2023 nastąpił wzrost dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych: piwa o 191 butelek, wina o 68 butelek i wódki o 20 butelek. Zaznaczyć należy, że w 2023 r. w porównaniu z 2022 r. spadła dostępność ekonomiczna piwa.

4. Zgodnie z badaniem ESPAD przeprowadzonym w 2024 r. w województwie kujawsko-pomorskim napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej:

a) odsetki młodzieży spożywającej alkohol w województwie kujawsko-pomorskim są nadal wysokie, ale zauważalny jest trend spadkowy wskaźników picia napojów alkoholowych (kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i 30 dni przed badaniem) zarówno wśród 15-16-latków, jak i 17-18-latków na przestrzeni lat,

b) wskaźniki picia alkoholu są wyższe wśród dziewcząt niż chłopców. W województwie kujawsko-pomorskim większy odsetek dziewcząt niż chłopców pijących alkohol w obu grupach wiekowych (w młodszej kohorcie dziewczęta w większym odsetku niż chłopcy piją mocniejsze alkohole – wódkę i wino).

c) w opinii uczniów poziom dostępności napojów alkoholowych jest wysoki, ale w 2024 r. w porównaniu do wyników z 2019 r. mniejszy odsetek uczniów uważa zdobycie napojów alkoholowych za bardzo łatwe.

d) mimo zakazu sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim znaczny odsetek młodzieży dokonuje zakupu alkoholu, ale w porównaniu z poprzednimi pomiarami zauważalny jest spadek odsetka uczniów, którzy dokonują zakupu napojów alkoholowych w sklepach.

e) uczniowie (szczególnie ze starszej kohorty) bardziej dostrzegają występowanie konsekwencji pozytywnych niż negatywnych wynikających z używania alkoholu;

f) znaczny odsetek rodziców pozwala na picie napojów alkoholowych swoim dzieciom (w grupie uczniów w wieku 15-16 lat co czwarty ojciec i co czwarta matka pozwala na picie alkoholu, a znaczna część uczniów nie potrafi określić jaki jest stosunek rodziców do picia przez nich alkoholu). Większy odsetek rodziców pozwala na picie alkoholu w przypadku dziewcząt niż chłopców, zarówno w młodszej jak i starszej grupie uczniów.

g) odsetki młodzieży w województwie pijącej alkohol są niższe niż te, które odnotowano na poziomie kraju. Mniejszy odsetek dziewcząt z województwa w porównaniu do dziewcząt z próby krajowej pije alkohol. Mniejszy odsetek chłopców z województwa w porównaniu do chłopców z próby krajowej pije alkohol.

5. Badanie EZOP II (2018/2019 r.) w porównaniu z poprzednią edycją badania (2010/2011 r.) wykazało istotne zmniejszenie rozpowszechnienia zaburzeń związanych z alkoholem wśród osób dorosłych (w populacji osób w wieku 18-64 lat) z poziomu 11,9% do 7,8%.

6. Alkohol jest przyczyną wielu szkód zdrowotnych, rodzinnych i społecznych.

(choroby somatyczne, w tym nowotwory, zaburzenia psychiczne, w tym uzależnienie, zaburzenie funkcjonowania rodzin, przemoc, zaburzenia rozwoju u dzieci spowodowane piciem alkoholu przez kobiety w ciąży, wypadki drogowe pod wpływem alkoholu, inne kolizje z prawem).

7. W latach 2020-2024 nastąpił spadek liczby wypadków spowodowanych przez kierujących i pieszych będących pod wpływem alkoholu.

8. Od kilku lat zauważalna jest wyraźna tendencja zwiększania się liczby zgonów z powodu używania alkoholu. Z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych ze spożywaniem alkoholu co roku umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób.

2. Diagnoza problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

Współczesne społeczeństwo mierzy się z wieloma zagrożeniami zdrowotnymi i społecznymi, z których szczególnie alarmującym pozostaje uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Narkomania oraz nikotynizm to zjawiska, które dotyczą ludzi w różnym wieku i środowisku społecznym, przyczyniając się do poważnych konsekwencji indywidualnych oraz zbiorowych. Diagnoza tych problemów stanowi kluczowy krok w kierunku skutecznej profilaktyki i terapii, a także lepszego zrozumienia dynamiki uzależnień.

W niniejszym rozdziale podjęto próbę ukazania skali oraz charakteru zjawiska uzależnień poprzez analizę statystyk i danych dotyczących używania narkotyków oraz palenia tytoniu. Szczególną uwagę poświęcono młodzieży szkolnej, dorosłym, a także społeczno-zdrowotnym skutkom wynikającym z zażywania substancji psychoaktywnych. Nie pominięto również problemów takich jak zagrożenie dla bezpieczeństwa w ruchu drogowym czy związek narkomanii z rozprzestrzenianiem się wirusa HIV. Część dotycząca palenia tytoniu przedstawia z kolei rozpowszechnienie tego nałogu zarówno wśród młodych, jak i dorosłych Polaków ukazując, że mimo postępującej świadomości zdrowotnej, skala problemu wciąż pozostaje niepokojąca.

2.1. Diagnoza zjawiska narkomanii

Diagnoza problemu narkomanii opiera się na kompleksowym rozpoznaniu tego zjawiska w społeczeństwie. Obejmuje analizę jego przyczyn, czynników ryzyka, skutków zdrowotnych, psychicznych i społecznych, a także ocenę rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w różnych grupach wiekowych. Kluczowe jest również identyfikowanie trendów, zmian w postrzeganiu zagrożeń oraz poziomu dostępności narkotyków, co pozwala na formułowanie skutecznych strategii profilaktycznych i interwencyjnych. Szczególne znaczenie ma precyzyjne określenie skali zjawiska w odniesieniu do regionu, płci i wieku, co umożliwia lepsze dostosowanie działań profilaktycznych do realnych potrzeb mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

2.1.1. Skala używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną

Analiza problemu narkomanii wśród dzieci i młodzieży w województwie kujawsko-pomorskim została opracowana na podstawie wyników badań ESPAD przeprowadzonych w 2024 roku, dostarczając kompleksowy obraz skali zjawiska oraz jego uwarunkowań.

Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży

Zjawisko używania substancji psychoaktywnych przez młode osoby budzi niepokój ze względu na potencjalne konsekwencje zdrowotne jak i społeczne. Szczegółowe informacje na temat danych dotyczących rozpowszechnienia poszczególnych substancji psychoaktywnych wśród badanych kiedykolwiek w życiu przedstawia poniższa tabela.

Tabela 19. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	16,5	16,9
	Substancje wziewne	6,5	6,7
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	16,2	17,9
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	9,5	9,9
	Amfetamina	3,2	4,2
	Metamfetamina	2,7	3,9
	LSD lub inne halucynogeny	3,1	4,0
	Crack	2,6	2,7
	Kokaina	3,2	3,7
	Relevin	1,3	1,7
	Heroina	2,4	2,7
	Ecstasy	2,7	3,8
	Grzyby halucynogenne	2,7	3,6
	GHB	1,4	1,8
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,8	3,4
	Alkohol razem z tabletkami	7,1	7,5
	Sterydy anaboliczne	2,9	4,2
	Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	8,9	9,1

Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	34,0	33,1
	Substancje wziewne	6,5	6,3
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	18,8	20,7
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	8,1	8,6
	Amfetamina	5,1	4,5
	Metamfetamina	5,6	3,7
	LSD lub inne halucynogeny	5,2	4,0
	Crack	3,2	2,0
	Kokaina	4,4	3,1
	Relevin	2,3	1,6
	Heroina	2,7	1,9
	Ecstasy	4,5	4,0
	Grzyby halucynogenne	4,9	4,0
	GHB	2,4	1,5
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	3,3	2,3
	Alkohol razem z tabletkami	9,6	10,9
	Sterydy anaboliczne	4,1	3,1
	Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	20,8	19,1

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Interpretacja zebranych danych pozwala sformułować kilka istotnych obserwacji dotyczących skali i charakteru zjawiska używania substancji psychoaktywnych:

- Wraz z wiekiem rośnie odsetek młodzieży deklarującej kontakt z substancjami psychoaktywnymi. W przypadku marihuany i haszyszu w młodszej grupie wiekowej użycie deklaruje 16,5% badanych (Województwo Kujawsko-Pomorskie), a w starszej już 34,0%. Dla porównania, dane ogólnopolskie wynoszą odpowiednio 16,9% i 33,1%.
- Leki uspokajające i nasenne bez recepty zajmują drugie miejsce pod względem popularności: 16,2% w grupie 15–16 lat i 18,8% w grupie 17–18 lat (vs. 17,9% i 20,7% w kraju). Ich stosunkowo wysoka dostępność i legalność mogą sprzyjać bagatelizowaniu ryzyka.
- W starszej kohorcie używanie substancji psychoaktywnych jest zdecydowanie częstsze niż w młodszej. Przykładowo:
 - amfetamina – 5,1% (Województwo Kujawsko-Pomorskie) vs. 3,2% w młodszej grupie
 - metamfetamina – 5,6% vs. 2,7%,
 - kokaina – 4,4% vs. 3,2%,

- LSD – 5,2% vs. 3,1%.

- W niektórych przypadkach wskaźniki dla województwa kujawsko-pomorskiego są wyższe niż średnia krajowa. Dotyczy to m.in. metamfetaminy (5,6% Województwo Kujawsko-Pomorskie vs. 3,7% Polska), cracku (3,2% vs. 2,0%) czy narkotyków iniekcyjnych (3,3% vs. 2,3%).
- Niepokojącym zjawiskiem jest kontakt z substancjami wśród młodszych nastolatków. Już w wieku 15–16 lat odnotowano m.in. użycie heroiny (2,4%), LSD (3,1%) czy narkotyków dożylnych (2,8%).

Dane jednoznacznie wskazują na wyraźny związek między wiekiem uczniów a częstotliwością kontaktu z substancjami psychoaktywnymi. Młodzież w starszym wieku wykazuje większą skłonność do eksperymentowania nie tylko z substancjami miękkimi, ale również twardymi, co może świadczyć o rosnącym poziomie ryzyka zdrowotnego i społecznego.

Województwo kujawsko-pomorskie zasadniczo nie odbiega od krajowych trendów, jednak w przypadku niektórych substancji (np. metamfetaminy czy kokainy) wśród starszej kohorty obserwuje się nieco wyższe wskaźniki niż średnie ogólnopolskie. Te różnice powinny być traktowane jako sygnał ostrzegawczy i punkt wyjścia do dalszych analiz oraz dostosowania programów profilaktycznych do potrzeb lokalnej społeczności.

W celu pełniejszego zobrazowania dynamiki zjawiska, warto przyjrzeć się zmianom w deklarowanym używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież na przestrzeni ostatnich lat, które przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 20. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu

Kohorta		2011	2015	2019	2024
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	26,5	28,1	23,0	16,5
	Substancje wziewne	9,9	9,0	8,1	6,5
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	16,8	17,6	17,0	16,2
	Amfetamina	6,3	7,0	3,2	3,2
	Ecstasy	3,6	4,7	2,9	2,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	36,4	48,8	45,3	34,0
	Substancje wziewne	7,4	5,1	5,1	6,5
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	16,3	19,5	22,5	18,8
	Amfetamina	9,6	8,6	8,6	5,1
	Ecstasy	5,1	4,2	6,9	4,5

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Zaobserwowane zmiany w rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych:

Młodsza kohorta:

- Spożycie marihuany lub haszyszu spadło z 26,5% w 2011 r. do 16,5% w 2024 r.
- Substancje wziewne: z 9,9% do 6,5%.
- Ecstasy: z 3,6% do 2,7%.
- Amfetamina – po znaczącym spadku między 2015 a 2019 – ustabilizowała się na poziomie 3,2%.
- Leki uspokajające i nasenne bez recepty utrzymują się na zbliżonym poziomie (16,8% → 16,2%).

Starsza kohorta:

- Używanie marihuany/haszyszu zmniejszyło się z 48,8% w 2015 r. do 34,0% w 2024 r.
- Substancje wziewne pozostają na zbliżonym poziomie, z nieznacznym wzrostem w 2024 r. (6,5%).
- Leki uspokajające i nasenne osiągnęły najwyższy poziom w 2019r. (22,5%), po czym ich użycie spadło do 18,8%.
- Amfetamina: spadek z 9,6% (2011) do 5,1% (2024).
- Ecstasy: po wzroście w 2019 r. (6,9%) odnotowano spadek do 4,5%.

Między 2011 a 2024 rokiem zauważalny jest spadek używania większości substancji psychoaktywnych wśród młodzieży, zwłaszcza marihuany, amfetaminy i ecstasy. Leki uspokajające i nasenne bez recepty utrzymują się na wysokim poziomie, co może świadczyć o utrzymujących się trudnościach emocjonalnych w tej grupie. Starsza młodzież (17–18 lat) nadal częściej sięga po substancje psychoaktywne, co może wynikać z większej niezależności, łatwiejszego dostępu i presji rówieśniczej.

Trendy w używaniu przetworów konopi wśród młodzieży na przestrzeni lat 2011–2024 pokazują wyraźne zmiany w skali zjawiska.

Tabela 21. Używanie przetworów konopi w latach 2011–2024

Kohorta		2011	2015	2019	2024
Młodsza kohorta (15–16 lat)	Kiedyskolwiek w życiu	26,5	28,1	23,0	16,5
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	22,3	21,3	19,1	12,7
	W czasie 30 dni przed badaniem	11,5	11,7	9,9	5,5
Starsza kohorta (17–18 lat)	Kiedyskolwiek w życiu	36,4	48,8	45,3	34,0
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	28,6	33,4	35,8	23,9
	W czasie 30 dni przed badaniem	17,5	14,8	16,0	12,0

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Dane wskazują na wyraźny trend spadkowy w konsumpcji przetworów konopi w obu grupach wiekowych.

- W młodszej kohorcie odsetek osób, które kiedykolwiek używały konopi, zmniejszył się z 26,5% w 2011 r. do 16,5% w 2024 r.
- Spadek ten jest jeszcze bardziej widoczny w odniesieniu do używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy (z 22,3% do 12,7%) oraz w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem (z 11,5% do 5,5%).

W starszej kohorcie początkowo obserwowano wzrost użycia konopi (szczególnie w 2015 i 2019 r.), jednak w 2024 r. nastąpił znaczny spadek:

- Użycie kiedykolwiek w życiu obniżyło się z 48,8% (2015) do 34,0% (2024).
- Użycie w ostatnich 12 miesiącach spadło z 35,8% (2019) do 23,9% (2024).
- Użycie w ostatnich 30 dniach zmniejszyło się z 17,5% (2011) do 12,0% (2024).

Zmniejszenie użycia w ujęciu rocznym i miesięcznym sugeruje, że młodzież sięga po konopie coraz rzadziej nie tylko okazjonalnie, ale i w codziennym życiu. Starsza kohorta (17–18 lat) wykazuje wyższy poziom konsumpcji przetworów konopi.

Pomimo pozytywnych zmian, nadal istnieje potrzeba dalszych inicjatyw wspierających zdrowie psychiczne i odpowiedzialne postawy, zwłaszcza wśród starszej młodzieży, która częściej sięga po konopie. Różnice w używaniu substancji psychoaktywnych pomiędzy dziewczętami a chłopcami, uwidocznione w tabeli 22, wskazują na odmienne preferencje i wymagają zindywidualizowanego podejścia.

Tabela 22. Używanie substancji psychoaktywnych chociaż raz w życiu wśród chłopców i dziewcząt

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie (chłopcy)	Polska (chłopcy)	Kujawsko-Pomorskie (dziewczęta)	Polska (dziewczęta)
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	18,4	19,7	14,2	14,1
	Substancje wziewne	4,5	5,9	8,3	7,4
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	7,0	10,9	26,1	24,8
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	3,8	7,4	15,6	12,2
	Amfetamina	3,1	5,1	3,0	3,3
	Metamfetamina	3,3	4,4	1,8	3,3
	LSD lub inne halucynogeny	3,8	5,4	2,0	2,7
	Crack	3,3	4,3	1,7	1,2
	Kokaina	3,3	4,7	3,0	2,7
	Relevin	1,4	2,8	0,9	0,6
	Heroina	2,6	3,5	2,0	1,9
	Ecstasy	2,8	5,0	2,2	2,6
	Grzyby halucynogenne	3,5	5,1	1,7	2,1
	GHB	1,7	2,8	0,7	0,8
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,2	4,2	3,2	2,7
	Alkohol razem z tabletkami	4,2	5,4	10,2	9,5
	Sterydy anaboliczne	4,0	6,4	1,7	2,0
	Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	9,1	10,7	8,4	7,6
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	39,4	37,9	28,0	29,4
	Substancje wziewne	6,8	6,5	6,3	6,0
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,0	12,9	23,1	27,4
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	6,8	6,4	9,6	10,5
	Amfetamina	6,0	5,3	4,1	3,7
	Metamfetamina	7,5	4,5	3,4	2,9

LSD lub inne halucynogeny	6,8	5,1	3,1	3,0
Crack	4,5	2,9	1,7	1,1
Kokaina	5,1	4,1	3,6	2,1
Relevin	3,4	2,3	0,7	0,8
Heroina	3,4	2,8	1,9	1,0
Ecstasy	6,0	5,1	2,6	3,0
Grzyby Halucynogenne	6,6	5,3	2,7	2,9
GHB	3,2	2,4	1,2	0,6
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	3,6	3,4	2,7	1,2
Alkohol razem z tabletkami	8,3	7,5	10,8	13,8
Sterydy anaboliczne	6,2	5,2	1,7	1,3
Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	25,0	23,4	16,1	15,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD

Wnioski dotyczące różnic płci w używaniu substancji psychoaktywnych:

- Chłopcy częściej sięgają po marihuanę i haszysz niż dziewczęta, niezależnie od wieku. W młodszej kohorcie różnica wynosi 4,2 punktu procentowego (18,4% vs. 14,2%), a w starszej aż 11,4 punktu (39,4% vs. 28,0%).
- Dziewczęta zdecydowanie częściej używają leków uspokajających i nasennych bez recepty. W grupie 15–16 lat różnica wynosi 19,1 punktu (26,1% vs. 7,0%), a w starszej grupie 8,1 punktu (23,1% vs. 15,0%).
- W przypadku leków przeciwbólowych stosowanych w celach odurzających także dominuje grupa dziewcząt – w młodszej kohorcie 15,6% dziewcząt vs. 3,8% chłopców.
- Chłopcy wykazują wyraźnie wyższe wskaźniki używania substancji stymulujących i halucynogennych, szczególnie w starszej kohorcie:
 - Metamfetamina: 7,5% chłopców vs. 3,4% dziewcząt,
 - LSD: 6,8% vs. 3,1%,
 - Kokaina: 5,1% vs. 3,6%,
 - Ecstasy: 6,0% vs. 2,6%,
 - Grzyby halucynogenne: 6,6% vs. 2,7%.
- Substancje łączone (alkohol + marihuana lub tabletki) są częściej wskazywane przez chłopców, np. w starszej grupie alkohol z marihuaną stosowało 25,0% chłopców vs. 16,1% dziewcząt.

Różnice w preferencjach substancji psychoaktywnych między chłopcami a dziewczętami pokazują odmienne wzorce ich stosowania, co podkreśla potrzebę dostosowania działań profilaktycznych do konkretnych grup młodzieży.

W województwie kujawsko-pomorskim młodsza młodzież (15–16 lat) w czasie ostatnich 12 miesięcy rzadziej sięga po substancje psychoaktywne niż ich rówieśnicy w kraju np. marihuanę używało 12,7% uczniów, wobec

14,5% w skali Polski. W starszej kohorcie (17–18 lat) poziom użycia jest już bardziej zbliżony do średniej krajowej – marihuana: 23,9% vs 23,7%, ecstasy: 3,0% vs 2,6%, amfetamina: 3,4% vs 3,1%. W niektórych przypadkach, jak metamfetamina, wskaźniki w województwie kujawsko-pomorskim są wyższe niż ogólnopolskie.

Dane zawarte w tabeli 23 pokazują różnice w konsumpcji najczęściej stosowanych substancji psychoaktywnych między chłopcami a dziewczętami w ostatnich 12 miesiącach, wskazując na zmieniające się wzorce zachowań.

Tabela 23. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród chłopców i dziewcząt

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie (chłopcy)	Polska (chłopcy)	Kujawsko-Pomorskie (dziewczeta)	Polska (dziewczeta)
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	14,2	17,5	10,8	11,3
	Substancje wziewne	2,4	4,4	5,7	4,2
	Ecstasy	2,6	4,2	1,5	1,5
	Amfetamina	2,1	4,1	1,5	1,9
	Metamfetamina	3,0	4,2	1,5	1,7
	Kokaina	3,0	4,2	1,9	1,5
	Crack	3,0	4,0	1,5	1,0
	Heroina	2,5	3,4	1,5	1,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	28,3	28,4	19,1	19,8
	Substancje wziewne	4,6	3,9	2,0	2,2
	Ecstasy	4,3	4,1	1,5	1,4
	Amfetamina	4,1	4,4	2,4	1,9
	Metamfetamina	4,8	3,5	2,4	2,0
	Kokaina	4,1	3,2	1,2	1,3
	Crack	3,0	2,6	1,5	0,8
	Heroina	3,1	2,5	1,7	0,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Analiza wzorców używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży wskazuje na istotne różnice związane z płcią i wiekiem:

- Chłopcy częściej sięgają po marihuanę i haszysz niż dziewczęta, a ich użycie wzrasta wraz z wiekiem.

- Dziewczęta w młodszej kohorcie częściej używały substancji wziewnych, ale ich stosowanie znacząco spada w starszej grupie.
- W województwie kujawsko-pomorskim młodsza grupa używa substancji psychoaktywnych rzadziej niż średnia krajowa, jednak w starszej kohorcie poziom użycia staje się bardziej zbliżony do ogólnopolskich wartości.

Analizując dalej zmiany w używaniu substancji psychoaktywnych takich jak marihuana, haszysz czy substancje wziewne można zauważyć wyraźne różnice między młodszą a starszą kohortą co pokazuje tabela 24.

Tabela 24. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 30 dni

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	5,5	8,0
	Substancje wziewne	2,8	2,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	12,0	10,7
	Substancje wziewne	2,5	1,9

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Dane z tabeli 24 wskazują, że w młodszej grupie (15–16 lat) odsetek użytkowników konopi był wyższy w Polsce (8,0%) niż w regionie (5,5%), natomiast w starszej kohorcie (17–18 lat) sytuacja się odwraca w Kujawsko-Pomorskiem odnotowano wyższy poziom użycia (12,0%) niż w kraju (10,7%). Użycie substancji wziewnych utrzymuje się na niższym poziomie, z niewielkimi różnicami regionalnymi, w młodszej kohorcie wartości są zbliżone (2,8% vs 2,7%), natomiast w starszej nieco wyższe w regionie (2,5%) niż w Polsce ogółem (1,9%).

Różnice w używaniu substancji psychoaktywnych między chłopcami a dziewczętami w czasie ostatnich 30 dni zostały przedstawione w tabeli 25.

Tabela 25. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 30 dni wśród chłopców i dziewcząt

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie (chłopcy)	Polska (chłopcy)	Kujawsko-Pomorskie (dziewczęta)	Polska (dziewczęta)
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	7,6	10,0	3,0	5,9
	Substancje wziewne	2,1	3,6	3,4	1,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	14,9	14,7	8,7	7,4
	Substancje wziewne	3,3	2,6	1,5	1,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Ocena używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży ujawnia istotne różnice związane z wiekiem i płcią:

Marihuana i haszysz

- Chłopcy częściej sięgają po marihuanę i haszysz niż dziewczęta, a ich stosowanie wzrasta wraz z wiekiem.
- W młodszej kohorcie (15–16 lat) odsetek użytkowników wyniósł 7,6% u chłopców i 3,0% u dziewcząt.
- W starszej kohorcie (17–18 lat) wartości wzrosły do 14,9% u chłopców i 8,7% u dziewcząt.

Substancje wziewne

- Używanie substancji wziewnych było mniej powszechne, ale w młodszej kohorcie dziewczęta częściej po nie sięgały (3,4%) niż chłopcy (2,1%).
- W starszej kohorcie ich stosowanie spadło u dziewcząt (1,5%), ale wzrosło u chłopców (3,3%).

Dane pokazują, że starsza młodzież częściej eksperymentuje z substancjami psychoaktywnymi. Chłopcy częściej używają marihuany i haszyszu niż dziewczęta. Dziewczęta w młodszej kohorcie częściej sięgały po substancje wziewne, ale ich popularność maleje w starszej grupie. W województwie kujawsko-pomorskim młodsza grupa rzadziej używa substancji psychoaktywnych niż średnia krajowa, jednak w starszej kohorcie poziom użycia staje się bardziej zbliżony do ogólnopolskich trendów.

Postawy wobec używania substancji psychoaktywnych

Analiza używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży ujawnia istotne różnice związane z wiekiem, płcią oraz regionalnymi trendami.

Tabela 26. Nieskorzystanie z propozycji spróbowania marihuany lub haszyszu

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie	66,0	63,5
	Tak, jeden lub dwa razy	20,8	22,0
	Tak, trzy razy lub więcej	13,2	14,5
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie	50,1	48,7
	Tak, jeden lub dwa razy	26,7	28,2
	Tak, trzy razy lub więcej	23,3	23,2

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

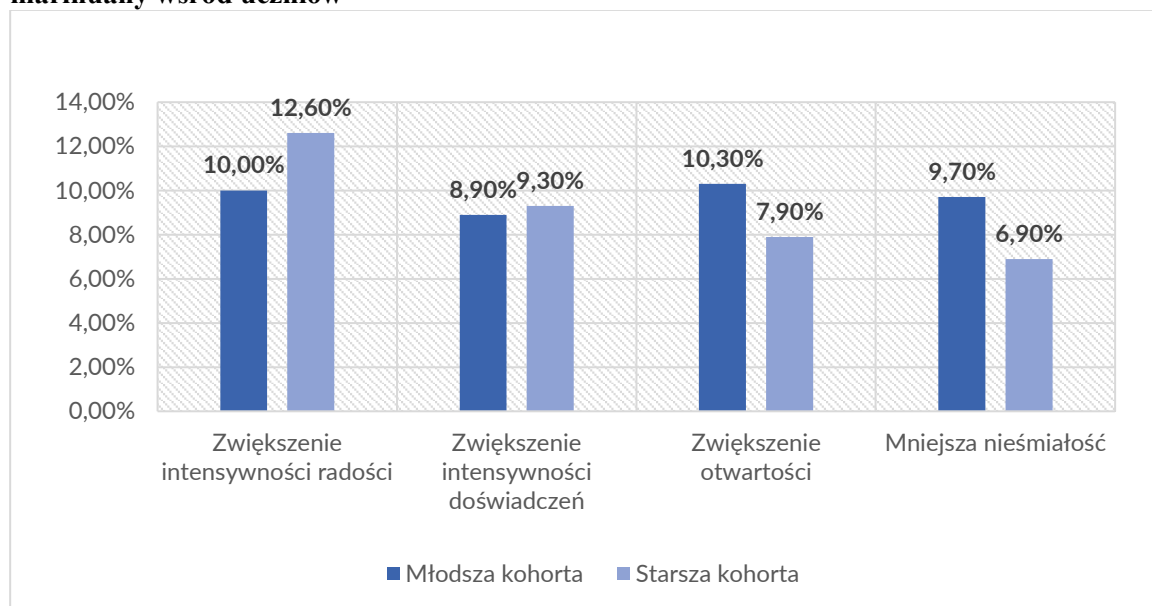
Dane pokazują, że młodsza kohorta (15–16 lat) zdecydowanie częściej odmawia spróbowania marihuany lub haszyszu niż starsza młodzież. W województwie kujawsko-pomorskim aż 66% młodszych respondentów zadeklarowało, że nie skorzystało z takiej propozycji, podczas gdy w starszej grupie odsetek ten spada do 50,1%. Wraz z wiekiem rośnie częstotliwość kontaktu z propozycjami użycia, starsza kohorta częściej deklaruje, że miała okazję spróbować, zarówno jeden lub dwa razy, jak i trzy razy lub więcej.

Oczekiwania młodzieży wobec marihuany i haszyszu

Wyniki badania ESPAD z 2024 r. dla województwa kujawsko-pomorskiego pokazują, że różne grupy wiekowe inaczej postrzegają potencjalne działanie marihuany i haszyszu. W starszej grupie wiekowej (17–18 lat) zauważalna jest większa skłonność do przypisywania tym substancjom korzystnych efektów emocjonalnych, takich jak intensyfikacja radości czy doznań. Natomiast młodsza kohorta (15–16 lat) częściej wskazuje na oczekiwania związane z efektami społecznymi, takimi jak wzrost otwartości czy zmniejszenie nieśmiałości, co ilustruje wykres 9. Różnice te mogą odzwierciedlać odmienne potrzeby

rozwojowe i psychospołeczne poszczególnych grup wiekowych, w tym także etap kształtowania tożsamości interpersonalnej.

Wykres 9. Odsetek odpowiedzi „pewne” dla najczęściej wskazywanych pozytywnych oczekiwań wobec marihuany wśród uczniów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Analiza odpowiedzi uczniów z województwa kujawsko-pomorskiego ujawnia kolejne istotne różnice w postrzeganiu skutków używania marihuany w zależności od wieku badanych.

Postawy młodzieży wobec marihuany – analiza oczekiwań według kohort wiekowych

1. Starsza młodzież częściej spodziewa się efektów takich jak:
 - Zwiększenie intensywności radości – jako „pewne” wskazuje 12,6% starszych uczniów, wobec 10,0% młodszych.
 - Zwiększenie otwartości – „całkiem prawdopodobne” dla 20,4% starszych, przy 14,2% w młodszej grupie.
 - Mniejsza nieśmiałość – „całkiem prawdopodobne” dla 18,4% starszych, wobec 12,2% młodszych.
2. Młodsza kohorta częściej wskazuje, że efekty są „nie możliwe”
 - Bardziej intensywne postrzeganie rzeczy – „nie możliwe” dla 47,0% młodszych vs. 37,5% starszych.
 - Zmniejszenie zahamowań – „nie możliwe” dla 44,5% młodszych vs. 37,2% starszych.
3. Starsi rzadziej wskazują negatywne skutki jako „pewne”
 - Poczucie bycia prześladowanym przez innych – „pewne” dla 5,6% młodszych vs. 2,9% starszych.
 - Trudności z prowadzeniem rozmowy – 5,5% vs. 3,0%.
 - Utrata wątku myślenia – 7,0% vs. 5,4%.

Podsumowując, starsza młodzież częściej dostrzega pozytywne skutki marihuany, podczas gdy młodsza wykazuje większe obawy przed jej negatywnym wpływem.

Używanie leków przez młodzież przepisanych przez lekarza

Dane zawarte w tabeli wskazują, że większość młodzieży z województwa kujawsko-pomorskiego nigdy nie stosowała leków uspokajających ani nasennych przepisanych przez lekarza. Odsetek takich odpowiedzi utrzymuje się na zbliżonym poziomie w obu grupach wiekowych.

Tabela 27. Używanie leków uspokajających i nasennych z przepisu lekarza

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie, nigdy	84,1	82,9
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	8,8	10,4
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	7,2	6,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie, nigdy	84,4	81,3
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	9,3	11,1
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	6,3	7,6

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Podsumowanie danych z tabeli 27:

- W młodszej kohorcie (15–16 lat) 84,1% uczniów nigdy nie używało tych leków, a w starszej grupie (17–18 lat) odsetek ten wynosi 84,4%, co jest wartością nieco wyższą niż średnia krajowa.
- Odsetek osób przyjmujących leki przez trzy tygodnie lub dłużej utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie - 7,2% w młodszej kohorcie i 6,3% w starszej.
- Krótkotrwałe stosowanie leków wzrasta wraz z wiekiem – 8,8% w młodszej kohorcie i 9,3% w starszej.

Analiza stosowania przez młodzież leków uspokajających, nasennych i przeciwbólowych przepisanych przez lekarza pokazuje kolejne wnioski:

Chłopcy z województwa kujawsko-pomorskiego rzadziej stosują leki uspokajające i nasenne niż dziewczęta:

- W młodszej kohorcie (15–16 lat) aż 90,3% chłopców nigdy ich nie używało, w porównaniu do 77,4% dziewcząt.
- W starszej kohorcie (17–18 lat) odsetek ten spada z 90,3 % do 86,9% u chłopców a wzrasta u dziewcząt 77,4 % do 81,6%.

Dziewczęta częściej stosują te leki przez dłuższy czas:

- W młodszej grupie 10,9% dziewcząt używało ich przez trzy tygodnie lub dłużej, wobec tylko 3,6% u chłopców.
- W starszej kohorcie długoterminowe użycie wzrasta do 8,2% u dziewcząt i 4,7% u chłopców.
- W starszej kohorcie krótkoterminowe użycie leków uspokajających wynosi 8,4% u chłopców i 10,2% u dziewcząt.

Leki przeciwbólowe przepisane przez lekarza są powszechnie stosowane przez młodzież, głównie krótkoterminowo:

- W młodszej kohorcie 45,7% uczniów z Kujawsko-Pomorskiego stosowało je krócej niż trzy tygodnie, a 9,6% przez dłuższy czas.
- W starszej kohorcie krótkoterminowe użycie wynosi 45,1%, a długoterminowe 8,9%.

Stosowanie leków uspokajających, nasennych i przeciwbólowych przez młodzież pozostaje umiarkowane, jednak widoczne są wyraźne różnice ze względu na wiek i płeć, przy czym dziewczęta częściej sięgają po te środki.

Używanie dopalaczy

Substancje te, często przedstawiane przez sprzedawców jako „nieszkodliwe” alternatywy dla narkotyków, mogą mieć poważne konsekwencje zdrowotne a ich rzeczywisty skład pozostaje często nieznany.

Poniższa tabela pokazuje, że ich używanie w województwie kujawsko-pomorskim jest niższe w młodszej kohorcie (15–16 lat) niż średnia krajowa, ale wzrasta w starszej grupie (17–18 lat), gdzie odsetek osób, które miały kontakt z tymi substancjami, jest wyższy niż średnia krajowa.

Tabela 28. Używanie dopalaczy

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	5,0	6,6
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	4,1	5,3
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,9	3,9
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	7,3	6,1
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	5,8	4,8
	W czasie 30 dni przed badaniem	3,6	2,8

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Zestawienie pokazuje kluczowe różnice:

- W młodszej kohorcie 5,0% uczniów miało kontakt z dopalaczami kiedykolwiek w życiu, a 2,9% używało ich w ciągu ostatnich 30 dni, co jest niższym wynikiem niż średnia krajowa.
- W starszej grupie 7,3% uczniów miało doświadczenia z dopalaczami, a 3,6% używało ich w ostatnim miesiącu, co wskazuje na większe rozpowszechnienie w tej kohorcie.
- Eksperymentowanie z dopalaczami w młodszej grupie jest mniej powszechne.

Podsumowując:

- Wraz z wiekiem skłonność do używania dopalaczy wzrasta, co może być związane z większą dostępnością tych substancji psychoaktywnych.
- Starsza kohorta wykazuje wyższy poziom ich stosowania niż średnia krajowa.
- Choć używanie dopalaczy w ostatnich 30 dniach pozostaje stosunkowo niskie, ich obecność wśród młodzieży nadal stanowi istotny problem wymagający dalszej obserwacji i działań profilaktycznych.

Aby lepiej zobrazować zmiany w używaniu dopalaczy na przestrzeni lat, warto spojrzeć na poniższą tabelę, która ukazuje dynamikę tego zjawiska.

Tabela 29. Używanie dopalaczy w latach 2011 - 2024

Kohorta		2011	2015	2019	2024
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolewiek w życiu	9,1	11,3	4,0	5,0
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	5,1	8,0	2,9	4,1
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,3	4,9	2,4	2,9
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolewiek w życiu	15,3	12,1	5,2	7,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	5,8	5,6	2,7	5,8
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,7	2,9	1,7	3,6

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Dane przedstawione w powyższej tabeli obrazują zmiany w używaniu dopalaczy przez młodsze (15–16 lat) i starsze (17–18 lat) kohorty na przestrzeni lat 2011–2024.

- W młodszej kohorcie odsetek osób, które kiedykolwiek używały dopalaczy, wzrósł między 2011 a 2015 rokiem (z 9,1% do 11,3%), ale następnie gwałtownie spadł do 4,0% w 2019 roku. W 2024 roku nastąpił niewielki wzrost do 5,0%.
- Podobne zmiany obserwowano w użyciu dopalaczy w ciągu ostatnich 12 miesięcy i 30 dni przed badaniem – po spadku w 2019 r. nastąpił wzrost w 2024 r.
- W starszej kohorcie początkowo odsetek osób, które kiedykolwiek używały dopalaczy, był wyższy niż w młodszej grupie (15,3% w 2011 r.), ale spadł do 5,2% w 2019 r. W 2024 r. nastąpił wzrost do 7,3%.

Po wzroście stosowania dopalaczy w 2015 r. nastąpił gwałtowny spadek w 2019 r., co mogło być efektem zaostżenia regulacji prawnych oraz skutecznych kampanii edukacyjnych. Wzmocniona świadomość społeczna i ograniczona dostępność tych substancji psychoaktywnych mogły przyczynić się do ich mniejszego użycia w tym okresie.

Jednak w 2024 r. odnotowano ponowny wzrost konsumpcji dopalaczy, co może sugerować zmiany w postrzeganiu ryzyka ich stosowania oraz pojawienie się nowych form tych substancji psychoaktywnych.

Dostępność substancji psychoaktywnych

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych stanowi istotny czynnik wpływający na decyzje młodzieży dotyczące ich używania. Analiza danych zawartych w tabeli 30 wskazuje na zróżnicowaną ocenę dostępności tych substancji w zależności od wieku – zarówno w młodszej grupie (15–16 lat), jak i w starszej kohorcie (17–18 lat).

Tabela 30. Ocena dostępności poszczególnych substancji psychoaktywnych

Kohorta		Nie możliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Papierosy	6,3	4,2	10,7	27,7	32,2	18,9
	E-papierosy	6,8	4,3	8,9	23,5	42,1	14,4
	Fajka wodna	18,1	9,7	12,1	13,4	10,4	36,2
	Marihuana lub haszysz	26,6	13,0	11,6	16,8	13,7	18,2
	Amfetamina	37,7	14,9	11,1	9,5	5,2	21,7
	Metamfetamina	38,0	15,3	10,7	9,0	4,7	22,2
	Leki uspokajające lub nasenne	22,1	7,6	10,9	20,7	22,9	15,8
	Ecstasy	37,8	13,3	11,2	7,7	5,3	24,7
	Kokaina	38,9	13,8	10,9	9,6	6,2	20,7
	Heroina	40,5	14,7	10,9	6,8	5,1	22,1
	Dopalacze	36,8	14,8	9,7	9,8	6,4	22,3
Starsza kohorta (17-18 lat)	Papierosy	3,3	3,1	5,1	29,2	49,7	9,6
	E-papierosy	3,3	2,8	3,9	25,8	56,0	8,2
	Fajka wodna	10,4	6,9	16,6	17,5	19,5	29,2
	Marihuana lub haszysz	13,3	10,9	11,5	21,6	23,0	19,7
	Amfetamina	28,4	14,9	13,4	10,8	7,4	25,2
	Metamfetamina	28,0	16,0	12,1	10,1	9,2	24,7
	Leki uspokajające lub nasenne	14,8	7,0	11,2	24,4	25,4	17,2
	Ecstasy	26,7	14,4	13,6	9,0	8,5	27,8
	Kokaina	28,4	16,2	13,3	9,1	7,8	25,2
	Heroina	29,4	17,3	13,0	7,8	6,3	26,0
	Dopalacze	28,8	15,2	12,0	8,3	8,6	27,2

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Starsza młodzież częściej uznaje dostępność papierosów, e-papierosów i marihuany za łatwą, co może wskazywać na większą swobodę w ich nabywaniu.

Analiza kolejnych danych pokazuje następujące wnioski:

- W młodszej kohorcie najłatwiej dostępne są e-papierosy (42,1%) oraz papierosy (32,2%).
- Starsza kohorta ocenia dostępność tych substancji psychoaktywnych jeszcze wyżej – 56,0% dla e-papierosów, 49,7% dla papierosów.
- Marihuana i haszysz są stosunkowo dostępne, szczególnie w starszej grupie, gdzie 23,0% uczniów uważa je za bardzo łatwe do zdobycia (w młodszej kohorcie ten odsetek wynosi 13,7%).
- Narkotyki takie jak amfetamina, metamfetamina, ecstasy, kokaina, heroina są trudniejsze do zdobycia, lecz ich dostępność jest wyższa w starszej kohorcie.

Starsza młodzież częściej uznaje substancje psychoaktywne za łatwo dostępne, co może wynikać z lepszego rozeznania w sposobach ich pozyskiwania.

Zestawienie w tabeli 31 pokazuje, jak zmieniała się postrzegana dostępność substancji psychoaktywnych w latach 2011-2024.

Tabela 31. Ocena dostępności poszczególnych substancji psychoaktywnych jako bardzo znacznej (substancje bardzo łatwe do zdobycia) w latach 2011-2024

Kohorta		2011	2015	2019	2024
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Papierosy	48,4	44,0	42,6	32,2
	Marihuana lub haszysz	22,5	17,7	16,6	13,7
	Amfetamina	9,6	7,6	5,9	5,2
	Leki uspokajające lub nasenne	21,3	25,7	23,1	22,9
	Ecstasy	8,6	7,0	7,6	5,3
	Dopalacze	11,9	14,7	8,9	6,4
Starsza kohorta (17-18 lat)	Papierosy	65,0	72,9	77,3	49,7
	Marihuana lub haszysz	24,9	22,1	23,6	23,0
	Amfetamina	11,6	7,8	8,6	7,4
	Leki uspokajające lub nasenne	20,9	26,1	25,5	25,4
	Ecstasy	9,6	7,1	9,7	8,5
	Dopalacze	12,4	18,5	10,9	8,6

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Dane pokazują kolejne istotne tendencje:

- Dostępność papierosów znacząco spadła – w młodszej kohorcie z 48,4% w 2011 roku do 32,2% w 2024 r., a w starszej grupie z 77,3% w 2019 r. do 49,7% w 2024 r.
- Marihuana i haszysz są coraz trudniej dostępne, zwłaszcza wśród młodszych uczniów, gdzie odsetek osób uznających je za bardzo łatwo dostępne zmniejszył się z 22,5% w 2011 r. do 13,7% w 2024 r. W starszej kohorcie wartości pozostają na podobnym poziomie.
- Substancje syntetyczne, takie jak amfetamina czy dopalacze, odnotowały spadek w dostępności, co może być wynikiem zaostrzenia przepisów prawnych, zwiększenia kontroli sanitarnej oraz penalizacji ich posiadania i sprzedaży. Mimo to problem nie został całkowicie wyeliminowany, ponieważ producenci wciąż wprowadzają na rynek nowe, nieobjęte jeszcze regulacjami związku chemiczne.

Na przestrzeni lat młodzież coraz rzadziej ocenia substancje psychoaktywne jako łatwo dostępne, co może być efektem zmian prawnych.

Jednym z kluczowych aspektów postrzeganej dostępności substancji psychoaktywnych jest wiedza młodzieży na temat miejsc ich zakupu, co przedstawia tabela 32.

Tabela 32. Miejsca, gdzie można łatwo kupić marihuanę lub haszysz

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie znam takich miejsc	67,3	62,7
	Ulica, park	20,6	19,7
	Szkoła	9,8	11,9
	Dyskoteka, bar	4,3	6,0
	Mieszkanie dealera	10,3	12,1
	Internet	10,0	10,9
	Inne miejsce	11,1	14,6
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie znam takich miejsc	59,0	56,5
	Ulica, park	25,0	22,0
	Szkoła	14,0	14,3
	Dyskoteka, bar	5,7	5,0
	Mieszkanie dealera	12,1	17,4
	Internet	13,5	15,9
	Inne miejsce	13,5	14,7

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Dane zawarte w powyższej tabeli przedstawiają różnice w postrzeganiu dostępności marihuany i haszyszu między młodszą (15–16 lat) a starszą (17–18 lat) kohortą. Widoczna jest tendencja wskazująca na wzrost świadomości młodzieży dotyczącej miejsc sprzedaży tych substancji psychoaktywnych wraz z wiekiem.

Z danych przedstawionych w tabeli wynikają następujące wnioski:

- Większość młodszej kohorty nie zna miejsc sprzedaży – 67,3% uczniów deklaruje brak wiedzy na ten temat, co jest wartością wyższą niż średnia krajowa (62,7%). W starszej grupie odsetek ten spada do 59,0%.
- Najczęściej wskazywane miejsca zakupu to ulica i park, gdzie handel tymi substancjami odbywa się w przestrzeni publicznej – 20,6% młodszych uczniów i 25,0% starszych uznaje je za dostępne źródło.
- Szkoła pojawia się jako miejsce sprzedaży, choć w mniejszym stopniu – 9,8% młodszej kohorty i 14,0% starszej uważa ją za jedno ze źródeł.
- Internet oraz mieszkanie dealera są częściej wskazywane przez starszą młodzież.

Starsza młodzież wykazuje większą świadomość miejsc, w których można nabyć marihuanę i haszysz, co może wynikać z częstszych kontaktów z przestrzeniami publicznymi, takimi jak parki, ulice czy dyskoteki, gdzie substancje te są dostępne. Wśród tej grupy rosnącą rolę w dystrybucji odgrywają internet oraz prywatne lokale, co wskazuje na zmieniające się mechanizmy sprzedaży.

Dane dotyczące miejsc, w których młodzież uznaje zakup marihuany i haszyszu za łatwy, w latach 2011–2024 przedstawia tabela 33.

Tabela 33. Miejsca gdzie łatwo kupić marihuanę lub haszysz w latach 2011-2024

Kohorta		2011	2015	2019	2024
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie znam takich miejsc	53,5	56,0	57,1	67,3
	Ulica, park	20,2	21,9	22,7	20,6
	Szkoła	13,3	15,4	14,6	9,8
	Dyskoteka, bar	17,1	13,1	11,7	4,3
	Mieszkanie dealera	18,1	16,6	12,4	10,3
	Internet	10,4	11,3	10,2	10,0
	Inne miejsce	5,7	6,5	7,3	11,1
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie znam takich miejsc	48,6	48,8	48,5	59,0
	Ulica, park	23,3	25,9	26,4	25,0
	Szkoła	15,4	17,5	15,6	14,0
	Dyskoteka, bar	24,7	17,4	21,0	5,7
	Mieszkanie dealera	18,2	21,4	21,0	12,1
	Internet	6,5	10,7	11,4	13,5
	Inne miejsce	7,5	5,9	7,3	13,5

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Widać wyraźny wzrost liczby osób deklarujących brak znajomości miejsc sprzedaży substancji psychoaktywnych.

Obraz sytuacji przedstawiony w tabeli pozwala sformułować następujące wnioski:

- W młodszej kohorcie odsetek osób nieznających miejsc sprzedaży wzrósł z 53,5% w 2011 roku do 67,3% w 2024 roku, co może sugerować spadek ekspozycji na środowiska związane z ich dystrybucją.
- W starszej grupie ten wzrost jest również zauważalny z 48,6% do 59,0%, choć nadal jest ona bardziej świadoma miejsc zakupu niż młodsza kohorta.
- Szkoła coraz rzadziej pojawia się jako miejsce sprzedaży, a liczba uczniów wskazujących ją jako źródło marihuany lub haszyszu zmniejszyła się w obu kohortach.
- Dyskoteki i bary tracą na znaczeniu jako miejsca zakupu, szczególnie wśród młodszej kohorty, gdzie odsetek wskazań spadł z 17,1% w 2011 roku do 4,3% w 2024 roku.
- Internet pozostaje stabilnym kanałem dystrybucji, co może świadczyć o jego rosnącej atrakcyjności ze względu na anonimowość i wygodę.

Ocena ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych

Zestawienie poziomu ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych wśród młodzieży w województwie kujawsko-pomorskim ujawnia istotne różnice pomiędzy grupami wiekowymi. Dane zaprezentowane w tabeli 34 wskazują, że młodsza kohorta (15–16 lat) oraz starsza (17–18 lat) w odmienny sposób oceniają ryzyko związane z używaniem poszczególnych substancji, co może być związane z różnicami w zakresie doświadczeń, wiedzy oraz postaw wobec tego typu zachowań.

Tabela 34. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji psychoaktywnych

Kohorta		Nie ma ryzyka	Małe ryzyko	Umiarkowane ryzyko	Duże ryzyko	Nie wiem
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Pałą papierosy od czasu do czasu	11,9	36,2	35,9	11,0	4,9
	Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie	4,0	4,4	15,7	70,7	5,1
	Próbują 1 raz lub 2 razy elektronicznych papierosów	26,6	41,4	16,0	9,7	6,2
	Używają codziennie elektronicznych papierosów	5,4	9,3	29,3	50,3	5,7
	Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu	14,5	21,9	21,3	29,5	12,9
	Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	7,6	15,6	31,2	33,3	12,2
	Pałą marihuanę lub haszysz regularnie	5,0	4,4	10,6	68,1	11,9
	Próbują 1 raz lub 2 razy esctasy	6,7	13,9	21,5	37,6	20,3
	Biorą esctasy regularnie	3,9	1,9	8,0	67,8	18,3

	Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminę	6,0	10,2	22,4	45,2	16,2
	Biorą amfetaminę regularnie	4,4	1,4	4,5	74,3	15,4
	Próbują 1 raz lub 2 razy syntetycznych kannabinoidów	5,9	10,5	20,1	39,6	24,0
	Biorą syntetyczne kannabinoidy regularnie	4,4	1,4	5,4	66,8	22,0
	Próbują 1 raz lub 2 razy dopalaczy	10,5	21,6	27,5	29,7	10,8
	Biorą dopalacze regularnie	7,8	1,1	4,3	76,8	10,1
Starsza kohorta (17-18 lat)	Pałą papierosy od czasu do czasu	10,6	37,3	36,4	12,4	3,3
	Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie	4,8	3,9	17,2	71,0	3,2
	Próbują 1 raz lub 2 razy elektronicznych papierosów	31,7	41,6	15,5	7,3	4,0
	Używają codziennie elektronicznych papierosów	6,1	10,0	30,7	49,4	3,8
	Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu	21,6	25,2	17,8	25,7	9,7
	Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	10,4	22,1	29,0	28,6	10,0
	Pałą marihuanę lub haszysz regularnie	5,0	5,9	16,5	62,7	9,8
	Próbują 1 raz lub 2 razy esctasy	7,2	13,7	18,8	42,3	18,0
	Biorą esctasy regularnie	4,1	2,1	5,9	72,1	15,8
	Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminę	5,5	9,2	18,6	53,2	13,5
	Biorą amfetaminę regularnie	4,1	1,4	2,7	79,3	12,5
	Próbują 1 raz lub 2 razy syntetycznych kannabinoidów	5,6	9,9	15,2	45,5	23,7
	Biorą syntetyczne kannabinoidy regularnie	4,2	1,7	5,0	66,2	22,8

	Próbują 1 raz lub 2 razy dopalaczy	9,8	17,3	25,2	40,0	7,7
	Biorą dopalacze regularnie	7,4	0,9	2,8	81,2	7,6

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Na podstawie powyższych danych można sformułować następujące wnioski:

- Palenie papierosów okazjonalnie jest postrzegane jako stosunkowo mało ryzykowne – aż 36,2% młodszej i 37,3% starszej kohorty ocenia je jako „małe ryzyko”, a tylko 11,0% i 12,4% jako „duże ryzyko”.
- Codzienne palenie papierosów – 70,7% młodszych i 71,0% starszych uczniów uznaje je za „duże ryzyko”, co wskazuje na silną świadomość zdrowotnych konsekwencji.
- Eksperymentowanie z e-papierosami (1–2 razy) jest oceniane jako mało ryzykowne przez 41,4% młodszej i 41,6% starszej kohorty, natomiast codzienne używanie – 50,3% młodszych i 49,4% starszych wskazuje na „duże ryzyko”.
- Marihuana i haszysz są postrzegane jako bardziej ryzykowne przy regularnym używaniu – 68,1% młodszej i 62,7% starszej kohorty ocenia je jako „duże ryzyko”. Dla okazjonalnego użycia (1–2 razy), tylko 29,5% młodszych i 25,7% starszych wskazuje na „duże ryzyko”, co może świadczyć o większej akceptacji eksperymentowania.
- W opinii 67,8% młodszej i 72,1% starszej grupy badanych, regularne stosowanie ecstasy wiąże się z „dużym ryzykiem” zagrożenia. Jednorazowe użycie tej substancji jako ryzykowne postrzega je odpowiednio 37,6% i 42,3% osób.
- Amfetamina jest uznawana za jedną z najbardziej niebezpiecznych substancji – regularne użycie oceniane jako „duże ryzyko” przez 74,3% młodszej i aż 79,3% starszej kohorty.
- Regularne użycie dopalaczy oceniane jako „duże ryzyko” przez 76,8% młodszych i 81,2% starszych uczniów.
- Wysoki poziom odpowiedzi „nie wiem” (np. 24,0% dla jednorazowego użycia syntetycznych kannabinoidów w młodszej kohorcie) może wskazywać na brak wiedzy lub doświadczenia, co podkreśla potrzebę edukacji w zakresie skutków używania substancji psychoaktywnych.

Młodzież szkolna wykazuje wysoką świadomość ryzyka związanego z regularnym używaniem substancji psychoaktywnych, szczególnie twardych narkotyków, choć w przypadku okazjonalnych eksperymentów, zwłaszcza z marihuaną i e-papierosami ocena zagrożenia jest wyraźnie niższa.

Tendencje w ocenie ryzyka na przestrzeni lat ilustruje poniższa tabela, przedstawiająca odsetki badanych, którzy wskazali na „duże ryzyko” związane z używaniem poszczególnych substancji psychoaktywnych w latach 2011–2024.

Tabela 35. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji psychoaktywnych - odsetki badanych wybierających odpowiedź „duże ryzyko” w latach 2011-2024

Kohorta		2011	2015	2019	2024
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Pałą papierosy od czasu do czasu	9,4	11,0	11,6	11,0
	Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie	69,2	70,1	77,2	70,7
	Próbują 1 raz lub 2 razy	X	X	5,9	9,7

	elektronicznych papierosów				
	Używają codziennie elektronicznych papierosów	X	X	X	50,3
	Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu	24,6	24,9	23,9	29,5
	Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	25,4	26,6	27,6	33,3
	Pałą marihuanę lub haszysz regularnie	61,1	65,8	60,3	68,1
	Próbują 1 raz lub 2 razy ecstasy	27,6	29,9	34,6	37,6
	Biorą ecstasy regularnie	62,0	71,3	71,8	67,8
	Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminę	32,8	37,3	44,2	45,2
	Biorą amfetaminę regularnie	69,6	79,9	82,3	74,3
	Próbują 1 raz lub 2 razy syntetycznych kannabinoidów	X	X	40,1	39,6
	Biorą syntetyczne kannabinoidy regularnie	X	X	X	66,8
	Próbują 1 raz lub 2 razy dopalaczy	18,5	20,2	42,3	29,7
	Biorą dopalacze regularnie	72,4	77,4	86,3	76,8
Starsza kohorta (17-18 lat)	Pałą papierosy od czasu do czasu	11,0	11,4	11,2	12,4
	Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie	71,6	73,3	77,8	71,0
	Próbują 1 raz lub 2 razy elektronicznych	X	X	6,2	7,3

	papierosów				
	Używają codziennie elektronicznych papierosów	X	X	X	49,4
	Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu	20,3	20,1	15,6	25,7
	Palą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	22,7	25,7	21,1	28,6
	Palą marihuanę lub haszysz regularnie	63,7	64,5	58,7	62,7
	Próbują 1 raz lub 2 razy ecstasy	31,7	37,9	35,4	42,3
	Biorą ecstasy regularnie	70,1	74,4	76,1	72,1
	Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminę	37,0	47,0	47,3	53,2
	Biorą amfetaminę regularnie	76,1	82,8	83,6	79,3
	Próbują 1 raz lub 2 razy syntetycznych kannabinoidów	X	X	44,8	45,5
	Biorą syntetyczne kannabinoidy regularnie	X	X	X	66,2
	Próbują 1 raz lub 2 razy dopalaczy	17,0	27,4	46,0	40,0
	Biorą dopalacze regularnie	73,4	82,7	88,0	81,2

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Na podstawie danych z tabeli 35 można wskazać kilka wyraźnych tendencji i wniosków dotyczących postrzeganego ryzyka używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży w latach 2011–2024:

- W młodszej kohorcie nastąpił wzrost odsetka osób postrzegających regularne używanie marihuany i haszyszu jako obarczone dużym ryzykiem – z 61,1% w 2011 r. do 68,1% w 2024 r. co może świadczyć o rosnącej świadomości zagrożeń zdrowotnych.
- Eksperymentowanie z ecstasy i amfetaminą jest coraz częściej oceniane jako ryzykowne – szczególnie wśród młodszych uczniów (w 2024 r. 45,2% wskazań dla amfetaminy). W starszej kohorcie wartość ta wyniosła aż 53,2%.

- Postrzeganie ryzyka regularnego używania dopalaczy i syntetycznych kannabinoidów utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie - w 2024 r. ponad 66% badanych wskazało na duże zagrożenie w przypadku tych substancji.
- Dane dotyczące codziennego używania elektronicznych papierosów pojawiły się po raz pierwszy w 2024 r., wskazując na istotny poziom postrzeganego ryzyka – 50,3% w młodszej kohorcie oraz 49,4% w starszej.

Świadomość zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wzrosła wśród młodzieży, szczególnie w odniesieniu do marihuany, ecstasy i amfetaminy, co może świadczyć o rosnącej dostępności rzetelnych informacji na temat ich konsekwencji.

Analiza danych z badania ESPAD 2024 wskazuje na ogólny trend spadkowy w używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież w województwie kujawsko-pomorskim, co może być efektem skutecznych działań profilaktycznych oraz wzrostu świadomości zdrowotnej. Największy spadek dotyczy marihuany, haszyszu i amfetaminy jednak utrzymuje się wysoka popularność leków uspokajających i nasennych dostępnych bez recepty, zwłaszcza wśród dziewcząt, co podkreśla potrzebę promowania zdrowych strategii radzenia sobie ze stresem. Młodsza kohorta (15–16 lat) sięga po substancje psychoaktywne rzadziej niż wynosi średnia krajowa, natomiast starsza grupa (17–18 lat) wykazuje wartości zbliżone do ogólnopolskich trendów. Wraz z wiekiem rośnie skłonność do eksperymentowania, szczególnie w kontekście marihuany i haszyszu. Starsza kohorta częściej postrzega substancje jako łatwiej dostępne, zwłaszcza papierosy, e-papierosy i marihuanę. Choć dostępność twardych narkotyków pozostaje ograniczona, w tej grupie jest ona wyraźnie wyższa, co wskazuje na potrzebę wzmocnienia kontroli oraz dalszej edukacji. Pomimo pozytywnych zmian i spadku używania niektórych substancji, nadal istnieje konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych oraz edukacji w zakresie zdrowia psychicznego, aby skutecznie przeciwdziałać ryzykownym zachowaniom wśród młodzieży.

2.1.2. Używanie narkotyków przez osoby w wieku 15-64 lat

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom przeprowadziło ogólnopolskie badania dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez Polaków. Ich wyniki dostarczają istotnych informacji na temat rozpowszechnienia tego zjawiska i jego wpływu na społeczeństwo. Analiza wyników badań wskazuje, że mężczyźni częściej niż kobiety sięgają po substancje psychoaktywne, co potwierdza istotne różnice międzypłciowe w zakresie używania narkotyków.

Używanie substancji psychoaktywnych w populacji ogólnej

Poniższa tabela prezentuje szczegółowe dane dotyczące używania substancji psychoaktywnych w populacji 15–64 lat (2023/2024) w Polsce.

Tabela 36. Rozpowszechnianie używania różnych substancji psychoaktywnych w Polsce z podziałem na płeć

Nazwa substancji psychoaktywnych	Mężczyźni	Kobiety	Łącznie
Jakikolwiek narkotyk	27,0	15,7	21,1
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	24,6	14,1	19,1
Jakiekolwiek opioidy	1,4	0,2	0,8
Heroina	0,7	0,2	0,5

Kokaina i crack	2,0	1,1	1,5
Amfetamina	4,5	1,6	3,0
Metamfetamina	0,6	0,3	0,4
Ecstasy/MDMA	1,9	1,3	1,6
LSD	1,5	0,6	1,0
Grzyby halucynogenne	1,5	0,6	1,0
GHB/GBL	0,1	0,1	0,1
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,6	0,4	0,5
Sterydy anaboliczne	0,5	0,0	0,3
Nowe substancje psychoaktywne	4,3	2,0	3,1

Źródło: Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024

Wnioski z tabeli 36:

1. Mężczyźni częściej sięgają po narkotyki niż kobiety
 - Ogólny wskaźnik używania jakiegokolwiek narkotyku wynosi 27,0% dla mężczyzn i 15,7% dla kobiet, co potwierdza wyraźne różnice międzypłciowe w zakresie eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi.
2. Marihuana pozostaje najczęściej używaną substancją
 - 24,6% mężczyzn i 14,1% kobiet deklaruje użycie marihuany lub innych przetworów konopi indyjskich, co czyni ją najpopularniejszym narkotykiem w obu grupach.
3. Nowe substancje psychoaktywne zyskują na znaczeniu
 - Używanie NSP (tzw. dopalaczy) deklaruje 4,3% mężczyzn i 2,0% kobiet.
4. Stymulanty (amfetamina, ecstasy, kokaina) częściej używane przez mężczyzn
 - Amfetamina: 4,5% mężczyzn vs 1,6% kobiet
 - Ecstasy/MDMA: 1,9% mężczyzn vs 1,3% kobiet
 - Kokaina i crack: 2,0% mężczyzn vs 1,1% kobiet
5. Substancje halucynogenne i wziewne mają marginalne rozpowszechnienie
 - LSD i grzyby halucynogenne: po 1,5% mężczyzn i 0,6% kobiet
 - Substancje wziewne: 0,6% mężczyzn, 0,4% kobiet
6. Sterydy anaboliczne używane niemal wyłącznie przez mężczyzn
 - 0,5% mężczyzn zadeklarowało ich użycie, podczas gdy wśród kobiet wskaźnik wynosi 0,0%.

Dane potwierdzają, że mężczyźni są bardziej skłonni do eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi, szczególnie tymi o działaniu stymulującym i halucynogennym.

W celu zestawienia danych z lat 2023/2024 z szerszym kontekstem porównawczym, poniżej przedstawiono wyniki badań z lat 2018–2019, umożliwiające ocenę trendów w używaniu substancji psychoaktywnych z podziałem na płeć.

Tabela 37. Używanie substancji psychoaktywnych w populacji 15–64 lat w Polsce z podziałem na płeć (wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu w latach 2018–2019 oraz 2023–2024)

Substancja	Kobiety 2018–19 (%)	Kobiety 2023–24 (%)	Mężczyźni 2018–19 (%)	Mężczyźni 2023–24 (%)	Łącznie 2018–19 (%)	Łącznie 2023–24 (%)
Jakikolwiek narkotyk	10,3	15,7	21,9	27,0	16,1	21,1
Konopie indyjskie	7,7	14,1	16,4	24,6	12,1	19,1
Opioidy (ogółem)	0,4	0,2	1,3	1,4	0,9	0,8
Heroina	0,4	0,2	1,3	0,7	0,8	0,5
Kokaina (w tym crack)	0,4	1,1	1,1	2,0	0,7	1,5
Amfetaminy	1,4	1,6	3,3	4,5	2,4	3,0
Ecstasy / MDMA	0,7	1,3	1,3	1,9	1,0	1,6
LSD	0,7	0,6	1,3	1,5	1,0	1,0
Inne halucynogeny / grzyby halucynogenne	0,9	0,6	0,9	1,5	0,9	1,0

Rozpuszczalniki lub inhalatory	0,2	0,4	0,5	0,6	0,3	0,5
Sterydy anaboliczne	0,1	0,0	1,3	0,5	0,7	0,3
GHB / GBL	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
Nowe substancje psychoaktywne (NSP / dopalacze)	2,6	2,0	5,3	4,3	3,9	3,1

Źródło: Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024 i Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020 – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Na podstawie przedstawionych danych można sformułować następujące obserwacje:

- Wyraźny wzrost używania konopi indyjskich: Nastąpił znaczny wzrost rozpowszechnienia używania marihuany – o 7 pkt proc. ogółem (z 12,1% do 19,1%), zarówno wśród kobiet (+6,4 pp), jak i mężczyzn (+8,2 pp).
- Mężczyźni konsekwentnie deklarują wyższy poziom kontaktu z większością substancji psychoaktywnych – zarówno w 2018–2019, jak i 2023–2024 r.
- Spadek używania heroiny i dopalaczy: Wskaźniki dla heroiny i nowych substancji psychoaktywnych (NSP) obniżyły się w całej populacji.
- Wzrost popularności kokainy i ecstasy:
Kokaina (w tym crack):
Kobiety: wzrost z 0,4% (2018–19) do 1,1% (2023–24)
Mężczyźni: wzrost z 1,1% do 2,0%
Łącznie: wzrost z 0,7% do 1,5%

Ecstasy / MDMA:
Kobiety: wzrost z 0,7% do 1,3%
Mężczyźni: wzrost z 1,3% do 1,9%
Łącznie: wzrost z 1,0% do 1,6%
- Sterydy anaboliczne w odwrocie: Znaczący spadek wśród mężczyzn (z 1,3% do 0,5%) może świadczyć o spadku zainteresowania tą grupą substancji psychoaktywnych.
- Niewielkie różnice lub stabilność w przypadku LSD, GHB/GBL czy rozpuszczalników – bez wyraźnych trendów wzrostu czy spadku ogółem.

W ostatnich latach zaobserwowano wyraźne zmiany w używaniu substancji psychoaktywnych w Polsce – wzrost popularności marihuany, kokainy i ecstasy, spadek użycia heroiny, dopalaczy i sterydów anabolicznych, przy utrzymującej się dominacji mężczyzn w deklaracjach kontaktu z tymi substancjami.

Trendy używania substancji psychoaktywnych w populacji osób w wieku 15–64 lat

Tabela 38 zawiera dane dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez osoby w wieku 15–64 lat w Polsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy (2023/2024), z uwzględnieniem podziału na kobiety i mężczyzn.

Tabela 38. Odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych w rozbiu na płeć (wskaźnik używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy 15-64 lata, pomiar z lat 2023/2024)

Nazwa substancji	Mężczyźni	Kobiety	Łącznie
Jakikolwiek narkotyk	9,4	3,5	6,2
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	8,5	3,2	5,7
Jakiekolwiek opioidy	0,1	0,1	0,1
Heroina	0,1	0,0	0,1
Kokaina i crack	0,5	0,2	0,4
Kokaina	0,5	0,2	0,4
Amfetamina	1,0	0,3	0,6
Metamfetamina	0,2	0,0	0,1
Ecstasy/MDMA	0,3	0,1	0,2
LSD	0,5	0,1	0,3
Grzyby halucynogenne	0,2	0,1	0,2
Sterydy anaboliczne	0,0	0,1	0,1
Nowe substancje psychoaktywne	1,0	0,3	0,6

Źródło: Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024

Na podstawie danych zawartych w powyższej tabeli (wskaźnik używania substancji psychoaktywnych w ciągu 12 miesięcy) można sformułować następujące wnioski:

- Marihuana pozostaje najczęściej używaną substancją psychoaktywną – jej konsumpcję zadeklarowało 5,7% badanych, przy czym częściej sięgają po nią mężczyźni (8,5%) niż kobiety (3,2%).
- Nowe substancje psychoaktywne oraz amfetamina wykazują stosunkowo dużą popularność, zwłaszcza wśród mężczyzn.

- Opioidy oraz kokaina są używane rzadziej wśród badanych osób.
- Mężczyźni częściej sięgają po narkotyki niż kobiety, co widoczne jest w prawie wszystkich kategoriach substancji psychoaktywnych.

Różnice w używaniu substancji psychoaktywnych między płciami wskazują na wyraźnie większą skłonność mężczyzn do sięgania po narkotyki, co może mieć istotne znaczenie dla projektowania działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Dla pogłębienia analizy i lepszego zrozumienia kierunków zmian, poniżej przedstawiono zestawienie wskaźnika używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy w latach 2018/2019 i 2023/2024, z wyszczególnieniem różnic między kobietami i mężczyznami oraz wartości łącznych.

Tabela 39. Porównanie odsetka osób używających substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Polsce w latach 2018/2019 i 2023/2024 – z podziałem na płeć

Substancja	Kobiety 2018/19 (%)	Kobiety 2023/24 (%)	Mężczyźni 2018/19 (%)	Mężczyźni 2023/24 (%)	Łącznie 2018/19 (%)	Łącznie 2023/24 (%)
Jakikolwiek narkotyk	3,7	3,5	7,2	9,4	5,4	6,2
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	2,6	3,2	5,0	8,5	3,8	5,7
Jakikolwiek opioidy	0,3	0,1	0,7	0,1	0,5	0,1
Heroina	0,3	0,0	0,7	0,1	0,5	0,1
Kokaina (w tym crack)	0,2	0,2	0,3	0,5	0,3	0,4
Amfetamina	0,7	0,3	0,9	1,0	0,8	0,6
Ecstasy / MDMA	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,2

LSD	0,5	0,1	0,5	0,5	0,5	0,3
Grzyby halucynogenne	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Sterydy anaboliczne	0,1	0,1	0,4	0,0	0,2	0,1
Nowe substancje psychoaktywne (NSP / dopalacze)	0,7	0,3	1,3	1,0	1,0	0,6

Źródło: Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024 i Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020 – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Porównanie wyników z lat 2018/2019 i 2023/2024 uwidacznia zmiany w zakresie używania substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem różnic płciowych:

- Wzrost używania konopi indyjskich: Odnotowano wyraźny wzrost wskaźnika używania marihuany – zarówno wśród mężczyzn (z 5,0% do 8,5%), jak i kobiet (z 2,6% do 3,2%), co przekłada się na wzrost ogólny z 3,8% do 5,7%.
- Wzrost ogólnego wskaźnika używania narkotyków: Z 5,4% do 6,2% ogółem, głównie za sprawą zwiększonego użycia wśród mężczyzn (z 7,2% do 9,4%).
- Znaczący spadek używania opioidów: Wskaźniki spadły z 0,5% do 0,1% ogółem.
- Stabilizacja/spadek popularności syntetyków: Użycie substancji psychoaktywnych takich jak ecstasy/MDMA, LSD czy amfetamina wykazuje niewielkie spadki wśród kobiet lub pozostaje bez zmian wśród mężczyzn.
- Nieznaczny wzrost konsumpcji kokainy: Wskaźniki wzrosły z 0,3% do 0,4% ogółem, przy czym wzrost ten dotyczy przede wszystkim mężczyzn.

Zestawienie danych z lat 2018/2019 i 2023/2024 wskazuje, że wskaźnik używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Polsce umiarkowanie wzrósł, głównie za sprawą wyraźnego zwiększenia konsumpcji konopi indyjskich, przy jednoczesnym spadku używania opioidów i stabilizacji w zakresie większości pozostałych substancji.

Aby dokładniej przeanalizować najnowsze trendy w używaniu substancji psychoaktywnych, warto przyjrzeć się danym dotyczącym konsumpcji w ciągu ostatnich 30 dni.

Tabela 40. Odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych w rozbiciu na płeć (wskaźnik używania w ciągu ostatnich 30 dni 15-64 lata, pomiar z lat 2023/2024)

Nazwa substancji psychoaktywnych	Mężczyźni (%)	Kobiety (%)	Łącznie (%)
Jakikolwiek narkotyk	4,6	1,2	2,8

Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	4,4	1,1	2,6
Jakiegokolwiek opioidy	0,0	0,0	0,0
Heroina	0,0	0,0	0,0
Kokaina i crack	0,1	0,1	0,1
Kokaina	0,1	0,1	0,1
Amfetamina	0,4	0,1	0,3
Metamfetamina	0,1	0,0	0,1
Ecstasy/MDMA	0,1	0,0	0,1
LSD	0,2	0,0	0,1
Grzyby halucynogenne	0,0	0,0	0,0
GHB/GBL	0,0	0,0	0,0
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,0	0,0	0,0
Nowe substancje psychoaktywne	0,4	0,1	0,2

Źródło: Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024

Z danych przedstawionych w powyższej tabeli wynikają następujące wnioski:

- Marihuana pozostaje najczęściej używaną substancją psychoaktywną w Polsce, szczególnie wśród mężczyzn (4,4% vs. 1,1% kobiet), co przekłada się na ogólny wskaźnik 2,6% użycia w ciągu ostatnich 30 dni.
- Różnice między płciami są wyraźne – mężczyźni znacznie częściej niż kobiety deklarują używanie niemal wszystkich substancji psychoaktywnych.
- Użycie większości substancji psychoaktywnych pozostaje na bardzo niskim poziomie, a w przypadku opioidów, grzybów halucynogennych, GHB/GBL i substancji wziewnych – odsetki są zerowe.
- Amfetamina i LSD są najczęściej wskazywanymi substancjami po marihuanie.

Badania potwierdzają istotne różnice w używaniu substancji psychoaktywnych między płciami, przy czym mężczyźni częściej sięgają po narkotyki. Marihuana jest dominującą substancją, a niskie wskaźniki używania

twardych narkotyków mogą wynikać z ich trudniejszej dostępności oraz większej społecznej świadomości zagrożeń.

Aby uchwycić aktualne trendy w używaniu substancji psychoaktywnych, warto porównać dane z lat 2023/2024 z wynikami z 2018/2019. Analiza wskaźnika używania w ostatnich 30 dniach, z podziałem na płeć pozwala ocenić bieżący poziom konsumpcji.

Tabela 41. Porównanie wskaźnika używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni wśród osób w wieku 15–64 lat w Polsce w latach 2018/2019 i 2023/2024 – z podziałem na płeć

Substancja	Kobiety 2018/ 19 (%)	Kobiety 2023/ 24 (%)	Mężczyźni 2018/ 19 (%)	Mężczyźni 2023/ 24 (%)	Łącznie 2018/ 19 (%)	Łącznie 2023/ 24 (%)
Jakikolwiek narkotyk	1,9	1,2	4,1	4,6	3,0	2,8
Konopie indyjskie	1,3	1,1	2,7	4,4	2,0	2,6
Opioidy (ogółem)	0,3	0,0	0,7	0,0	0,5	0,0
Heroina	0,3	0,0	0,6	0,0	0,4	0,0
Kokaina (w tym crack)	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1
Amfetaminy	0,5	0,1	0,5	0,4	0,5	0,3
Ecstasy / MDMA	0,3	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1
LSD	0,4	0,0	0,5	0,2	0,4	0,1
Rozpuszczalniki lub inhalatory	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0
GHB / GBL	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0

Dopalacze (NSP)	0,2	0,1	0,3	0,4	0,2	0,2
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Źródło: Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024 i Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020 – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Z analizy danych zawartych w tabeli 41 dotyczącej używania substancji psychoaktywnych w Polsce wynikają następujące wnioski:

- Spadek używania ogółem i wśród kobiet: W ciągu pięciu lat nastąpił nieznaczny spadek łącznego wskaźnika używania jakiegokolwiek narkotyku (z 3,0% do 2,8%). Spadek ten jest szczególnie widoczny wśród kobiet (z 1,9% do 1,2%).
- Wzrost używania konopi indyjskich przez mężczyzn: Mimo ogólnego wzrostu użycia marihuany z 2,0% do 2,6%, wzrost ten dotyczył głównie mężczyzn (z 2,7% do 4,4%).
- Stabilność lub niewielki spadek używania substancji pobudzających: Wskaźniki dla amfetaminy, ecstasy oraz LSD utrzymują się na niskim poziomie. Widać tu niewielkie spadki, głównie wśród kobiet.
- Stały poziom dopalaczy: Wskaźnik używania nowych substancji psychoaktywnych (NSP) utrzymuje się na zbliżonym poziomie 0,2%. W 2023/24 ich użycie wzrosło wśród mężczyzn (z 0,3% do 0,4%), a spadło wśród kobiet (z 0,2% do 0,1%).

Ujęcie porównawcze danych z lat 2018/2019 i 2023/2024 pozwala stwierdzić, że wskaźnik używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni w Polsce pozostaje relatywnie niski, a zachodzące zmiany mają głównie charakter umiarkowany i dotyczą wybranych substancji oraz grup płciowych.

Z kolei analiza według grup wiekowych pokazuje wzorce konsumpcji i grupy które są najbardziej narażone na kontakt z narkotykami. Poniższa tabela przedstawia szczegółowe dane dla osób w wieku 15–64 lat.

Tabela 42. Odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych według grup wiekowych (wskaźnik używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy 15-64 lata, pomiar z lat 2023/2024)

Nazwa substancji psychoaktywnych	Wiek 15–24 lata (%)	Wiek 35–44 lata (%)	Wiek 45–54 lata (%)	Wiek 55–64 lata (%)
Jakikolwiek narkotyk	12,5	7,1	3,2	1,5
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	11,6	6,3	2,9	1,3
Jakikolwiek opioidy	0,3	0,2	0,0	0,0
Kokaina	0,5	0,8	0,0	0,0
Amfetamina	1,3	0,7	0,3	0,0

Metamfetamina	0,2	0,1	0,0	0,0
Ecstasy/MDMA	0,5	0,2	0,2	0,0
LSD/Grzyby halucynogenne	0,8	0,3	0,4	0,0
Grzyby halucynogenne	0,5	0,1	0,2	0,0
GHB/GBL	0,2	0,0	0,0	0,0
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,2	0,1	0,0	0,1
Nowe substancje psychoaktywne	1,1	0,8	0,3	0,2

Źródło: Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024

Z danych przedstawionych w tabeli 42 (wskaźnik używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy) wynikają następujące wnioski:

- Najwyższy poziom używania substancji psychoaktywnych odnotowano w grupie wiekowej 15–24 lata – 12,5% badanych zadeklarowało ich stosowanie. Wraz z wiekiem odsetek ten systematycznie maleje.
- Marihuana pozostaje najczęściej używaną substancją, szczególnie wśród najmłodszych (11,6%), podczas gdy w grupie 55–64 lata jej użycie spada do 1,3%.
- Twarde narkotyki, takie jak kokaina, amfetamina czy metamfetamina, są używane rzadko, choć w grupie 35–44 lata wskaźnik dla kokainy (0,8%) jest wyższy niż wśród młodszych użytkowników.
- Nowe substancje psychoaktywne wykazują niski poziom użycia, ale są obecne we wszystkich grupach wiekowych, co może świadczyć o ich trwałej obecności na rynku.

Najmłodsza grupa wiekowa wykazuje największe zainteresowanie substancjami psychoaktywnymi, przy czym marihuana dominuje w tej kategorii. Wraz z wiekiem wskaźnik ich użycia maleje, co może być związane z innymi priorytetami życiowymi, wzrostem świadomości zdrowotnej oraz zmianami w stylu życia.

Postrzegana dostępność substancji psychoaktywnych

Jednym z kluczowych czynników wpływających na rozpowszechnienie substancji psychoaktywnych jest ich dostępność. Postrzeganie łatwości zdobycia poszczególnych narkotyków odgrywa istotną rolę w skali ich używania, co może mieć konsekwencje dla polityki przeciwdziałania narkomanii.

Poniższe dane przedstawiają, w jakim stopniu osoby w wieku 15-64 lata i 15-34 lata oceniają dostępność narkotyków, uwzględniając różnice między płciami.

Tabela 43. Postrzegana łatwość zdobycia narkotyków według grupy wiekowej i płci

Nazwa substancji psychoaktywnych	Mężczyźni 15–64 lata (%)	Kobiety 15–64 lata (%)	Ogółem 15–64 lata (%)	Mężczyźni 15–34 lata (%)	Kobiety 15–34 lata (%)	Ogółem 15–34 lata (%)
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	25,6	19,0	22,2	36,5	31,3	33,6
Heroina	5,5	3,6	4,5	9,0	5,4	7,0
Kokaina	6,9	5,0	5,9	11,3	7,6	9,2
Amfetamina	11,1	7,4	9,1	18,2	11,7	14,6
Metamfetamina	7,6	5,4	6,4	12,9	8,4	10,5
Ecstasy	8,0	5,5	6,7	13,4	8,0	10,4

Źródło: Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024

Z przeglądu danych dotyczących postrzeganej dostępności substancji psychoaktywnych wynikają następujące obserwacje:

- Marihuana jest najłatwiej dostępna spośród wszystkich substancji psychoaktywnych, szczególnie wśród osób (15–34 lata), gdzie 33,6% badanych ocenia jej zdobycie jako łatwe. W grupie ogólnej (15–64 lata) odsetek ten wynosi 22,2%, co potwierdza jej powszechną dostępność.
- Twarde narkotyki, takie jak heroina, kokaina i metamfetamina, są oceniane jako trudniejsze do zdobycia, szczególnie przez starsze grupy wiekowe. Heroina jest postrzegana jako łatwa do zdobycia przez 7,0% osób w wieku 15-34 lata, podczas gdy w całej populacji wartość ta wynosi 4,5%.
- Amfetamina i ecstasy mają wyraźnie wyższą dostępność w grupie osób w wieku 15-34 lata, gdzie ich zdobycie jako łatwe ocenia 14,6% (amfetamina) i 10,4% (ecstasy), podczas gdy w całej populacji odsetki te są niższe.
- Mężczyźni częściej oceniają dostępność substancji psychoaktywnych jako łatwą niż kobiety, niezależnie od grupy wiekowej.

Postrzegana łatwość zdobycia narkotyków jest wyższa wśród osób w wieku 15-34 lata, szczególnie w przypadku marihuany i substancji pobudzających. Mężczyźni częściej deklarują łatwość dostępu, co może sugerować większą ekspozycję na rynek nielegalnych substancji.

Podsumowując, badania wykazały wyraźne różnice w używaniu substancji psychoaktywnych między płciami oraz stabilny poziom ich konsumpcji wśród osób w wieku 15–64 lat. Mężczyźni częściej niż kobiety sięgają po narkotyki, a najpopularniejszą substancją pozostają przetwory konopi indyjskich (marihuana i haszysz).

Nowe środki psychoaktywne oraz amfetamina zyskują na popularności, zwłaszcza wśród młodszych użytkowników. Twarde narkotyki, takie jak heroina, kokaina czy metamfetamina, są używane rzadko, co może wynikać z ich ograniczonej dostępności i skutecznych regulacji prawnych. Z wiekiem odsetek użytkowników maleje, co sugeruje, że eksperymentowanie z narkotykami jest typowe dla młodszych grup.

Osoby w wieku 15–34 lata częściej postrzegają narkotyki jako łatwo dostępne. Marihuana jest uznawana za najłatwiejszą do zdobycia, a mężczyźni częściej niż kobiety dostrzegają jej dostępność.

Amfetamina i kokaina również są stosunkowo łatwe do zdobycia, szczególnie dla młodszych użytkowników. Zjawisko to podkreśla potrzebę skutecznych działań informacyjnych i kontrolnych, zwłaszcza w kontekście najczęściej używanych substancji.

2.1.3. Używanie narkotyków przez dorosłych

Badanie EZOP II stanowi jedno z najważniejszych źródeł wiedzy na temat rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych mieszkańców Polski. Analiza obejmuje zarówno skalę eksperymentowania z narkotykami, jak i rozmiary szkodliwego używania oraz uzależnień. Dane uzyskane w ramach tego ogólnopolskiego badania dostarczają rzetelnego obrazu zmian zachodzących w społeczeństwie na przestrzeni ostatnich lat oraz umożliwiają identyfikację substancji psychoaktywnych o największym potencjale uzależniającym.

Badanie EZOP II wykazało, że w ciągu całego życia jakiegokolwiek narkotyku próbowało 5,1% populacji w wieku 18 lat i więcej. Dwóch lub więcej narkotyków próbowało 0,8%, natomiast trzech lub więcej - 0,3% osób dorosłych. Najczęściej używanym narkotykiem były przetwory konopi (3,9%), na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia znalazły się narkotyki klubowe, takie jak ecstasy lub „dopalacze” (1,1%). Mniejsze rozpowszechnienie można zauważyć w przypadku halucynogenów (0,5%) oraz substancji wziewnych, takich jak rozpuszczalniki lotne czy kleje (0,4%). Kokainę spożywało 0,3% dorosłych Polaków. Najmniejszym rozpowszechnieniem odznaczały się opioidy, takie jak heroina, „kompot” czy metadon – 0,1%.

Badanych, którzy kiedykolwiek w życiu używali narkotyków w sposób szkodliwy ustalono na poziomie 1,1% , (natomiast uzależnionych na 0,2%.

Tabela 44. Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu w populacji osób 18 lat i więcej

	Odsetek	Liczba w tys.
Przynajmniej jeden narkotyk	5,1%	1593,4
Dwa lub więcej narkotyków	0,8%	245,9
Trzy lub więcej narkotyków	0,3%	106,7
Przetwory konopi (marihuana, haszysz)	3,9%	1217,6
Kokaina (crack)	0,3%	91,1
Narkotyki klubowe (ecstasy, dopalacze)	1,1%	354,4

Halucynogeny	0,5%	148,1
Opioidy (heroina, „kompot”, metadon	0,1%	17,6
Substancje wziewne (rozpuszczalnik lotne, kleje)	0,4%	118,4
Inne nielegalne	0,2%	47,8
Diagnoza ICD (używanie szkodliwe lub uzależnienie)	1,2%	383,0
ICD używanie szkodliwe	1,1%	357,7
ICD uzależnienie	0,2%	59,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Moskalewicz J., Wciórka J. red. (2021). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski – raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań -EZOP II”

Zaburzenia związane z używaniem narkotyków w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem występowały u 0,21% badanych, czyli u 66 tys. osób. Używający narkotyków szkodliwie stanowili 0,11% badanych (36 tys.), natomiast uzależnieni stanowili 0,1% próby, co pozwala na oszacowanie ich liczby na poziomie 30 tys. osób. Na podstawie badania liczbę osób korzystających rocznie ze specjalistycznego badania szacować można na poziomie 16,6 tys. osób.

Porównanie wyników badania EZOP II (lata 2018-2019, populacja w wieku 18-64 lata) z wynikami badania EZOP I przeprowadzonego w latach 2010-2011 ujawnia trzy istotne zmiany, a mianowicie:

- 1) wzrost odsetka badanych, którzy kiedykolwiek w życiu używali przynajmniej jednego narkotyku (EZOP I: 4,4% i EZOP II: 6,3%)
- 2) wzrost odsetka badanych, którzy kiedykolwiek używali tzw. narkotyków klubowych (EZOP I: 0,6% i EZOP II: 1,4%)
- 3) spadek odsetka badanych, którzy kiedykolwiek w życiu sięgnęli po narkotyki z grupy opioidów z 0,3% w EZOP I do 0,1% w EZOP II.

Rozpowszechnienie używania jakiegokolwiek narkotyku w czasie 12 miesięcy przed badaniem zarówno w pierwszej edycji EZOP, jak i w drugiej, wynosiło 1,3%. W latach 2010-2011 liczbę aktualnych użytkowników szacowano na poziomie 327 tys. natomiast w latach 2018-2019 na poziomie 338 tys.

2.1.4. Szkody zdrowotne, rodzinne i społeczne związane z zażywaniem narkotyków

Narkotyki mają niezwykle destrukcyjny wpływ na organizm człowieka. Uzależnienie to tylko jeden z wielu negatywnych skutków ich stosowania, długotrwałe nadużywanie stopniowo wyniszcza ciało i umysł. Substancje psychoaktywne wpływają nie tylko na funkcjonowanie poszczególnych narządów, lecz także mogą prowadzić do poważnych zaburzeń psychicznych i społecznych.

Wybrane szkody zdrowotne i społeczne związane z zażywaniem narkotyków:

Szkody zdrowotne – somatyczne:

- ostre zatrucie (przedawkowanie),
- choroby przenoszone drogą płciową,
- zakrzepy w żyłach i zatory tętnicze,
- wyniszczenie organizmu, wychudzenie,
- infekcja HIV i rozwój AIDS,
- wirusowe zapalenie wątroby (HBV, HCV, HDV, rzadziej HAV),
- zakażenia bakteryjne,

- choroby układu oddechowego (zapalenia płuc, oskrzeli, zatok),
- martwica przegrody nosowej, owrzodzenia skóry,
- choroby skóry (świerzb, grzybica),
- komplikacje ciążowe i okołoporodowe,
- napady drgawkowe,
- ropnie i ropowice skóry w miejscach po iniekcjach.

Szkody zdrowotne – psychiczne:

- skrajne zmiany nastroju (agresja, drażliwość, apatia),
- problemy z pamięcią i koncentracją,
- przewlekła bezsenność,
- depresja i zwiększone ryzyko prób samobójczych,
- ostre i przewlekłe psychozy,
- zaburzenia seksualne,
- trwałe uszkodzenia funkcji poznawczych (np. otępienie),
- zaburzenia emocjonalne i spłylenie uczuć.

Szkody społeczne:

- osłabienie więzi rodzinnych i izolacja,
- utrata zdolności do samodzielnego funkcjonowania,
- konflikty z prawem i wzrost przestępczości,
- bezdomność i marginalizacja społeczna,
- bezrobocie i utrata perspektyw zawodowych,
- niepełnosprawność i konieczność długotrwałej opieki medycznej,
- wzrost obciążeń dla systemu opieki społecznej.

Przedstawione konsekwencje zażywania narkotyków wyraźnie pokazują, jak destrukcyjny wpływ mają one nie tylko na zdrowie jednostki, ale również na jej życie społeczne i zawodowe. Ukazanie tych skutków podkreśla, jak istotne jest podejmowanie działań profilaktycznych, które mogą ograniczyć skalę uzależnień oraz ich negatywny wpływ na całe społeczeństwo.¹⁵

Analiza zatruć NSP i zgonów związanych z narkotykami

Jednym z aspektów zagrożenia są zatrucia wywołane nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP), które są monitorowane przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Analiza danych z lat 2015–2023 pokazuje wyraźny trend spadkowy w liczbie przypadków zatruć, co może świadczyć o skuteczności wprowadzonych regulacji, szczególnie tych z 2018 r.¹⁶

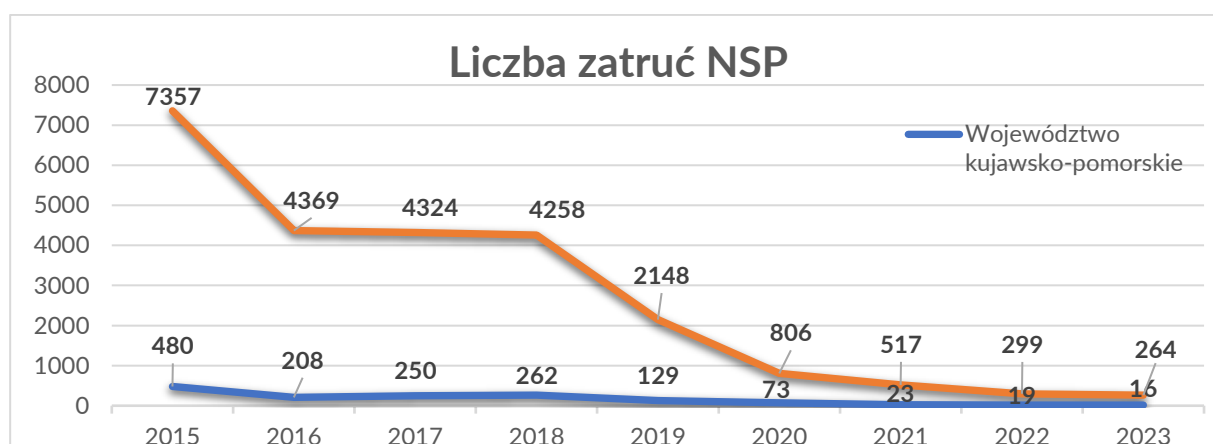
¹⁵ <https://www.kbpn.gov.pl/>

¹⁶ Nowe regulacje w zakresie NSP - Główny Inspektorat Sanitarny - Portal Gov.pl – stan na dzień 23.06.2025 r. Regulacje z 2018 roku, o których mowa, dotyczą nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która wprowadziła mechanizm szybkiego reagowania na pojawiające się nowe substancje psychoaktywne (NSP). Kluczowym elementem było:

- Umożliwienie tymczasowego zakazu obrotu NSP jeszcze przed ich pełnym sklasyfikowaniem jako substancji kontrolowanych.
- Rozszerzenie wykazu NSP o nowe grupy związków chemicznych, co pozwoliło na szybsze objęcie ich nadzorem prawnym.
- Wprowadzenie odpowiedzialności karnej za posiadanie i handel NSP, nawet jeśli nie były jeszcze formalnie uznane za środki odurzające.

Dzięki tym zmianom Główny Inspektor Sanitarny oraz inne instytucje mogły skuteczniej reagować na pojawiające się zagrożenia, co przyczyniło się do spadku liczby zatruć tymi substancjami.

Wykres 10. Liczba zatruc NSP w latach 2015-2023 w województwie kujawsko-pomorskim oraz w Polsce



Źródło: Raport Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczący zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce, Warszawa 2024 r.

Dane dotyczące liczby zatruc NSP (Nowe Substancje Psychoaktywne) w Polsce w latach 2015–2023 pokazują wyraźny trend spadkowy. W 2015 r. odnotowano 7357 przypadków zatruc, natomiast w 2023 liczba ta zmalała do 264, co wskazuje na znaczącą poprawę sytuacji. Szczególnie widoczny spadek nastąpił po 2018 r., gdy liczba przypadków zaczęła gwałtownie maleć.

Podobny trend można zauważyć w województwie kujawsko-pomorskim. W 2015 r. liczba zatruc wynosiła 480, ale z roku na rok malała, aż w 2023 r. odnotowano tylko 16 przypadków. Największy spadek miał miejsce po 2020 r., kiedy liczba zatruc zmniejszyła się poniżej 100 rocznie.

Choć tendencja spadkowa może być oznaką skuteczności działań kontrolnych, NSP nadal stanowią zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagają dalszej obserwacji oraz edukacji społecznej.¹⁷

Nie można również ignorować zgonów związanych z narkotykami, choć ich liczba pozostaje niższa niż w przypadku alkoholu. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2022 r. odnotowano w Polsce 337 przypadków śmiertelnych związanych z używaniem narkotyków, co oznacza wzrost o 48 zgonów w porównaniu do roku poprzedniego. Tendencję tę obrazuje poniższy wykres, który przedstawia szczegółowe zestawienie danych dotyczących liczby zgonów.

¹⁷ Raport 2023 Uzależnienia w Polsce, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Wykres nr 11. Zgony z powodu narkotyków w Polsce

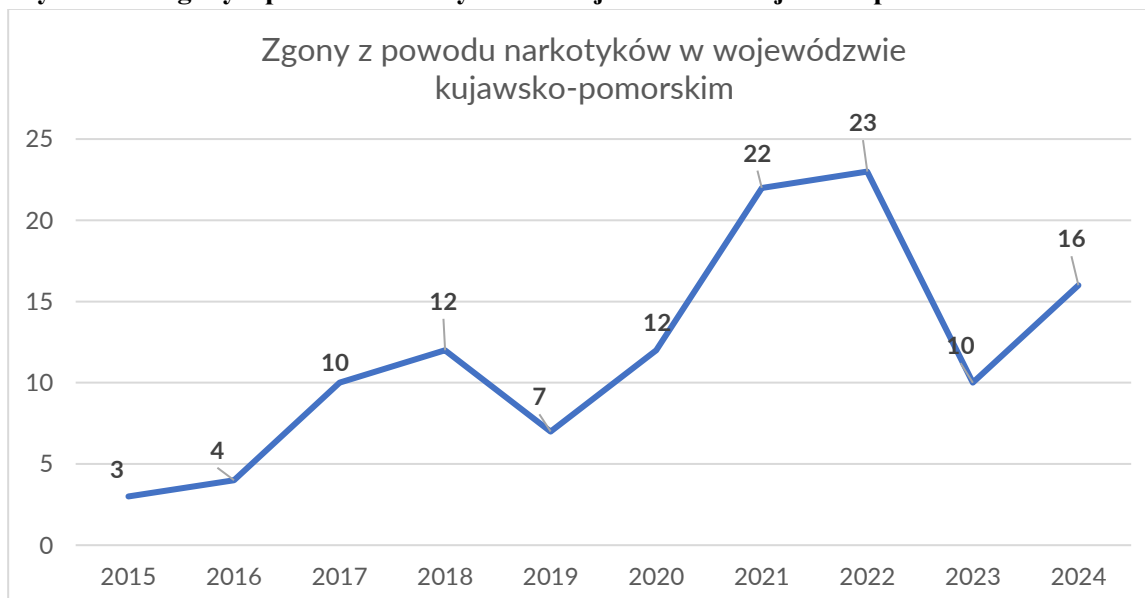


Źródło: Raport 2023 Uzależnienia w Polsce, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Przedawkowania narkotyków rzadko prowadzą do masowych zgonów, ich wpływ na zdrowie jest niepodważalny. Wzrost liczby przypadków śmiertelnych stanowi wyraźny sygnał do intensyfikacji działań profilaktycznych i edukacyjnych. Wczesna interwencja, dostęp do terapii oraz kampanie informacyjne odgrywają kluczową rolę w przeciwdziałaniu uzależnieniom i ich skutkom.¹⁸

Aby lepiej zobrazować sytuację na poziomie lokalnym, poniższy wykres przedstawia liczbę zgonów związanych z używaniem narkotyków w województwie kujawsko-pomorskim.

Wykres 12. Zgony z powodu narkotyków w województwie kujawsko-pomorskim



Źródło: <https://www.gov.pl/web/gis/raporty-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-srodkow-zastepczych-i-nowych-substancji-psychoaktywnych> - stan na dzień 23.06.2025 r.

¹⁸ Raport 2023 Uzależnienia w Polsce, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

W województwie kujawsko-pomorskim w latach 2015–2024 obserwuje się wyraźny wzrost liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków. Początkowo liczba zgonów utrzymywała się na niskim poziomie — 3 przypadki w 2015 r. i 4 w 2016 r. Od 2017 r. nastąpił systematyczny wzrost, z najwyraźniejszym nasileniem w ostatnich latach. W 2021 r. odnotowano 22 zgony (1,07 na 100 tys. mieszkańców), a w 2022 r. – 23 zgony (1,13). W 2023 r. liczba ta nieco spadła do 10 zgonów, jednak w 2024 r. ponownie wzrosła do 16. Choć dane z 2023 r. wskazują na chwilową poprawę, wzrost w 2024 r. sugeruje, że problem wciąż pozostaje poważnym wyzwaniem. Taki przebieg zdarzeń wskazuje na potrzebę konsekwentnych i długofalowych działań profilaktycznych, edukacyjnych oraz zwiększenia dostępności wsparcia terapeutycznego w regionie.

2.1.5. Wpływ substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo ruchu drogowego w Polsce

Jednym z kluczowych aspektów związanych z problematycznym używaniem narkotyków jest ich wpływ na zdolność do prowadzenia pojazdów. Kierowcy znajdujący się pod wpływem substancji psychoaktywnych mogą doświadczać zaburzeń percepcji, spowolnionych reakcji, problemów z koncentracją oraz skłonności do podejmowania ryzykownych decyzji. Analiza statystyk pozwala lepiej zrozumieć skalę problemu oraz podjąć skuteczniejsze działania w celu przeciwdziałania zagrożeniom.

Tabela 45. Wypadki drogowe w Polsce spowodowane przez kierujących będących pod wpływem innego środka niż alkohol

Rok	2020	2021	2022	2023	2024
Wypadki spowodowane przez kierujących będących pod wpływem innego środka niż alkohol	106	129	101	96	94
Zabici w ww. wypadkach	43	46	30	54	30
Ranni w ww. wypadkach	141	149	113	103	134
Kolizje	229	320	307	243	260

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk Komendy Głównej Policji <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (dostęp; 27.05.2025)

W okresie pięciu lat liczba takich zdarzeń oscylowała między 94 a 129 przypadków rocznie, z widocznym spadkiem w 2023 i 2024 r. Wypadki te często prowadziły do tragicznych skutków – liczba ofiar śmiertelnych wahała się od 30 do 54 rocznie, a liczba osób rannych utrzymywała się na wysokim poziomie, osiągając maksymalnie 149 w 2021 r. Dodatkowo, zestawienie uwzględnia liczbę kolizji spowodowanych przez osoby będące pod wpływem narkotyków i innych substancji odurzających. Największą liczbę takich zdarzeń odnotowano w 2021 r. (320), podczas gdy najniższa wartość pojawiła się w 2023 r. (243). Dane te wskazują na istotne zagrożenie dla uczestników ruchu drogowego oraz podkreślają potrzebę skutecznych działań prewencyjnych i edukacyjnych, mających na celu ograniczenie liczby kierowców prowadzących pojazdy pod wpływem substancji psychoaktywnych.

2.1.6. HIV i AIDS w kontekście używania narkotyków

Zażywanie narkotyków niesie ze sobą poważne zagrożenia zdrowotne, w tym ryzyko zakażenia HIV, które w przypadku braku leczenia może prowadzić do AIDS.

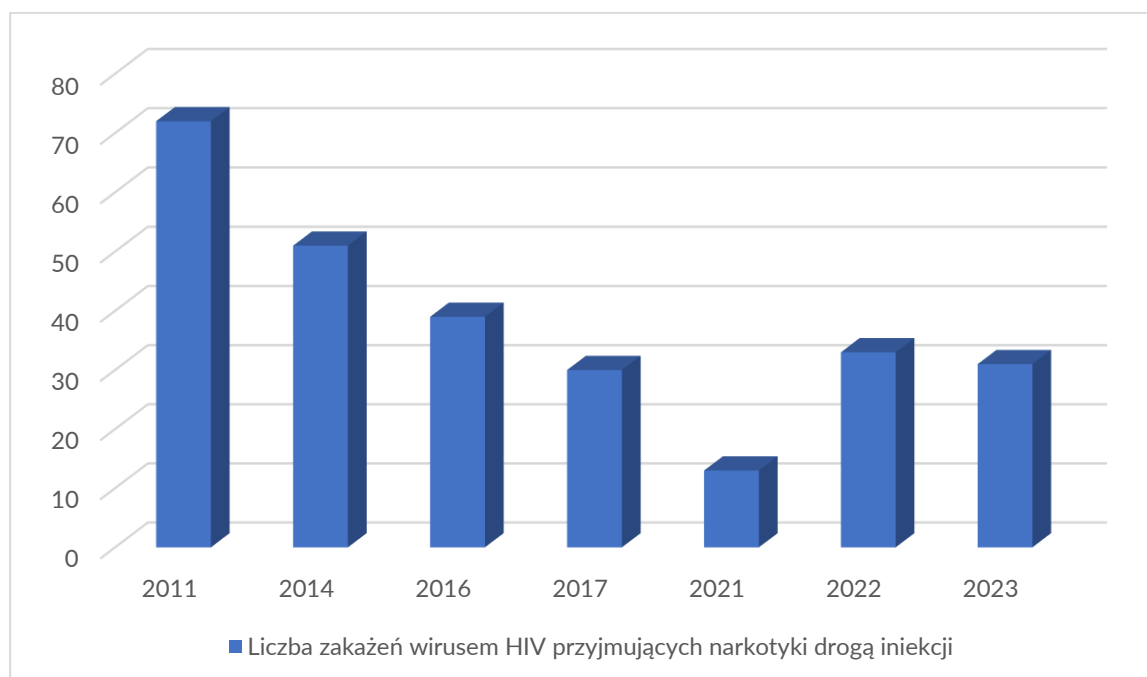
Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w Polsce

Od momentu wprowadzenia systemu nadzoru nad HIV/AIDS w 1985 r. do końca 2023 r. w Polsce odnotowano 32 918 przypadków zakażenia HIV. Wśród nich 6 499 przypadków (19,7%) dotyczyło osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (PWID), z czego 4 894 osoby (75,3%) to mężczyźni, a 1 549 osoby (23,8%) to kobiety. W 56 przypadkach (0,9%) brakowało informacji o płci zakażonych.

W latach 1985–2023 zdiagnozowano 4 192 przypadki AIDS, z czego 1 628 przypadków (38,8%) było związanych z PWID. Zdecydowaną większość stanowiły zakażenia wśród mężczyzn (1 288 przypadków, 79,1%), podczas gdy kobiety stanowiły 340 przypadków (20,9%).

Na przestrzeni lat obserwuje się długoterminowy spadek liczby zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (PWID). Świadczy to o zmianach w epidemiologii wirusa i skuteczności działań prewencyjnych. Niemniej jednak, w latach 2022–2023 liczba nowych przypadków wśród PWID powróciła do poziomu obserwowanego w 2017 r., co pokazuje poniższy wykres.

Wykres 13. Liczba zakażeń wirusem HIV przyjmujących narkotyki drogą iniekcji



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA nr 1 (109) 2025

W 2023 r. wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji zakażenie HIV wykryto w Polsce u:

- 23 mężczyzn (w wieku od 28 do 62 lat),
- 8 kobiet (w wieku od 33 do 52 lat).

Jednym z kluczowych działań na rzecz ograniczenia transmisji HIV wśród osób używających substancji psychoaktywnych drogą iniekcji jest program wymiany igieł i strzykawek. Inicjatywa ta pozwala na skuteczne zmniejszenie ryzyka zakażeń oraz propagowanie bezpieczniejszych zachowań.

Powyższe dane dotyczące zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wpisują się w szerszy obraz sytuacji epidemiologicznej, który został zobrazowany w tabeli 46 przedstawiającej dynamikę przypadków HIV, AIDS i zgonów w latach 2020–2024 zarówno na poziomie regionalnym, jak i krajowym.

Tabela 46. Liczba zakażeń HIV, przypadków AIDS i zgonów w województwie kujawsko-pomorskim oraz w Polsce (2020–2024)

Rok	HIV - Kujawsko- Pomorskie	AIDS - Kujawsko- Pomorskie	Zgony - Kujawsko- Pomorskie	HIV - Polska	AIDS - Polska	Zgony - Polska
2020	50	4	1	840	47	10
2021	66	2	-	1 173	53	9
2022	124	11	1	2 384	135	22
2023	100	13	-	2 879	184	22
2024	97	14	-	2 257	185	20

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, stan na dzień 05.06.2025 r.

Obserwacje dotyczące sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w latach 2020–2024:

- Największy wzrost zakażeń HIV w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2020 – 2024 nastąpił w 2022 r. (124 przypadki), niemal dwukrotnie więcej niż w 2021 r. W kolejnych latach liczba zakażeń zmniejszyła się, ale w 2024 roku nadal pozostawała wysoka (97 przypadków).
- Podobny wzrost odnotowano w skali kraju, gdzie liczba zakażeń wzrosła z 1 173 w 2021 r. do 2 879 w 2023 r., po czym nastąpił spadek do 2 257 w 2024 r.
- Liczba diagnoz AIDS wzrosła zarówno w regionie, jak i w Polsce, wskazując na rosnącą liczbę przypadków późnego wykrycia choroby. W województwie kujawsko-pomorskim wzrost nastąpił z 4 przypadków w 2020 r. do 14 w 2024 r., a w całym kraju z 47 do 185.
- Zgony związane z AIDS utrzymują się na stałym poziomie, choć w województwie kujawsko-pomorskim były sporadyczne, a w Polsce ich liczba wahała się między 9 a 22 rocznie.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 46 można zauważyć, że w latach 2020–2024 w Polsce oraz w województwie kujawsko-pomorskim nastąpił znaczący wzrost liczby zakażeń HIV oraz przypadków AIDS. Największe natężenie zakażeń HIV wystąpiło w 2022 r., zarówno na poziomie regionalnym, po czym odnotowano spadek liczby nowych zachorowań. Niemniej jednak liczba ta nadal pozostaje wysoka, co potwierdza utrzymujące się zagrożenie epidemiologiczne. Jednocześnie wzrost liczby diagnoz AIDS może świadczyć o niewystarczającej wykrywalności zakażeń we wczesnym stadium. Mimo relatywnie stabilnej liczby zgonów związanych z AIDS, sytuacja ta wskazuje na konieczność dalszego wzmacniania profilaktyki, testowania oraz edukacji społecznej w zakresie HIV/AIDS.

Testowanie w profilaktyce HIV

Dostęp do anonimowych i bezpłatnych badań w kierunku HIV stanowi istotny element działań profilaktycznych oraz wczesnego wykrywania zakażeń. W odpowiedzi na potrzeby społeczności lokalnych, w województwie kujawsko-pomorskim funkcjonują dwa specjalistyczne punkty konsultacyjno-diagnostyczne, które umożliwiają osobom zainteresowanym uzyskanie fachowego wsparcia i wykonanie testów w bezpiecznych warunkach:

1. Bydgoszcz, ul. Lenartowicza 33/35
2. Toruń, ul. Szosa Bydgoska 1

Placówki te oferują anonimowe i bezpłatne badania na obecność HIV, połączone z profesjonalnym poradnictwem, co pozwala na świadome podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia.

Dalszy rozwój działań profilaktycznych oraz edukacyjnych, w połączeniu z dostępnością testowania, stanowi kluczowy element strategii ograniczania rozprzestrzeniania się HIV i poprawy zdrowia publicznego.

2.2. Skala zjawiska palenia tytoniu

Palenie tytoniu pozostaje jednym z głównych czynników ryzyka chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Pomimo wielu kampanii edukacyjnych i regulacji prawnych, skala tego zjawiska utrzymuje się na niepokojąco wysokim poziomie, obejmując znaczną część społeczeństwa, w tym osoby młode. Analiza danych epidemiologicznych pozwala lepiej zrozumieć dynamikę zmian w nawykach nikotynowych i dostarcza podstaw do planowania efektywnych strategii zapobiegania temu zjawisku.

2.2.1. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród młodzieży

Palenie tytoniu wciąż stanowi istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Niemal 21% Polaków powyżej 15. roku życia pali codziennie, co pokazuje skalę problemu. Szczególnie niepokojąca jest wysoka liczba palącej młodzieży, co podkreśla konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych i edukacyjnych.¹⁹

Poniżej przedstawiono szczegółowe dane ESPAD dotyczące rozpowszechnienia palenia tytoniu. Ich analiza umożliwia identyfikację grup szczególnie narażonych na uzależnienie oraz wskazanie kierunków interwencji edukacyjnych.

Tabela 47. Palenie tytoniu kiedykolwiek w życiu

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	15,9	18,7
	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	10,2	10,2
	Tak, dawniej niż w czasie ostatnich 12 miesięcy	7,7	9,7
	Nie, nigdy	66,3	61,4
Starsza kohorta (17-18 lat)	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	23,4	27,2

¹⁹ [Postawy Polaków wobec palenia tytoniu – Raport 2019 r. - Główny Inspektorat Sanitarny - Portal Gov.pl](#), stan na dzień 06.06.2025 r.

	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	15,4	14,3
	Tak, dawniej niż w czasie ostatnich 12 miesięcy	16,2	14,6
	Nie, nigdy	44,9	43,9

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Analizując powyższe dane, można zauważyć, że w województwie kujawsko-pomorskim odsetek młodszej kohorty (15-16 lat), która deklaruje palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach, wynosi 15,9%, co jest nieco niższe niż średnia krajowa (18,7%). Ponad 66% nastolatków w tej grupie wiekowej nigdy nie sięgnęło po wyroby tytoniowe.

W przypadku starszej kohorty (17-18 lat) wskaźniki palenia są wyższe. 23,4% młodych ludzi w województwie kujawsko-pomorskim paliło w ostatnich 30 dniach. To pokazuje, że wraz z dojrzewaniem młodzieży rośnie ich kontakt z używkami.

Aby dokładniej zdiagnozować zjawisko, warto przeanalizować, jak doświadczenia związane z paleniem tytoniu różnią się w zależności od płci.

Tabela 48. Palenie tytoniu kiedykolwiek w życiu (z podziałem na płeć)

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie (%)	Polska (%)
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	Chłopcy: 15,5 Dziewczęta: 16,3	Chłopcy: 18,9 Dziewczęta: 18,5
	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	Chłopcy: 8,7 Dziewczęta: 11,7	Chłopcy: 8,9 Dziewczęta: 11,6
	Tak, dawniej niż w czasie ostatnich 12 miesięcy	Chłopcy: 9,2 Dziewczęta: 6,1	Chłopcy: 10,4 Dziewczęta: 8,9
	Nie, nigdy	Chłopcy: 66,7 Dziewczęta: 65,9	Chłopcy: 61,8 Dziewczęta: 61,0

Starsza kohorta (17-18 lat)	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	Chłopcy: 24,4 Dziewczęta: 22,4	Chłopcy: 26,4 Dziewczęta: 27,9
	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	Chłopcy: 13,4 Dziewczęta: 17,8	Chłopcy: 14,2 Dziewczęta: 14,4
	Tak, dawniej niż w czasie ostatnich 12 miesięcy	Chłopcy: 15,7 Dziewczęta: 16,8	Chłopcy: 14,4 Dziewczęta: 14,9
	Nie, nigdy	Chłopcy: 46,5 Dziewczęta: 43,0	Chłopcy: 45,0 Dziewczęta: 42,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

W młodszej kohorcie (15–16 lat) 15,5% chłopców i 16,3% dziewcząt zadeklarowało używanie tytoniu w ciągu ostatnich 30 dni, co wskazuje na zbliżony poziom eksperymentowania w obu grupach. W starszej kohorcie (17-18 lat) odsetek palaczy wzrasta wśród chłopców (24,4%) i dziewcząt (22,4%). W tej grupie wiekowej wzrasta również liczba osób, które miały kontakt z tytoniem w przeszłości, co potwierdza tendencję do zwiększania ryzyka uzależnienia wraz z wiekiem. Porównując wartości z danymi krajowymi, można zauważyć, że poziom palenia w województwie kujawsko-pomorskim w czasie ostatnich 30 dni jest nieco niższy od średniej ogólnopolskiej i wciąż stanowi istotne wyzwanie w zakresie zdrowia publicznego i wymaga dalszej, systematycznej interwencji. Jednym z istotnych aspektów problemu używania wyrobów tytoniowych wśród młodzieży jest rosnąca popularność e-papierosów. Produkty te, często postrzegane jako mniej szkodliwe niż tradycyjne papierosy, przyciągają coraz większą grupę młodych użytkowników, co prowadzi do ryzyka uzależnienia oraz potencjalnych konsekwencji zdrowotnych. W kontekście wzrastającego zainteresowania alternatywnymi formami nikotynizmu wśród młodzieży, szczególnego znaczenia nabierają dane dotyczące używania e-papierosów. Pozwalają one lepiej zrozumieć dynamikę zmian w zachowaniach zdrowotnych nastolatków oraz ocenić skalę nowego zagrożenia uzależnieniem.

Tabela 49. Palenie e-papierosów kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 30 dni

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	30,8	37,2

	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	10,5	10,8
	Tak, dawniej niż w czasie ostatnich 12 miesięcy	8,2	8,7
	Nie, nigdy	50,6	43,3
Starsza kohorta (17-18 lat)	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	48,4	50,9
	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	11,5	9,6
	Tak, dawniej niż w czasie ostatnich 12 miesięcy	9,5	8,9
	Nie, nigdy	30,6	30,5

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Palenie e-papierosów w województwie kujawsko-pomorskim pokazuje istotne różnice między grupami wiekowymi oraz względem średniej krajowej. W młodszej kohorcie (15–16 lat) 30,8% młodzieży paliło e-papierosy w ciągu ostatnich 30 dni, co jest nieco niższym wynikiem niż średnia dla Polski (37,2%). Jednocześnie ponad 50% nastolatków w tej grupie wiekowej deklaruje, że nigdy nie używało e-papierosów.

W starszej kohorcie (17-18 lat) odsetek aktywnych użytkowników e-papierosów wzrasta do 48,4% w regionie i 50,9% w całym kraju. Widoczna jest tendencja, że im starsza grupa wiekowa, tym więcej osób miało styczność z e-papierosami.

Szczególnie istotne jest przeciwdziałanie inicjacji e-papierosowej w młodszych grupach, a także informowanie o zagrożeniach związanych z długoterminowym użytkowaniem. Konieczne jest wdrażanie programów zdrowotnych oraz kontroli dostępu do tych produktów w środowisku szkolnym.

Kontynuując analizę zjawiska, warto zwrócić uwagę na różnice w rozpowszechnieniu używania e-papierosów między chłopcami a dziewczętami. Ujęcie tego aspektu w podziale na płeć pozwala lepiej zrozumieć, które grupy młodzieży są bardziej narażone na regularne sięganie po tego typu produkty oraz gdzie należy ukierunkować działania profilaktyczne.

Tabela 50. Palenie e-papierosów kiedykolwiek w życiu (z podziałem na płeć)

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie (%)	Polska (%)
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	Chłopcy: 27,3 Dziewczęta: 34,3	Chłopcy: 36,2 Dziewczęta: 38,3
	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	Chłopcy: 8,9 Dziewczęta: 12,3	Chłopcy: 9,1 Dziewczęta: 12,6
	Tak, dawniej niż w czasie ostatnich 12 miesięcy	Chłopcy: 9,6 Dziewczęta: 6,8	Chłopcy: 10,5 Dziewczęta: 6,9
	Nie, nigdy	Chłopcy: 54,3 Dziewczęta: 46,6	Chłopcy: 44,3 Dziewczęta: 42,2
Starsza kohorta (17-18 lat)	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	Chłopcy: 45,2 Dziewczęta: 52,3	Chłopcy: 47,5 Dziewczęta: 53,7
	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	Chłopcy: 12,4 Dziewczęta: 10,3	Chłopcy: 9,0 Dziewczęta: 10,2
	Tak, dawniej niż w czasie ostatnich 12 miesięcy	Chłopcy: 10,0 Dziewczęta: 8,9	Chłopcy: 10,5 Dziewczęta: 7,6
	Nie, nigdy	Chłopcy: 32,4 Dziewczęta: 28,5	Chłopcy: 32,9 Dziewczęta: 28,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Dane dotyczące palenia e-papierosów wśród młodzieży pokazują, że jest to istotny problem zarówno w województwie kujawsko-pomorskim, jak i w całej Polsce. W młodszej kohorcie (15-16 lat) 34,3% dziewcząt

oraz 27,3% chłopców paliło e-papierosy w ciągu ostatnich 30 dni, a w starszej kohorcie (17-18 lat) odsetki te wzrastają do 52,3% dziewcząt i 45,2% chłopców. Wyniki te pokazują, że e-papierosy są szczególnie popularne wśród starszej młodzieży, a skala ich użycia jest większa niż w przypadku tradycyjnych papierosów.

Porównując wartości regionalne z danymi krajowymi, widzimy, że województwo kujawsko-pomorskie wykazuje podobne trendy, choć w niektórych grupach wiekowych odsetki palaczy są nieco niższe niż średnia krajowa. Równocześnie ponad połowa młodszej kohorty nigdy nie używała e-papierosów.

Podsumowując, dane wskazują na potrzebę kontynuowania działań profilaktycznych w szkołach, zwłaszcza w kontekście edukacji na temat zdrowotnych konsekwencji palenia tytoniu oraz skutecznych metod zapobiegania inicjacji tytoniowej. Dodatkowo warto rozwijać programy wsparcia dla młodzieży już eksperymentującej z tytoniem, aby ograniczyć ryzyko trwałego nałogu.

2.2.2. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród dorosłych

Na podstawie wyników badań EZOP II liczbę aktualnie palących dorosłych oszacowano w Polsce na blisko 7 milionów, co stanowi 22% dorosłej populacji. Ponad 3,7 miliona osób paliło w przeszłości, a nigdy nie użytkowało nikotyny blisko 21 milionów osób. Rozpowszechnienie palenia wśród mężczyzn jest blisko dwukrotnie większe niż wśród kobiet – odpowiednio 29,39% mężczyzn i 15,39% kobiet. Najwięcej palących jest w przedziale od 50 do 64 lat (ok. 30%). Palenie najmniej jest rozpowszechnione w grupie osób najmłodszych (18-29 lat) i najstarszych (65+).

Tabela 51. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród osób dorosłych według wieku i płci

			Wiek					Ogółem
			18-29	30-39	40-49	50-64	65+	
Aktualnie palący	Płeć	mężczyźni	23,34%	30,56%	30,85%	36,76%	23,45%	29,39%
		kobiety	10,06%	15,15%	18,61%	22,90%	9,87%	15,39%
	ogółem		16,83%	23,06%	24,68%	29,65%	15,37%	22,14%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Kondycja psychiczna mieszkańców Polski – raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań -EZOP II” (Warszawa, 2021)

W grupie osób w wieku 18-64 lata palenie potwierdziło ok. 24%, natomiast w pierwszej edycji badania EZOP odsetek ten wyniósł 37%.²⁰ Oznacza to spadek odsetka palących osób dorosłych w przedziale wiekowym 18-64 o ok. 13 pkt proc. Największe rozpowszechnienie palenia w EZOP I zaobserwowano w grupie osób w wieku 40-49 lat, natomiast w drugim pomiarze najwięcej osób palących było w wieku 50-64 lata. W najmłodszej grupie dorosłych (18-29 lat) palenie zadeklarowało blisko o połowę mniej respondentów niż w poprzedniej edycji badania. Oznaczać to może, że młode osoby zastępują tradycyjne papierosy e-papierosami, co obrazują badania ESPAD.

Zmiany obserwowane w rozpowszechnieniu palenia tytoniu w poszczególnych grupach wiekowych i płciowych na przestrzeni badania EZOP I i EZOP II obrazują przesunięcia zachowań zdrowotnych wśród dorosłych Polaków, ze szczególnym uwzględnieniem wyraźnego spadku popularności palenia wśród młodych dorosłych.

²⁰ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., red. (2012): Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań “Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Tabela 52. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród osób dorosłych według wieku i płci (porównanie wyników badania EZOP I (2011/2012) i EZOP II (2018/2019))

Aktualnie palący		Wiek					Ogółem
		18-29	30-39	40-49	50-64	65+	
mężczyźni	EZOP I	37,8%	43,9%	49,9%	46,6%	b.d.	44,0%
	EZOP II	23,34%	30,56%	30,85%	36,76%	23,45%	29,39%
kobiety	EZOP I	24,5%	29,9%	34,8%	31,8%	b.d.	30,0%
	EZOP II	10,06%	15,15%	18,61%	22,90%	9,87%	15,39%
ogółem	EZOP I	31,2%	37,0%	42,2%	38,8%	b.d.	36,9%
	EZOP II	16,83%	23,06%	24,68%	29,65%	15,37%	22,14%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., red. (2012): Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” oraz Moskalewicz J., Wciórka J. red. (2021). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski – raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań -EZOP II”

Porównanie wyników badań EZOP I (2011/2012) i EZOP II (2018/2019) dotyczących rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród osób dorosłych wskazuje na znaczący spadek liczby aktualnych palaczy we wszystkich analizowanych grupach wiekowych oraz w obu płciach. Oto kluczowe wnioski:

Ogólna tendencja spadkowa

- Ogółem odsetek aktualnych palaczy zmniejszył się z 36,9% do 22,1%, co oznacza redukcję o ponad 14 punktów procentowych.
- Mężczyźni: spadek z 44,0% do 29,4% (–14,6 pp).
- Kobiety: spadek z 30,0% do 15,4% (–14,6 pp).
- Spadek ten był porównywalny dla obu płci, choć nadal mężczyźni częściej palą niż kobiety.
- W każdej grupie wiekowej zaobserwowano istotny spadek rozpowszechnienia palenia.

Różnice płciowe

- Choć poziomy palenia wśród kobiet i mężczyzn spadły w podobnym stopniu, różnica między płciami utrzymuje się – mężczyźni palą prawie dwukrotnie częściej niż kobiety (29,4% vs 15,4% w EZOP II). To może wskazywać na różnice w motywacjach zdrowotnych i stylu życia.

Dane z EZOP I i II jednoznacznie pokazują, że w Polsce nastąpiła znaczna poprawa w zakresie ograniczenia palenia tytoniu wśród dorosłych, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, niezależnie od wieku. Widoczna jest pozytywna tendencja zdrowotna i efekt działań edukacyjnych, legislacyjnych (np. zakaz palenia w miejscach publicznych) oraz wzrostu świadomości społecznej. Jednak utrzymujące się różnice między płciami oraz relatywnie wysokie wskaźniki wśród mężczyzn w wieku 18-64 lata pozostają istotnym aspektem obrazu epidemiologicznego zjawiska.

Aby skutecznie ograniczyć skalę palenia tytoniu, niezbędne są szeroko zakrojone inicjatywy społeczne, takie jak kampanie informacyjne, akcje prozdrowotne oraz edukacja dzieci i młodzieży. Kluczowe jest zapobieganie lub

opóźnianie momentu inicjacji tytoniowej poprzez podnoszenie świadomości i promowanie zdrowego stylu życia. Tylko konsekwentne działania w tych obszarach mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby palaczy i poprawy zdrowia publicznego.²¹

PODSUMOWANIE:

Uzależnienia i używanie substancji psychoaktywnych pozostają jednym z kluczowych wyzwań zdrowia publicznego, zwłaszcza w kontekście dynamicznie zmieniających się trendów wśród młodzieży i dorosłych – od spadku zatruc nowymi substancjami po rosnącą popularność konopi, kokainy czy e-papierosów.

Analiza dostępnych danych wskazuje, że problem uzależnień w województwie kujawsko-pomorskim wymaga elastycznego podejścia oraz wielowymiarowych działań profilaktycznych i edukacyjnych. Poniżej przedstawiono główne wnioski:

Używanie substancji psychoaktywnych

1. Wśród młodzieży obserwuje się spadek używania marihuany (o 10 pp w młodszej grupie, o 2,4 pp w starszej), amfetaminy i ecstasy w latach 2011-2024.
2. Starsza młodzież (17–18 lat) częściej eksperymentuje z substancjami psychoaktywnymi.
3. Dopalacze i narkotyki klubowe odzyskują popularność w starszych grupach wiekowych, ponowny wzrost użycia dopalaczy w 2024 r.
4. Chłopcy częściej niż dziewczęta sięgają po substancje stymulujące i halucynogenne, takie jak metamfetamina, amfetamina, kokaina, ecstasy, LSD oraz grzyby halucynogenne.
5. Dziewczęta częściej niż chłopcy stosują leki uspokajające i nasenne bez recepty. W grupie wiekowej 15–16 lat różnica wynosi aż 19,1 pp (26,1% dziewcząt vs. 7,0% chłopców), natomiast w starszej grupie – 8,1 punktu procentowego (23,1% vs. 15,0%).
6. Leki przeciwbólowe przepisane przez lekarza są powszechnie stosowane przez młodzież w województwie kujawsko-pomorskim, krótkoterminowo używa ich 45,7% osób z młodszej kohorty i 45,1% ze starszej, natomiast długoterminowo: 9,6% młodszych i 8,9% starszych.
7. Starsza młodzież częściej niż młodsza młodzież ocenia substancje jako łatwo dostępne – różnice sięgają 13,9 pp dla e-papierosów.
8. Starsza młodzież ma większą świadomość miejsc zakupu substancji psychoaktywnych.
9. Młodzież wykazuje wysoką świadomość ryzyka związanego z regularnym używaniem twardych narkotyków np. amfetaminy, którą jako bardzo niebezpieczną postrzega 74,3% osób z młodszej kohorty i 79,3% ze starszej. Z kolei eksperymentowanie z marihuaną (33,3% w młodszej i 28,6% w starszej kohorcie) oraz e-papierosami (7,3% w młodszej i 9,7% w starszej) uznawane jest za mniej groźne.
10. W populacji 15–64 lat rośnie użycie konopi indyjskich (+7 pp) i kokainy (+1,1 pp), ecstasy (+0,9) spada użycie opioidów – szczególnie heroiny (-0,3pp).
11. Mężczyźni w wieku 15–64 lat częściej sięgają po narkotyki niż kobiety. Np. w przypadku marihuany różnica wynosi aż 10,5 pp - 24,6% mężczyzn w porównaniu do 14,1% kobiet.
12. Spadek liczby zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP) w latach 2015–2023.
13. W województwie kujawsko-pomorskim liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków wzrosła z 3 przypadków rocznie w 2015 r. do 16 w 2024 r. Najwięcej zgonów odnotowano w latach 2021–2022

²¹ Postawy Polaków wobec palenia tytoniu – Raport 2019 r. - Główny Inspektorat Sanitarny - Portal Gov.pl, stan na dzień 06.06.2025 r.

(odpowiednio 22 i 23), co przekładało się na wskaźnik ponad 1 zgonu na 100 tys. mieszkańców, przy populacji województwa kujawsko-pomorskiego wynoszącej około 1,99 mln osób.

14. W grupie wiekowej 15–24 lata najwyższy poziom użycia – marihuana: 11,6%; różnica względem grupy 55–64 lat wynosi aż 10,3 pp.
15. Używanie narkotyków wśród dorosłych Polaków stopniowo wzrasta, szczególnie w zakresie eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi. W porównaniu z badaniem EZOP I odsetek osób, które kiedykolwiek sięgnęły po narkotyki, wzrósł z 4,4% do 6,3%. Najczęściej używanymi substancjami pozostają przetwory konopi, a wzrost dotyczy także narkotyków klubowych. Jednocześnie obserwuje się spadek użycia opioidów, co może świadczyć o zmianie preferencji wśród użytkowników.
16. Szacuje się, że 357,7 tys. dorosłych Polaków (1,1%) kiedykolwiek w życiu używało narkotyków w sposób szkodliwy, natomiast 59,6 tys. osób (0,2%) spełnia kryteria uzależnienia. Liczba osób korzystających rocznie ze specjalistycznej pomocy wynosi zaledwie 16,6 tys.
17. Pomimo utrzymującego się na stałym poziomie rozpowszechnienia używania narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy (1,3%) w obu edycjach badania EZOP, liczba aktualnych użytkowników narkotyków w Polsce nieznacznie się zmniejszyła — z około 338 tys. w latach 2018–2019 do 327 tys. w latach 2020–2021.
18. W latach 2020–2024 liczba wypadków drogowych spowodowanych przez kierujących pod wpływem środków innych niż alkohol wykazuje niewielką tendencję spadkową z 129 wypadków w 2021 r. do 94 w 2024 r. Mimo spadku liczby zdarzeń, ich skutki pozostają poważne, a liczba ofiar śmiertelnych i rannych utrzymuje się na wysokim poziomie.

HIV/AIDS i narkotyki

1. Wśród osób przyjmujących narkotyki iniekcyjnie obserwuje się długoterminowy spadek zakażeń HIV, jednak wzrost przypadków w latach 2022 i 2023.
2. Liczba diagnoz AIDS rośnie – może to oznaczać zbyt późne wykrywanie zakażeń HIV.
3. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne są kluczowe dla wczesnej diagnostyki i ograniczania transmisji HIV.

Palenie wśród młodzieży i dorosłych

1. Tradycyjne papierosy utrzymują stabilny poziom użycia wśród młodzieży, to e-papierosy zyskują na popularności, szczególnie wśród starszych nastolatków oraz dziewcząt. W młodszej grupie wiekowej (15–16 lat) e-papierosy w ciągu ostatnich 30 dni stosowało 27,3% chłopców i 34,3% dziewcząt, natomiast w starszej grupie (17–18 lat) odsetek ten wzrósł do 45,2% wśród chłopców i aż 52,3% wśród dziewcząt. Dane te wskazują na dynamiczny wzrost zainteresowania e-papierosami wraz z wiekiem oraz wyraźną przewagę wśród dziewcząt.
2. Starsza młodzież ocenia e-papierosy jako łatwo dostępne (56,0% vs 42,1% w młodszej grupie).
3. Wśród dorosłych palenie tytoniu spadło z 36,9% (2011) do 22,1% (2019).
4. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn odnotowano spadek rozpowszechnienia palenia papierosów. W przypadku kobiet wskaźnik ten zmniejszył się z 29,39% w badaniu EZOP I do 15,39% w badaniu EZOP II, natomiast wśród mężczyzn z 44,03% do 29,39%.
5. Rozpowszechnienie palenia wśród mężczyzn jest blisko dwukrotnie większe niż wśród kobiet – odpowiednio 29,39% mężczyzn i 15,39% kobiet.

Zjawisko uzależnień oraz stosowania substancji psychoaktywnych, w kontekście dynamicznych przemian społecznych, wymaga nieustannego monitorowania, gotowości do wdrażania nowatorskich rozwiązań oraz prowadzenia skutecznej profilaktyki. Tylko poprzez spójne i konsekwentne działania, oparte na rzetelnej wiedzy oraz interdyscyplinarnej współpracy, możliwe jest efektywne przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnień i budowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu i dobrostanowi mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

3. Uzależnienia behawioralne

Uzależnienia behawioralne, w odróżnieniu od uzależnień od substancji psychoaktywnych, odnoszą się do powtarzalnych zachowań dostarczających krótkotrwałej gratyfikacji, które mimo początkowo pozytywnego charakteru, w dłuższej perspektywie prowadzą do utraty kontroli, zakłóceń w funkcjonowaniu psychospołecznym oraz pogorszenia jakości życia. Do najczęściej diagnozowanych form uzależnień behawioralnych zalicza się m.in.: patologiczne hazardowanie, uzależnienie od gier komputerowych, kompulsywne korzystanie z Internetu i mediów społecznościowych, problemowe kupowanie, nadmierne zaangażowanie w pracę oraz nadmierne zaangażowanie w aktywność fizyczną.

W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się na dwóch obszarach szczególnego ryzyka: korzystaniu z mediów społecznościowych i gier na urządzeniach elektronicznych oraz hazardzie wśród młodzieży.

Współczesna przestrzeń cyfrowa wywiera znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie młodych osób, oferując im szeroki dostęp do treści rozrywkowych, społecznościowych i interaktywnych. W szczególności popularność gier komputerowych oraz mediów społecznościowych, pomimo wielu potencjalnych korzyści edukacyjnych i integracyjnych, wiąże się również z występowaniem niepożądanych zjawisk, w tym ryzykownych form aktywności cyfrowej oraz symptomów uzależnień behawioralnych.²²

Z uwagi na skalę i rosnącą złożoność omawianego problemu, niezbędna jest jego pogłębiona diagnoza, zarówno w zakresie rozpowszechnienia zjawiska, jak i psychospołecznych uwarunkowań jego występowania. Opracowanie to ma na celu dostarczenie podstaw do dalszego monitorowania czynników ryzyka, identyfikacji grup narażonych oraz projektowania odpowiednich działań profilaktycznych w regionie.

Analiza oparta jest na wynikach badań przeprowadzonych w ramach projektu ESPAD w województwie kujawsko-pomorskim, co pozwala na ocenę skali i specyfiki zjawiska w ujęciu lokalnym.

3.1. Korzystanie z mediów społecznościowych i gier

Analiza korzystania z mediów społecznościowych oraz gier komputerowych i mobilnych przez młodzież została oparta na danych pochodzących z badania ESPAD 2024, obejmującego populację uczniów z województwa kujawsko-pomorskiego i z Polski.

Jednym z istotnych aspektów aktywności cyfrowej młodzieży jest sposób oraz intensywność korzystania z mediów społecznościowych.

Poniższa tabela przedstawia odpowiedzi uczniów dwóch kohort wiekowych (15–16 lat oraz 17–18 lat) na pytania dotyczące symptomów mogących sugerować nadmierne zaangażowanie w korzystanie z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype. Uwzględniono trzy wskaźniki:

- subiektywne poczucie spędzania zbyt dużej ilości czasu online,
- pogorszenie nastroju przy braku dostępu do mediów,
- percepcję zachowań młodzieży przez rodziców.

Dane zestawiono w podziale na województwo kujawsko-pomorskie oraz średnią krajową, co pozwala na ocenę lokalnej specyfiki zjawiska.

Tabela 53. Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych (woj. kujawsko-pomorskie vs. Polska, ESPAD 2024)

Kohorta i objaw	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Młodsza kohorta (15–16 lat) – przekonanie, że spędza się za dużo czasu	Kuj-Pom: 25,1	23,9	20,9	17,5	12,6
	Polska: 23,7	26,9	22,3	16,3	10,9

²² <https://uzaleznieniabehawioralne.pl/>

Młodsza kohorta (15–16 lat) – zły humor przy braku dostępu	Kuj-Pom: 7,0	10,3	21,2	31,9	29,5
	Polska: 6,7	9,9	22,2	32,1	29,1
Młodsza kohorta (15–16 lat) – przekonanie rodziców o nadmiarze czasu	Kuj-Pom: 19,9	16,4	19,9	22,4	21,5
	Polska: 16,3	21,0	18,8	23,6	20,3
Starsza kohorta (17–18 lat) – przekonanie, że spędza się za dużo czasu	Kuj-Pom: 25,9	27,8	19,7	15,0	11,6
	Polska: 27,6	27,6	19,7	15,8	9,2
Starsza kohorta (17–18 lat) – zły humor przy braku dostępu	Kuj-Pom: 6,6	8,5	22,7	32,1	30,1
	Polska: 4,6	9,4	21,8	34,9	29,3
Starsza kohorta (17–18 lat) – przekonanie rodziców o nadmiarze czasu	Kuj-Pom: 14,1	18,2	20,2	23,3	24,1
	Polska: 12,4	19,6	17,5	26,8	23,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD*.

Z przedstawionego zestawienia wynikają następujące obserwacje:

- Zarówno młodsza, jak i starsza kohorta w Kujawsko-Pomorskiem wykazuje wysoki poziom świadomości, że spędzają zbyt dużo czasu w mediach społecznościowych. W starszej grupie odsetek odpowiedzi „Zdecydowanie tak” i „Raczej tak” przekracza 53%, co jest porównywalne z wynikiem ogólnopolskim.
- Niski poziom reakcji emocjonalnych przy braku dostępu: większość młodzieży deklaruje brak pogorszenia nastroju w przypadku czasowego odcięcia od mediów, choć w starszej kohorcie w Kujawsko-Pomorskiem zauważalne są nieco wyższe wskaźniki takich reakcji w porównaniu do średniej krajowej.
- Różnice w postrzeganiu zachowań przez rodziców: uczniowie województwa kujawsko-pomorskiego częściej uważają, że rodzice krytycznie oceniają ilość czasu spędzanego online, zwłaszcza w młodszej grupie wiekowej.

Zestawienie danych wskazuje, że symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych są powszechnie rozpoznawane zarówno przez samych uczniów, jak i ich rodziców. Szczególną uwagę zwraca fakt,

że poziomy wskaźnik w województwie kujawsko-pomorskim są porównywalne lub nieco wyższe niż średnie krajowe. Oznacza to, że region ten nie odbiega istotnie od ogólnopolskich trendów, jednakże może wymagać równie systematycznego monitorowania i podejmowania działań wspierających zdrową aktywność cyfrową młodzieży.

Gry wideo na komputerach, konsolach i urządzeniach mobilnych stanowią istotny element codzienności młodzieży, zarówno w dni robocze, jak i podczas weekendów. Analiza czasu poświęcanego tej formie aktywności dostarcza wiedzy na temat intensywności użytkowania oraz potencjalnych zagrożeń związanych z nadużywaniem gier. Zjawisko to ilustrują dane zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela 54. Czas spędzony na grach na urządzeniach elektronicznych w czasie ostatnich 7 dni (województwo kujawsko-pomorskie)

Kohorta		Nie korzystał	Pół godziny lub mniej	Ok. 1 godz.	Ok. 2-3 godz.	Ok. 4-5 godz.	6 godzin i więcej
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Typowy dzień roboczy	17,3	14,9	20,3	27,2	11,0	9,3
	Typowy dzień weekendowy	13,0	8,0	12,8	24,8	19,9	21,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Typowy dzień roboczy	22,6	12,9	17,3	26,6	11,4	9,2
	Typowy dzień weekendowy	19,1	8,8	10,2	20,7	20,0	21,3

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Na podstawie zaprezentowanych danych zauważalne są następujące tendencje:

- W weekendy gry są szczególnie popularne – aż 41,6% młodszej młodzieży (15–16 lat) oraz 41,3% starszej (17–18 lat) spędza ponad 4 godziny dziennie na graniu. To oznacza, że ponad 4 na 10 uczniów w tym wieku bardzo intensywnie angażuje się w gry w czasie wolnym.
- W dni powszednie również wiele osób gra intensywnie – 47,5% młodszych i 47,2% starszych uczniów gra wtedy przynajmniej 2 godziny dziennie, mimo obowiązków szkolnych.
- Najczęstszy czas grania to około 2–3 godziny dziennie – w dni robocze wskazuje tak 27,2% młodszych i 26,6% starszych uczniów, co może świadczyć o „zrównoważonej” formie korzystania z gier przez część młodzieży.
- Więcej starszych uczniów deklaruje całkowity brak grania od poniedziałku do piątku – 22,6% w porównaniu do 17,3% wśród młodszych. Może to wynikać z większej liczby obowiązków szkolnych (np. przygotowania do matury) lub zmiany zainteresowań.
-
- W weekendy spada liczba uczniów niekorzystających z gier – tylko 13,0% młodszych i 19,1% starszych nie gra wtedy w ogóle, co potwierdza, że wolne dni to czas intensywnej cyfrowej rozrywki.
- Różnice między kohortami są stosunkowo niewielkie – we wszystkich kategoriach czasowych procenty są do siebie zbliżone. To oznacza, że styl korzystania z gier jest podobny u uczniów w wieku 15–18 lat i kształtuje się raczej wcześniej niż później.

Gry wideo odgrywają znaczącą rolę w życiu wielu młodych osób w województwie kujawsko-pomorskim, często angażując ich uwagę i czas wolny. Ponad 40% uczniów obu kohort deklaruje granie przez minimum 4 godziny dziennie w weekend, co wskazuje na potencjalne ryzyko nadmiernego zaangażowania. Jednocześnie w dni robocze czas ten ulega skróceniu, choć nadal istotna grupa młodzieży spędza przy grach 2 godziny i więcej.

Dane te podkreślają potrzebę dalszego monitorowania nawyków cyfrowych oraz prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie równowagi między aktywnością cyfrową a innymi sferami życia młodych ludzi. Częstotliwość sięgania po gry komputerowe, konsolowe oraz mobilne stanowi istotny wskaźnik obrazujący natężenie cyfrowej aktywności rekreacyjnej młodzieży. Dane zawarte w tabeli 55 przedstawiają, ile dni w ciągu ostatniego tygodnia uczniowie w wieku 15–16 oraz 17–18 lat grali na urządzeniach elektronicznych. Porównanie wyników z województwa kujawsko-pomorskiego z wynikami ogólnopolskimi pozwala zidentyfikować regionalną skalę zaangażowania w tę formę aktywności.

Tabela 55. Liczba dni spędzonych na grach na urządzeniach elektronicznych w czasie ostatnich 7 dni

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie	19,1	21,3
	1 dzień	11,1	12,4
	2 dni	12,2	10,5
	3 dni	9,5	9,9
	4 dni	8,4	8,1
	5 dni	7,8	7,8
	6 dni	6,0	4,4
	7 dni	25,9	25,5
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie	22,5	28,6
	1 dzień	12,1	12,2
	2 dni	10,4	11,5
	3 dni	8,7	9,3
	4 dni	8,2	7,6
	5 dni	7,9	7,3
	6 dni	5,0	3,9
	7 dni	25,1	19,6

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Główne obserwacje:

- Codziennie granie (7 dni w tygodniu) zadeklarowało aż 25,9% młodszych uczniów w woj. kujawsko-pomorskim, co jest wynikiem nieznacznie wyższym niż średnia ogólnopolska (25,5%). Wśród starszych uczniów odsetek ten wyniósł 25,1%, co znacząco przekracza średnią krajową (19,6%).
- Odsetek młodzieży niemającej kontaktu z grami przez ostatnie 7 dni jest w regionie niższy niż w Polsce: w młodszej kohorcie – 19,1% (Polska: 21,3%), a w starszej – 22,5% (Polska: 28,6%).

- W obu grupach wiekowych województwo kujawsko-pomorskie notuje wyższy udział młodzieży grającej regularnie przez większość tygodnia (5–6 dni), co może sugerować ustabilizowany i częsty wzorec korzystania z gier wśród lokalnych uczniów.

Zaprezentowane dane wskazują, że w województwie kujawsko-pomorskim intensywność korzystania z gier elektronicznych wśród młodzieży jest wyraźnie wyższa niż w kraju ogółem, szczególnie w starszej kohorcie wiekowej. Codzienne granie przez wielu uczniów pokazuje, że gry są stałym elementem ich codziennego życia. Wnioski te mogą stanowić ważny punkt odniesienia przy opracowywaniu wojewódzkich działań profilaktycznych, ukierunkowanych na rozwój równowagi między aktywnością cyfrową a innymi obszarami życia nastolatków, w tym relacjami społecznymi, aktywnością fizyczną i wypoczynkiem offline.

Gry komputerowe, mobilne oraz konsolowe stanowią jedną z najczęstszych form aktywności cyfrowej młodzieży. Tabela 56 przedstawia trzy kluczowe symptomy mogące świadczyć o nadmiernym zaangażowaniu w granie.

Tabela 56. Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych (woj. kujawsko-pomorskie vs Polska)

Kohorta i objaw	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Młodsza kohorta (15–16 lat) – przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	Kuj-Pom: 8,6%	13,0%	20,4%	23,5%	34,4%
	Polska: 7,9%	14,6%	18,9%	24,9%	33,7%
Młodsza kohorta – zły humor przy braku możliwości grania	Kuj-Pom: 4,5%	5,7%	11,9%	26,7%	51,2%
	Polska: 3,3%	4,9%	12,8%	28,2%	50,8%
Młodsza kohorta – przekonanie rodziców o nadmiarze grania	Kuj-Pom: 11,2%	11,6%	14,6%	20,1%	42,5%
	Polska: 9,7%	12,6%	13,8%	22,5%	41,5%
Starsza kohorta (17–18 lat) – przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	Kuj-Pom: 9,1%	11,6%	15,2%	23,9%	40,1%
	Polska: 6,5%	10,3%	15,0%	23,3%	44,9%

Starsza kohorta – zły humor przy braku możliwości grania	Kuj-Pom: 3,0%	4,0%	11,1%	26,5%	55,4%
	Polska: 2,4%	4,3%	9,7%	22,3%	61,2%
Starsza kohorta – przekonanie rodziców o nadmiarze grania	Kuj-Pom: 8,2%	10,5%	12,4%	19,9%	49,0%
	Polska: 7,0%	9,2%	9,5%	19,3%	54,9%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Kluczowe obserwacje:

- Poczucie nadmiernego grania deklaruje łącznie 21,6% młodszych i 20,7% starszych uczniów z województwa kujawsko-pomorskiego, nieco mniej niż średnio w Polsce (22,5% vs 16,8%).
- Zły nastrój przy braku dostępu do gier dotyczy stosunkowo niewielkiego odsetka młodzieży, ale wciąż widoczny jest poziom umiarkowanego dyskomfortu, deklaruje go 10,2% młodszych i 7,0% starszych uczniów z regionu.
- Rodzice z województwa kujawsko-pomorskiego częściej wskazują, że dzieci grają za dużo, szczególnie w młodszej kohorcie – 22,8% uczniów deklaruje taką opinię rodziców wobec 22,3% w całym kraju.
- Najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie nie” w obu kohortach dotyczy reakcji emocjonalnych – co sugeruje, że znaczna część uczniów nie odczuwa trudności przy braku dostępu do gier, a graniu ma w ich życiu charakter raczej rozrywkowy niż kompulsywny.

Dane z województwa kujawsko-pomorskiego wskazują, że młodzież regionu prezentuje symptomy umiarkowanego, ale zauważalnego zaangażowania w gry elektroniczne, z wynikami miejscami wyższymi niż średnia krajowa. Szczególnie warto zwrócić uwagę na subiektywne przekonanie o nadmiernym graniu oraz ocenę sytuacji przez rodziców, które w młodszej kohorcie przekraczają 20%. Chociaż bezpośrednie symptomy uzależnienia (np. zły nastrój przy odcięciu od grania) nie są dominujące, wyniki te mogą sygnalizować potrzebę prowadzenia wojewódzkich działań wspierających młodych ludzi w świadomym i zrównoważonym korzystaniu z technologii cyfrowych.

3.2. Młodzież wobec zagrożeń gier hazardowych

Gry hazardowe to forma aktywności oparta na losowości, w której gracze ryzykują pieniędzmi lub innymi wartościami w nadziei na wygraną. Do najczęściej spotykanych form hazardu należą m.in. loterie, gry liczbowe, zakłady wzajemne, kasyna stacjonarne i internetowe, automaty do gry, a także coraz popularniejsze loterie SMS czy gry hazardowe online.

Rozwój technologii cyfrowych sprawił, że hazard stał się bardziej dostępny niż kiedykolwiek wcześniej, nie tylko dla dorosłych, ale również dla młodzieży. Gry o charakterze hazardowym można dziś uprawiać z poziomu smartfona, często bez świadomości pełnego ryzyka, jakie się z nimi wiąże.

Pomimo tego, że hazard niesie ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne, temat ten wciąż pozostaje relatywnie mało obecny w debacie publicznej. Szczególną uwagę zwraca się obecnie na zjawisko uzależnienia od hazardu wśród młodych osób, gdzie granica między grą w celach rozrywkowych a niebezpiecznym nawykiem często zaciera się szybciej, niż można przypuszczać. Zjawisko to stanowi dziś jedno z kluczowych wyzwań dla systemów edukacji, profilaktyki oraz wsparcia psychologicznego.

W kontekście rosnącego niepokoju społecznego związanego z hazardem wśród młodzieży, warto przyjrzeć się konkretnym danym liczbowym, które pokazują realną skalę tego zjawiska. Tabela 57 zawiera porównanie wskaźników dotyczących udziału młodych osób w grach hazardowych, zarówno w skali ogólnopolskiej, jak i na poziomie województwa kujawsko-pomorskiego i pozwala uchwycić różnice między grupami wiekowymi.

Tabela 57. Granie w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	25,5	25,4
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	17,8	19,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	10,6	12,5
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	30,9	26,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	23,7	20,5
	W czasie 30 dni przed badaniem	17,4	14,1

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Na podstawie danych przedstawionych w tabeli 57 można sformułować następujące wnioski:

- Skala zjawiska: Ponad jedna czwarta młodzieży (25–31%) deklaruje doświadczenie z grami hazardowymi, co oznacza, że kontakt z hazardem wśród młodych ludzi jest powszechny.
- Różnice wiekowe: Im starsza grupa badanych, tym wyższe rozpowszechnienie hazardu, zarówno „kiedykolwiek”, jak i w ostatnich 12 miesiącach oraz 30 dniach.
- Dane regionalne: Starsza młodzież w regionie znacznie częściej niż młodsza angażuje się w gry hazardowe, zarówno w ujęciu ogólnym, jak i w ostatnich okresach.
- Ryzyko nawyku: Odsetek osób grających w ciągu ostatnich 30 dni (nawykowe uczestnictwo) wynosi aż 17,4% wśród 17–18-latków.

Aby pełniej zrozumieć charakter zaangażowania młodzieży w gry hazardowe, warto przeanalizować nie tylko sam fakt uczestnictwa, ale również częstotliwość stawiania pieniędzy w takich grach. Dane zawarte w tabeli 58 pozwalają przyjrzeć się intensywności tego zjawiska w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w rozbiciu na grupy wiekowe.

Tabela 58. Częstotliwość stawiania pieniędzy w grach hazardowych w czasie ostatnich 12 miesięcy

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
---------	--	--------------------	--------

Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie grał	80,3	79,7
	Raz na miesiąc lub rzadziej	11,0	11,5
	2-4 razy w miesiącu	4,0	4,1
	2-3 razy w tygodniu	4,6	4,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie grał	74,2	79,8
	Raz na miesiąc lub rzadziej	12,4	10,6
	2-4 razy w miesiącu	6,3	5,2
	2-3 razy w tygodniu	7,1	4,4

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Analiza danych przedstawionych w tabeli 58 pozwala sformułować następujące wnioski:

- Udział regularnych graczy rośnie wraz z wiekiem – aż 7,1% starszej kohorty w województwie kujawsko-pomorskim przyznaje się do grania 2–3 razy w tygodniu, co może świadczyć o postępującej utracie kontroli nad zachowaniem.
- Porównując region z całą Polską, zauważa się, że młodzież w Kujawsko-Pomorskiem częściej podejmuje aktywność hazardową o większej intensywności, zwłaszcza w grupie 17–18 lat.
- Mimo że zdecydowana większość młodszej kohorty deklaruje, że nie grała w gry hazardowe w analizowanym okresie (80,3%), niemal co piąty 15-16-latek jednak miał z nimi kontakt – przynajmniej raz w miesiącu lub częściej.

Częstotliwość stawiania pieniędzy ujawnia ukryty wymiar ryzykownych zachowań, który często umyka w ogólnych statystykach uczestnictwa. Choć jednorazowy udział może wydawać się niegroźny, powtarzalność i regularność grania są istotnymi wskaźnikami potencjalnego rozwoju uzależnienia. Dane te potwierdzają, że profilaktyka nie powinna skupiać się wyłącznie na przeciwdziałaniu samej obecności hazardu wśród młodzieży, ale także na rozpoznawaniu wzorców intensywnego i utrwalonego zaangażowania w tego typu aktywności.

Aby jeszcze lepiej zrozumieć głębokość i konsekwencje zaangażowania młodzieży w gry hazardowe, warto przyjrzeć się również temu, ile czasu młodzi ludzie spędzają na tego typu aktywnościach w przeciętny dzień. Długość codziennego zaangażowania może być równie istotnym wskaźnikiem ryzyka, co sama częstotliwość grania, szczególnie jeśli gry hazardowe zaczynają dominować nad innymi aktywnościami życia codziennego.

Tabela 59. Czas spędzany na grach hazardowych typowego dnia w czasie ostatnich 12 miesięcy

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie w czasie ostatnich 12 miesięcy	81,4	79,9

	Mniej niż 30 minut	9,3	9,7
	Między 30 minut a 1 godzina	3,4	4,0
	Między 1 godzina a 2 godziny	2,2	2,1
	Między 2 godziny a 3 godziny	1,1	1,2
	3 godziny lub więcej	2,6	3,1
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie w czasie ostatnich 12 miesięcy	75,4	80,3
	Mniej niż 30 minut	12,2	10,7
	Między 30 minut a 1 godzina	5,6	4,2
	Między 1 godzina a 2 godziny	2,2	1,8
	Między 2 godziny a 3 godziny	0,8	0,9
	3 godziny lub więcej	3,8	2,2

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Na podstawie danych z tabeli można sformułować następujące obserwacje:

- Starsza kohorta (17–18 lat) częściej angażowała się w gry hazardowe niż młodszą (15–16 lat).
- Najczęstszy czas spędzany na grach hazardowych to mniej niż 30 minut dziennie.
- Alarmujące wskaźniki długiego grania: W grupie wiekowej 17–18 lat aż 3,8% badanych z województwa kujawsko-pomorskiego spędza co najmniej 3 godziny dziennie na grach hazardowych. To znacznie więcej niż średnia krajowa wynosząca 2,2%
- Relatywnie niski, ale obecny poziom ryzyka u młodszych: Choć większość młodszej kohorty (81,4%) nie grała w hazard w ostatnich 12 miesiącach, 9,3% uczniów z tej grupy spędzało na grach co najmniej 30 minut przy jednej okazji, co również nie powinno być bagatelizowane.

Analiza czasu poświęcanego na gry hazardowe ujawnia niepokojące oznaki intensywnego zaangażowania szczególnie w starszej grupie wiekowej. W połączeniu z wcześniejszymi danymi dotyczącymi częstotliwości grania i rozpowszechnienia hazardu, wyłania się obraz narastającego problemu, który wymaga zdecydowanej reakcji.

Zjawisko to nie ogranicza się już do pojedynczych eksperymentów, dla części młodzieży gry hazardowe mogą stanowić codzienny nawyk, wpływając na ich dobrostan psychiczny, osiągnięcia szkolne oraz relacje z otoczeniem. Dlatego profilaktyka powinna objąć również wczesne wykrywanie intensywnego zaangażowania czasowego i kierowanie odpowiedniego wsparcia zarówno do młodzieży, jak i ich rodzin oraz szkół.

Choć czas i częstotliwość grania stanowią kluczowe wskaźniki intensywności zaangażowania młodzieży w hazard, istotne jest również określenie, jakie konkretnie formy gier są najczęściej wybierane i jak często młodzi ludzie po nie sięgają. Tego rodzaju dane pozwalają lepiej zrozumieć, które typy aktywności niosą ze sobą największe ryzyko rozwoju uzależnienia oraz które obszary wymagają szczególnej uwagi ze strony profilaktyki. Tabela 8 przedstawia szczegółowy rozkład częstotliwości grania w wybrane formy hazardu takie jak automaty, zakłady sportowe, loterie czy gry w karty i kości w lokalizacjach typu bary i kluby. Dane zostały zaprezentowane w podziale na region kujawsko-pomorski i średnią krajową, z uwzględnieniem obu analizowanych kohort wiekowych.

Tabela 60. Częstotliwość grania w poszczególne gry hazardowe w czasie ostatnich 12 miesięcy w miejscach takich jak bary i kluby (%)

Kohorta	Rodzaj gry	Region	W ogóle nie	Raz na miesiąc lub rzadziej	2–4 razy w miesiącu	2–3 razy w tygodniu
Młodsza kohorta (15–16 lat)	Automaty	Kujawsko-Pomorskie	87,4	8,4	1,2	3,0
		Polska	89,3	7,2	1,3	2,1
	Karty lub kości	Kujawsko-Pomorskie	90,3	5,1	1,3	3,2
		Polska	89,8	5,7	2,2	2,4
	Loterie (bingo, lotto)	Kujawsko-Pomorskie	88,2	7,9	1,4	2,4
		Polska	88,2	7,9	2,0	1,9
	Zakłady sportowe	Kujawsko-Pomorskie	87,3	5,8	2,7	4,1
		Polska	87,0	6,3	2,8	4,0
Starsza kohorta (17–18 lat)	Automaty	Kujawsko-Pomorskie	88,1	7,4	1,0	3,5

		Polska	93,3	5,2	0,6	0,9
		Kujawsko-Pomorskie	88,4	6,7	1,6	3,2
	Karty lub kości	Polska	92,1	5,0	1,8	1,1
		Kujawsko-Pomorskie	88,8	5,6	2,9	2,8
	Loterie (bingo, lotto)	Polska	90,0	7,1	1,9	1,0
		Kujawsko-Pomorskie	82,5	6,1	4,6	6,7
	Zakłady sportowe	Polska	87,4	5,5	3,4	3,7
		Kujawsko-Pomorskie	88,8	5,6	2,9	2,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Dane przedstawione w tabeli 60 pozwalają sformułować następujące spostrzeżenia dotyczące preferencji młodzieży wobec konkretnych form gier hazardowych oraz częstotliwości ich podejmowania:

- Zakłady sportowe jako dominująca forma ryzykownego grania: W starszej kohorcie w województwie kujawsko-pomorskim zakłady sportowe są najczęściej wybieraną formą hazardu o wysokiej częstotliwości, aż 6,7% 17–18-latków deklaruje granie 2–3 razy w tygodniu. To wynik niemal dwukrotnie wyższy niż średnia krajowa (3,7%), co sugeruje, że ta forma może być szczególnie problematyczna w regionie.
- Automaty i gry karciane również obecne w rytmie tygodnia: Wśród młodzieży w wieku 15–16 lat z Kujawsko-Pomorskiego aż 3,0% gra regularnie (2–3 razy w tygodniu) na automatach, a 3,2% w karty lub kości, to wartości wyższe niż w populacji ogólnopolskiej.
- Różnice regionalne widoczne zwłaszcza w starszej grupie: W każdej z badanych kategorii starsza kohorta z Kujawsko-Pomorskiego osiąga wyższe wyniki regularnego uczestnictwa niż ich rówieśnicy w skali kraju.
- Loterie mniej angażujące, ale obecne: Choć wydają się mniej intensywne w częstotliwości grania, 2,8% starszych uczniów w regionie gra w nie 2–3 razy w tygodniu, co również nie jest zjawiskiem marginalnym.

Dane przedstawione w tabeli 60 potwierdzają, że młodzież ma kontakt z różnorodnymi formami hazardu już w wieku szkolnym, a niektóre z tych aktywności przybierają regularny, cykliczny charakter. Szczególnie niepokojące są wartości odnoszące się do zakładów sportowych, automatów i gier karcianych, które wymagają szybkiej reakcji systemów profilaktyki.

W kontekście analizy warto również zwrócić uwagę na częstotliwość uczestnictwa młodzieży w poszczególnych formach hazardu internetowego w ciągu ostatnich 12 miesięcy, gdyż aspekt ten jest równie istotny z punktu widzenia oceny ryzyka i planowania działań zapobiegawczych.

Tabela 61. Częstotliwość grania w poszczególne gry hazardowe przez Internet w czasie ostatnich 12 miesięcy (%)

Kohorta	Rodzaj gry	Region	W ogóle nie	Raz na miesiąc lub rzadziej	2–4 razy w miesiącu	2–3 razy w tygodniu
Młodsza kohorta (15–16 lat)	Automaty	Kujawsko- Pomorskie	91,1	5,3	1,0	2,5
		Polska	91,3	5,1	1,2	2,4
	Karty lub kości	Kujawsko- Pomorskie	91,5	4,4	1,7	2,3
		Polska	91,3	4,0	1,9	2,7
	Loterie (bingo, lotto)	Kujawsko- Pomorskie	91,9	4,7	1,6	1,7
		Polska	91,3	4,8	1,7	2,2
	Zakłady sportowe	Kujawsko- Pomorskie	86,3	6,2	3,2	4,2
		Polska	86,6	5,5	3,3	4,6
Starsza kohorta (17–18 lat)	Automaty	Kujawsko- Pomorskie	89,8	5,3	1,4	3,5
		Polska	94,1	3,8	1,0	1,1

	Karty lub kości	Kujawsko-Pomorskie	89,7	4,5	3,1	2,7
		Polska	92,4	4,5	1,9	1,2
	Loterie (bingo, lotto)	Kujawsko-Pomorskie	91,4	4,1	1,9	2,7
		Polska	92,9	4,7	1,3	1,2
	Zakłady sportowe	Kujawsko-Pomorskie	79,7	7,3	6,0	6,9
		Polska	84,2	6,4	5,1	4,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD*.

Na podstawie zaprezentowanych danych z tabeli 61 można sformułować następujące spostrzeżenia dotyczące wzorców korzystania z gier hazardowych przez internet:

- Zakłady sportowe w sieci szczególnie popularne wśród starszych uczniów: W starszej kohorcie z województwa kujawsko-pomorskiego aż 6,9% respondentów deklaruje granie w zakłady sportowe przez internet 2–3 razy w tygodniu. To wartość wyraźnie przewyższająca średnią krajową (4,2%) i stanowi sygnał silnego przywiązania do tej formy ryzyka.
- Automaty przyciągają młodzież intensywniej na poziomie regionalnym: Wśród 17–18-latków w Kujawsko-Pomorskiem aż 3,5% gra kilka razy w tygodniu, w porównaniu z 1,1% w skali kraju. Wskazuje to na konieczność uwzględnienia hazardu online jako istotnego elementu ryzykownych zachowań.
- Gry karciane i loterie także z widoczną regularnością w regionie: Dane pokazują, że zarówno w przypadku gier karcianych, jak i loterii (np. online bingo), Młodsza kohorta w regionie częściej angażuje się w nie (2–3 razy w tygodniu) niż ich rówieśnicy w skali kraju.
- Młodsza kohorta również wykazuje obecność zachowań regularnych: Choć odsetki są nieco niższe niż u starszych uczniów, już 2,5% 15–16-latków z regionu uczestniczy kilka razy w tygodniu w grach hazardowych online, co potwierdza, że problem nie dotyczy wyłącznie starszej młodzieży.

Dane z tabeli ujawniają wyraźny i niepokojący trend: młodzież coraz częściej sięga po gry hazardowe w przestrzeni cyfrowej, a niektóre formy, zwłaszcza zakłady sportowe przybierają charakter intensywny i systematyczny.

Zjawisko to jest szczególnie nasilone w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie niemal każda analizowana kategoria cechuje się wyższą regularnością niż średnia krajowa. Może to świadczyć o mniejszej świadomości zagrożeń związanych z hazardem online.

Kolejnym istotnym etapem w pogłębionej analizie zachowań hazardowych wśród młodzieży jest ocena objawów, które mogą wskazywać na problematyczne lub wręcz uzależniające korzystanie z gier hazardowych. Sam fakt grania nie musi jeszcze oznaczać zagrożenia, jednak pojawienie się określonych symptomów takich jak potrzeba

zwiększania stawek czy ukrywanie skali uczestnictwa w grze może świadczyć o utracie kontroli nad zachowaniem i rozwoju mechanizmów charakterystycznych dla uzależnienia.

W tym kontekście szczególnie ważne są dane przedstawione w tabeli 62, które obrazują skalę występowania wybranych symptomów grania problemowego w podziale na kohorty wiekowe i zestawieniu regionalnym oraz krajowym.

Tabela 62. Symptomy grania problemowego w gry hazardowe

Kohorta		Kujawsko-Pomorskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Potrzeba stawiania coraz większych pieniędzy	8,8	9,0
	Kłamanie w sprawie tego, jak wiele się gra	4,6	4,2
Starsza kohorta (17-18 lat)	Potrzeba stawiania coraz większych pieniędzy	11,0	8,9
	Kłamanie w sprawie tego, jak wiele się gra	5,0	3,7

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.*

Dane zawarte w tabeli 62 pozwalają wyciągnąć kilka istotnych wniosków na temat skali i charakteru symptomów grania problemowego wśród młodzieży zarówno w regionie, jak i w ujęciu ogólnopolskim:

- Wzrost symptomów problemowego grania w starszej kohorcie: Młodzież w wieku 17–18 lat częściej niż ich młodszy koledzy przejawia symptomy problemowego grania – zwłaszcza w zakresie potrzeby zwiększania stawek (11,0% w regionie vs. 8,9% w kraju) oraz ukrywania skali uczestnictwa (5,0% vs. 3,7%). Może to wskazywać na bardziej utrwalone i niepokojące nawyki związane z hazardem.
- Relatywnie stała skala zjawiska w młodszej grupie: Wśród osób w wieku 15–16 lat wartości są nieco niższe, lecz nadal istotne – prawie 9% przyznaje się do rosnącej potrzeby stawiania coraz większych kwot, a niemal 5% do kłamania na temat czasu poświęcanego na gry. To wyraźny sygnał, że symptomy uzależnienia mogą pojawiać się już we wczesnym okresie życia nastolatków.
- Niewielkie różnice regionalne, lecz z tendencją wzrostową: W większości przypadków różnice między województwem kujawsko-pomorskim a średnią krajową nie są dramatyczne, ale mogą sugerować lokalne uwarunkowania (np. dostępność gier, świadomość rodzicielska, działania profilaktyczne), które wpływają na występowanie symptomów.

Na podstawie analizy danych można stwierdzić, że problemowe symptomy grania występują już na etapie wieku szkolnego i nasilają się wraz z wiekiem, co stanowi istotne wyzwanie dla systemów wsparcia.

W kontekście rosnącej liczby symptomów wskazujących na problemowe granie, warto spojrzeć na dane oparte na deklarowanej częstości podejmowania zachowań hazardowych w dłuższej perspektywie czasu. Pozwalają one uchwycić zmiany trendów i skali zjawiska na przestrzeni ostatnich lat, zarówno w grupie młodszej, jak i starszej.

Tabela 63 przedstawia, jak kształtował się odsetek młodzieży mającej kontakt z grami hazardowymi od 2011 do 2024 r. obejmując zarówno doświadczenia „kiedykolwiek w życiu”, jak i częstsze formy uczestnictwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni przed badaniem. Te dane umożliwiają ocenę dynamiki zjawiska oraz identyfikację okresów wzmożonego ryzyka.

Tabela 63. Granie w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać

Kohorta		2011	2015	2019	2024
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	28,3	18,8	21,0	25,5
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	12,7	12,1	10,8	17,8
	W czasie 30 dni przed badaniem	6,3	8,7	5,3	10,6
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	32,5	27,1	22,1	30,9
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	16,2	16,7	12,3	23,7
	W czasie 30 dni przed badaniem	8,4	10,8	6,9	17,4

Źródło: Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Dane z powyższej tabeli pozwalają zauważyć niepokojący zwrot w trendach dotyczących uczestnictwa młodzieży w grach hazardowych, który może wskazywać na utrwalanie się ryzykownych wzorców zachowań i większą podatność na uzależnienie. Na tej podstawie można sformułować następujące wnioski:

- Ponowny wzrost zaangażowania po wcześniejszym spadku: Po zauważalnym spadku udziału w grach hazardowych w latach 2011–2019, dane z 2024 r. wskazują na wyraźne odbicie trendu zarówno w młodszej, jak i starszej kohorcie. Dotyczy to wszystkich przedziałów czasowych od doświadczeń życiowych po aktywność z ostatnich tygodni.
- Dynamiczny wzrost aktywności w ostatnim roku i miesiącu: Szczególnie niepokojący jest wzrost liczby uczniów deklarujących granie w ostatnich 12 miesiącach i ostatnich 30 dniach. W przypadku starszej kohorty udział ten wzrósł: z 12,3% do 23,7% (ostatnie 12 miesięcy), oraz z 6,9% do 17,4% (ostatnie 30 dni). Młodsza kohorta również wykazała wzrost: z 10,8% do 17,8% (ostatnie 12 miesięcy) oraz z 5,3% do 10,6% (ostatnie 30 dni).
- Powrót do poziomów sprzed dekady: Wskaźniki z 2024 r. w niektórych przypadkach zbliżają się do poziomów z 2011 r., co może sugerować, że wcześniejsze działania prewencyjne nie były trwałe lub nie nadążyły za nowymi formami dostępu do hazardu (np. online).

Dane jasno pokazują, że hazard wśród młodzieży ponownie zyskuje na intensywności i zasięgu, po okresie spadków w latach 2011–2019. Wzrost wskaźników we wszystkich kategoriach czasowych w 2024 r., zarówno w grupie młodszej, jak i starszej, potwierdza pilną potrzebę ponownego wzmocnienia działań profilaktycznych.

PODSUMOWANIE:

W dobie powszechnej cyfryzacji życia codziennego młodzież coraz częściej korzysta z nowych technologii nie tylko w celach edukacyjnych, ale przede wszystkim rekreacyjnych. Korzystanie z mediów społecznościowych, granie w gry komputerowe i mobilne, a także podejmowanie aktywności hazardowych staje się integralną częścią stylu życia uczniów. Choć wiele z tych aktywności ma charakter rozrywkowy i rozwojowy, badania wskazują na narastające symptomy nadużywania oraz ryzyka uzależnień behawioralnych już w okresie szkolnym. Prezentowane dane z badania ESPAD 2024 w województwie kujawsko-pomorskim pozwalają uchwycić skalę, dynamikę i wiekowy profil tych zjawisk, szczególnie w kontekście mediów społecznościowych, gier i hazardu.

Wnioski z analizy danych ESPAD 2024 w województwie kujawsko-pomorskim:

Media społecznościowe i gry cyfrowe

1. Ponad 49% uczniów w wieku 15- 18 lat w województwie kujawsko-pomorskim w obu grupach wiekowych (15–16 lat: 25,1% + 23,9%; 17–18 lat: 25,9% + 27,8%) przyznaje, że spędza zbyt dużo czasu w mediach społecznościowych, co może wskazywać na wewnętrzne poczucie braku równowagi cyfrowej i trudności w samoregulacji online.
2. 17,3% młodzieży w wieku 15–16 lat oraz 15,1% młodzieży w wieku 17–18 lat odczuwa pogorszenie nastroju (zły humor) w sytuacji braku dostępu do mediów społecznościowych, co może świadczyć o emocjonalnym uzależnieniu oraz o występowaniu zjawiska tzw. „cyfrowego głodu” – potrzeby stałego kontaktu z bodźcami cyfrowymi, których brak wywołuje dyskomfort psychiczny.
3. 36,3% uczniów w wieku 15–16 lat oraz nieco mniej 32,3 % młodzieży w wieku 17-18 lat wskazuje, że ich rodzice uważają ich korzystanie z mediów społecznościowych za nadmierne.
4. 41,6% młodszych i 41,3% starszych uczniów gra w weekendy ponad 4 godziny dziennie, to może być sygnał dużego zaangażowania czasowego, które może kolidować z innymi aktywnościami społecznymi lub odpoczynkiem.
5. W dni robocze 47,5% uczniów z młodszej kohorty i 47,2% ze starszej kohorty poświęca grom co najmniej 2 godziny dziennie, co świadczy o istotnej roli gier cyfrowych w codziennym życiu młodzieży. Tak wysoki poziom aktywności może być zarówno formą rozrywki i relaksu, jak i sygnałem potrzeby monitorowania czasu ekranowego, zwłaszcza w kontekście równowagi między obowiązkami a aktywnością online.
6. Codzienne granie (przez 7 dni w tygodniu) deklaruje 25,9% uczniów w wieku 15–16 lat oraz 25,1% uczniów w wieku 17–18 lat, przy czym wynik starszych uczniów przekracza średnią krajową (19,6%). Tak wysoki poziom codziennej aktywności może świadczyć o utrwalonych nawykach cyfrowych, a w niektórych przypadkach o ryzyku uzależnienia behawioralnego, zwłaszcza jeśli towarzyszy mu ograniczenie innych form aktywności.
7. 21,6% młodszych oraz 20,7% starszych uczniów przyznaje, że gra zbyt dużo, co może wskazywać na samodiagnozowane ryzyko uzależnienia od gier i nadmiernego zaangażowania w aktywność cyfrową.
8. 10,2% uczniów 15–16 lat i 7% uczniów 17–18 lat doświadcza dyskomfortu psychicznego przy braku dostępu do gier, co może świadczyć o niepokojących objawach związanych z mechanizmem odstawienia.

Gry hazardowe

1. Z grami hazardowymi miało kontakt 25–31% uczniów, to znacząca część populacji, świadcząca o dostępności i normalizacji tej formy ryzyka w środowisku młodzieżowym.

2. W ciągu ostatnich 30 dni w gry hazardowe grało 17,4% uczniów w wieku 17–18 lat, co może sugerować o obecności trwałych wzorców ryzykownego zachowania.
3. 7,1% starszych uczniów gra w hazard 2–3 razy w tygodniu, a 3,8% spędza na tym co najmniej 3 godziny dziennie (Polska: 2,2%).
4. Zakłady sportowe online są najczęściej wybieraną formą hazardu - 6,9% starszych uczniów gra w nie regularnie, co przewyższa średnią krajową (4,2%) i może wynikać z ich łatwej dostępności.
5. 2,5% młodszych uczniów (15–16 lat) regularnie gra online – to niepokojący sygnał, wskazujący, że ryzyko nadmiernego zaangażowania w gry pojawia się już w tej grupie wiekowej, wymagając wczesnych działań profilaktycznych.

Objawy uzależnienia

1. 11% uczniów w wieku 17–18 lat oraz 8,7% uczniów w wieku 15–16 lat deklaruje rosnącą potrzebę podejmowania ryzyka w grach, np. poprzez podnoszenie stawek. Tego typu zachowania mogą świadczyć o postępującej utracie kontroli nad graniem i wskazywać na wczesne symptomy uzależnienia behawioralnego, szczególnie w kontekście gier o charakterze hazardowym.
2. 5% starszych oraz 4,6% młodszych uczniów przyznaje, że ukrywa skalę swojego grania co może świadczyć to o braku otwartości i wewnętrznym poczuciu przekroczenia norm.

Trend wzrostowy (2011–2024)

Wśród uczniów w wieku 17–18 lat udział w hazardzie w ciągu ostatnich 12 miesięcy wzrósł z 12,3% w 2019 roku do 23,7% w 2024 r., a w ciągu ostatnich 30 dni – z 6,9% do 17,4%. W grupie młodszej (15–16 lat) odsetek ten zwiększył się z 10,8% do 17,8%, a w skali ostatnich 30 dni – z 5,3% do 10,6%. Zmiany te wskazują na wyraźny wzrost aktywności hazardowej wśród młodzieży, zarówno w ujęciu rocznym, jak i 30 dniowym. Dane te mogą świadczyć o utrwalaniu się ryzykownych wzorców zachowań.

Dane jednoznacznie wskazują na rosnącą skalę i intensywność podejmowania ryzykownych aktywności cyfrowych oraz hazardowych wśród młodzieży, z początkiem tych zjawisk już na etapie szkoły średniej. Szczególnie niepokojące są sygnały świadczące o ich regularności oraz nasileniu objawów charakterystycznych dla uzależnień behawioralnych. Województwo kujawsko-pomorskie, choć częściowo wpisuje się w ogólnopolski trend, w wielu obszarach wykazuje wyższe wskaźniki ryzyka, co podkreśla potrzebę wzmocnienia regionalnych działań profilaktycznych.

4. System pomocy dla osób z problemami wynikającymi z picia alkoholu oraz używania innych substancji psychoaktywnych i ich bliskich w województwie kujawsko-pomorskim - zasoby instytucjonalne

4.1. Placówki leczenia uzależnień

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2023 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu są poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnie leczenia uzależnień, całodobowe oddziały (albo stacjonarne ośrodki) terapii uzależnienia od alkoholu, całodobowe oddziały (albo stacjonarne ośrodki) leczenia uzależnień, dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu, dzienne oddziały leczenia uzależnień, oddziały (albo ośrodki) leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, hostele dla osób uzależnionych od alkoholu.

Pacjentami placówek leczenia uzależnienia od alkoholu są osoby spożywające alkohol, ale również używające innych niż alkohol substancji psychoaktywnych), osoby z zaburzeniami nawyków i popędów oraz bliscy tych osób.

Leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych odbywa się na oddziałach (albo ośrodkach) terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, oddziałach (albo ośrodkach) leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych oraz w poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonuje wiele placówek oferujących pomoc osobom używającym alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Zasoby województwa tworzą placówki stacjonarne, oddziały detoksykacyjne, oddziały dzienne oraz placówki ambulatoryjne.

Samorząd województwa kujawsko-pomorskiego jest organem założycielskim dla:

- Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, w ramach którego funkcjonuje 1 stacjonarny ośrodek leczenia uzależnień, 3 ośrodki terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, 1 oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu, 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współzależnienia i 1 poradnia terapii od substancji psychoaktywnych;
- Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu, w ramach którego funkcjonuje 1 całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu, 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, 1 oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych oraz poradnia leczenia uzależnień;
- Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy, w ramach której funkcjonuje poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współzależnienia.

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu oprócz zapewnienia świadczeń zdrowotnych realizuje również nałożone przez Ministra Zdrowia zadania o charakterze pozalecznym, do których należy m.in. inicjowanie i realizacja działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnień. W latach 2020-2024 Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu ze środków samorządu województwa kujawsko-pomorskiego organizował superwizję obejmującą terapeutów z terenu województwa w liczbie: 69 w 2020 r., 35 w 2021 r., 47 w 2022 r., 47 w 2023 r. i 50 w 2024 r. Na ten cel samorząd województwa w analizowanym okresie przeznaczył 133 440, 00 zł.

W latach 2021- 2024 ze środków „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2021-2025” oraz „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2022-2025” w ramach zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków na remonty i inwestycje Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu otrzymał 3 669 150,52 zł.

W okresie obowiązywania „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” planowana jest dalsza modernizacja Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, polegająca m.in. na rozbudowie Oddziału Odwykowego Całodobowego, budowie nowego budynku dla Oddziału Krótkoterminowego Terapii Uzależnień oraz budowie nowego budynku dla Poradni Terapii Uzależnień. Planowana jest także budowa hostelu dla osób uzależnionych. Realizacja inwestycji znacząco poprawi warunki pobytu i udzielania świadczeń dla pacjentów oraz warunki pracy terapeutów uzależnień. Inwestycja umożliwi zwiększenie liczby przyjmowanych pacjentów. Zwiększy się liczba łóżek z 18 do 36 na Oddziale Krótkoterminowej Terapii Uzależnień, powstanie przestrzeń dla nowych usług np. oddział dzienny młodzieżowy, grupy terapeutyczne młodzieżowe i dla dorosłych.

Nadzór nad działalnością leczniczą, w tym realizowanymi inwestycjami w zakresie rozbudowy i modernizacji bazy infrastrukturalnej Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia pełni Departament Zdrowia.

4.1.1. Lecznictwo stacjonarne

W latach 2020-2024 w województwie kujawsko-pomorskim liczba placówek stacjonarnych w zakresie pomocy dla osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych była niezmienna. W regionie funkcjonowało 10 placówek stacjonarnych, prowadzonych przez 4 podmioty lecznicze, zwiększyła się natomiast liczba łóżek z 315 do 329.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego świadczeń stacjonarnych w zakresie leczenia uzależnień udzielają następujące podmioty lecznicze:

1. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, w ramach którego funkcjonuje:
 - Oddział Odwykowy Całodobowy,
 - Całodobowy Młodzieżowy Oddział Leczenia Uzależnień;
 - Oddział Terapii Odwykowej Uzależnień;
 - Oddział Krótkoterminowej Terapii Uzależnień;
2. Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu, w ramach którego funkcjonuje:
 - Oddział Terapii Uzależnień,
 - Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych,
 - Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych.
3. Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, w ramach którego funkcjonuje:
 - Oddział Leczenia Uzależnień.
4. SP ZOZ w Radziejowie, w ramach którego funkcjonuje:
 - Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol,
 - Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.

Tabela 64. Placówki stacjonarne w województwie kujawsko-pomorskim

	Rodzaj placówki	Liczba placówek		Nazwa placówki/Nazwa podmiotu leczniczego	Liczba łóżek	
		2020	2024		2020	2024
1	Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	2	2	Oddział Odwykowy Całodobowy/ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu	53	53
				Oddział Leczenia Uzależnień/ Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	32	32
2	Oddziały terapii uzależnienia od alkoholu	2	2	Oddział Terapii Uzależnień/ Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu	60	60
				Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol/ SP ZOZ w Radziejowie	42	42
3	Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	2	2	Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych/ Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu	29	29
				Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych/ SP ZOZ w Radziejowie	13	13
4	Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	3	3	Całodobowy Młodzieżowy Oddział Leczenia Uzależnień/ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu	26	40
				Oddział Terapii Odwykowej Uzależnień/ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu	28	28
				Oddział Krótkoterminowej Terapii Uzależnień/ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu	18	18

5	Oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych	1	1	Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych/ Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu	14	14
Razem		10	10	Razem	315	329

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia <https://nfz-bydgoszcz.pl/> (dostęp: 26.06.2025), Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/> (dostęp: 26.06.2025)

Tabela 65. Liczba leczonych w placówkach stacjonarnych w województwie kujawsko-pomorskim

	Wyszczególnienie	Liczba placówek w województwie kujawsko-pomorskim	Liczba leczonych				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	2	549	628	735	648	679
2	Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	2	674	814	812	796	814
3	Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	2	1 208	1 255	1 359	1449	1450
4	Ośrodki terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	3	322	341	413	337	362
5	Oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych	1	334	330	352	362	333

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu, Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu, SP ZOZ w Radziejowie i Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszcz

4.1.2. Dzielne oddziały terapii uzależnień

W 2024 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego świadczeń dziennych w ramach kontraktu z NFZ udzielało 5 oddziałów dziennych, w tym 4 dziennie oddziały terapii uzależnienia od alkoholu, prowadzone przez:

- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu,
 - Odwykowo-Psychiatryczny Ośrodek Leczniczy Grabicz i Karnowski - Psychiatry Spółka Partnerska w Inowrocławiu,
 - MED-ARS w Bydgoszczy,
 - Koliber Ilona Kamińska w Nakle nad Notecią
- oraz 1 ośrodek leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych, prowadzony przez Kujawski Ośrodek Rehabilitacji i Terapii „Kort” Sp. z o.o. w Inowrocławiu.

Tabela 66. Oddziały dzienne w województwie kujawsko-pomorskim

Wyszczególnienie	2016	2020	2021	2022	2023	2024
Oddziały terapii uzależnienia od alkoholu	4	4	4	4	4	4
Oddział dzienny terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	1	1	1	0	0	0
Ośrodek leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych	0	1	1	1	1	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki <https://nfz-bydgoszcz.pl/> (dostęp: 26.06.2025)

4.1.3. Lecznictwo ambulatoryjne

W latach 2020-2024 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego świadczeń ambulatoryjnych w ramach kontaktu z NFZ w zakresie leczenia osób używających alkoholu i substancji psychoaktywnych udzielały 34 poradnie, w tym :

- 13 poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
- 18 poradni leczenia uzależnień,
- 3 poradnie terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych (innych niż alkohol).

Tabela 67. Placówki ambulatoryjne w województwie kujawsko-pomorskim

Wyszczególnienie	2016	2020	2021	2022	2023	2024
Poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	13	13	13	13	13	13
Poradnie leczenia uzależnień	18	18	18	18	18	18
Poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	3	4	3	3	3	3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki <https://nfz-bydgoszcz.pl/> (dostęp: 26.06.2025)

Poradnie są dostępne w 22 miastach na obszarze 20 powiatów. Poradni leczenia/terapii uzależnień brakuje w powiecie aleksandrowskim, grudziądzkim i włocławskim.²³

Osoby z problemami związanymi z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych mogą otrzymać pomoc również w poradniach zdrowia psychicznego.

Liczbę leczonych w placówkach ambulatoryjnych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego prezentuje poniższa tabela.

²³ Oprócz placówek mających kontrakt z NFZ na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonują również placówki prywatne lub finansowane ze środków jednostek samorządu terytorialnego.

Tabela 68. Leczeni w placówkach ambulatoryjnych²⁴ w województwie kujawsko-pomorskim z tytułu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

Wyszczególnienie	2016	2020	2021	2022	2023
Leczeni z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu	9 003	7 019	7 895	8 092	8231
w tym:					
ostre zatrucie i używanie szkodliwe	841	614	477	565	450
zespół uzależnienia	8 020	6 171	7 087	7 222	7 420
zespół abstynencyjny bez majaczenia	47	80	89	73	59
zespół abstynencyjny z majaczeniem	15	6	11	4	6
zaburzenia psychiatryczne (bez majaczenia)	38	53	53	51	56
inne zaburzenia	42	95	178	177	240
Leczeni z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych	1 929	2 141	2 529	2960	3454
w tym:					
ostre zatrucie i używanie szkodliwe	459	372	392	502	529
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny	1 416	1 595	1 891	2 157	2 674
zaburzenia psychiatryczne	23	33	68	76	62
inne zaburzenia	31	141	178	225	189

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

W poradniach zdrowia psychicznego, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i poradniach terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w 2023 r. leczyło się łącznie:

- 8 231 osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu, to o ponad 17% więcej niż w 2020 r., ale o 8% mniej niż w 2016 r.
- 3 454 osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych innych niż alkohol, to o ponad 61% więcej niż w 2020 r., ale aż o 79% więcej niż w 2016 r.

W roku 2023 w porównaniu z rokiem 2020 w placówkach ambulatoryjnych zauważalny jest wzrost liczby

²⁴ W poradniach zdrowia psychicznego, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i poradniach terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych

leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.

Analizując dane z 2022 r. można zauważyć, że wśród pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu leczonych w województwie kujawsko-pomorskim w poradniach zdrowia psychicznego i poradniach terapii uzależnienia od alkoholu²⁵:

- większość stanowili mężczyźni – 75,5%,
- większość mieszkała w mieście – 67,0%,
- 42% było leczonych po raz pierwszy,
- ponad 85% stanowiły osoby w wieku 30-64 lat,
- ponad 7% stanowiły osoby w wieku 65 i więcej lat,
- ponad 7% stanowiły osoby w wieku 19-29 lat,
- osoby poniżej 19 lat stanowiły 0,3%.

Natomiast wśród pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol leczonych w województwie kujawsko-pomorskim w placówkach ambulatoryjnych (poradniach zdrowia psychicznego, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych):

- mężczyźni stanowili 67,8%,
- większość mieszkała w mieście – 82,6%,
- ponad 37% było leczonych po raz pierwszy,
- ponad 50% stanowiły osoby w wieku 30-64 lat,
- ponad 8% stanowiły osoby w wieku 65 i więcej lat,
- ponad 35% stanowiły osoby w wieku 19-29 lat,
- osoby poniżej 19 lat stanowiły 5,8%,

Leczenie substytucyjne

Leczenie substytucyjne to rodzaj terapii farmakologicznej stosowanej wobec osób uzależnionych od heroiny i innych opioidów. Polega ono na podawaniu pacjentom leków o działaniu podobnym do tego, jak działają narkotyki, od którego są oni uzależnieni. Leki substytucyjne oddziałują na te same receptory w organizmie człowieka, co heroina, jednak nie powodują tak silnego odurzenia i tak wyraźnej huśtawki nastrojów²⁶.

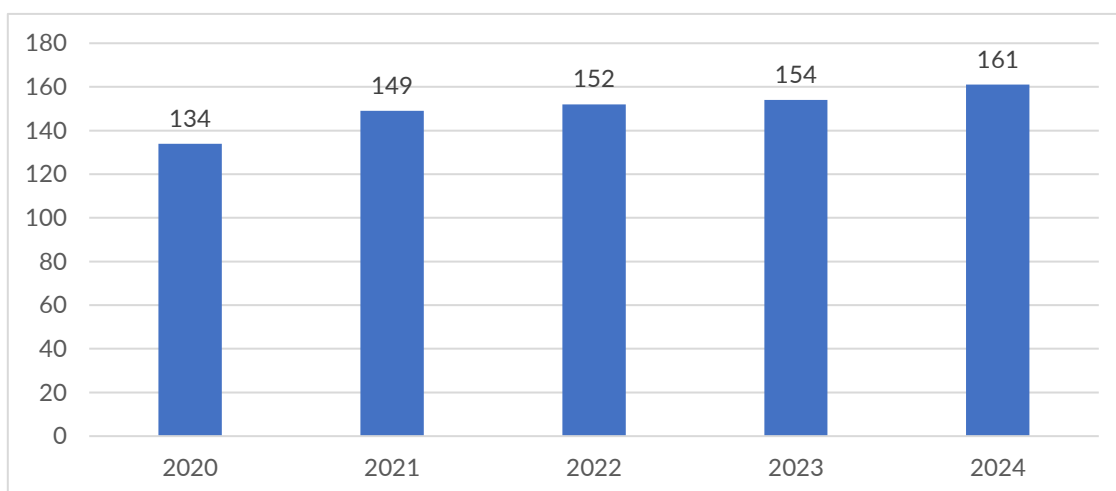
Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego działają dwa podmioty lecznicze prowadzące leczenie substytucyjne w warunkach ambulatoryjnych. Są to:

- Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr Józefa Bednarza w Świeciu, (Poradnia Leczenia Uzależnień) oraz
- NZOZ Marimed prowadzony przez Alto Sp. z o.o. Sp. K. w Bydgoszczy (Poradnia Leczenia Uzależnień).

²⁵ Obliczenia własne na podstawie „Biuletyn Statystyczny. Ochrona zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim w 2022 roku”- Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy. Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego

²⁶ <https://poradniauzaleznienia.pl/informator-o-narkotykach/leczenie-substytucyjne/> (dostęp:17.07.2025)

Wykres 14 . Liczba osób objętych leczeniem substytucyjnym w województwie kujawsko-pomorskim



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Spraw Społecznych UMWKP na podstawie danych Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr Józefa Bednarza w Świeciu i ALTO sp. z o. o. sp. k.

4.2. Formy wsparcia dla osób z problemem alkoholowym i/lub narkotykowym oraz ich bliskich poza systemem lecznictwa

Gminy i gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych

Istotną rolę w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych i narkotykowych odgrywają gminy, na które ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawa z dnia 29 lipca 2025 r. o przeciwdziałaniu narkomanii nałożyła obowiązek realizacji „gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii”.

Gmina ma możliwość wpływania na dostępność fizyczną napojów alkoholowych poprzez określanie maksymalnej liczby zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, określenia usytuowania punktów sprzedaży, możliwość wprowadzenia na terenie gminy ograniczenie sprzedaży napojów alkoholowych w porze nocnej.

Wójt, burmistrz lub prezydent miasta na podstawie art. 4¹ ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi powołuje gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych. W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonują 144 gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, a w ich skład wchodzi łącznie ok. 900 członków (903 w 2020 r., 892 w 2023 r.).

Zadaniem gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych jest inicjowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu oraz podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby z uzależnieniem od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego. Ponadto członkowie gminnych komisji opiniują wydawanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych pod względem zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z uchwałami rady gminy, a na podstawie upoważnienia wystawionego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta dokonują kontroli przestrzegania zasad i warunków korzystania z ww. zezwoleń.

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy domowej przedstawiciele gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych uczestniczą w pracach zespołu interdyscyplinarnego, mogą też wchodzić w skład grup diagnostyczno-pomocowych. Realizują również procedurę „Niebieskie Karty” zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”.

Tabela 69. Członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim

Rok	2016	2020	2021	2022	2023
Liczba członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	923	903	907	868	892

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-g1/> (dostęp: 21.05.2025)

Ośrodki Pomocy Społecznej -Pomoc społeczna

Dużą rolę w przezwyciężaniu problemów związanych ze zjawiskiem alkoholizmu i narkomanii pełnią jednostki pomocy społecznej (OPS). Podstawową formą prowadzonych przez nie usług są świadczenia materialne.

Tabela 70. Liczba rodzin i osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu alkoholizmu w województwie kujawsko-pomorskim

Rok	2016	2020	2021	2022	2023
Liczba rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu alkoholizmu	5 205	3 961	3 871	3 382	3 391
Liczba osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu alkoholizmu	9 744	6 301	5 964	5 119	4 927
Liczba rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu narkomanii	278	297	296	277	345
Liczba rodzin osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu narkomanii	474	439	438	405	500

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań MRiPS-03-R dostępnych na stronie <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyki-pomocy-spoecznej> (dostęp: 05.06.2025)

Analizując dane za lata 2020-2023 dotyczące świadczeń z zakresu pomocy społecznej zauważyć można spadek liczby rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu problemów alkoholowych oraz wzrost liczby rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu narkomanii. W 2023 r. liczba rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu problemów alkoholowych wynosiła 3 391 i była niższa o 570 rodzin w porównaniu z rokiem 2020. Z kolei liczba rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu narkomanii w 2023 r. wynosiła 345 i była wyższa o 48 rodzin w porównaniu z rokiem 2020.

Grupy samopomocowe i pomocowe

W województwie kujawsko-pomorskim działa wiele grup pomocowych i samopomocowych, a na przestrzeni lat 2020-2023 zaobserwować można spadek liczby stowarzyszeń i klubów abstynenckich, grup Al-Anon oraz grup Al.-Ateen. Grupy dla DDA utrzymują się na tym samym poziomie, wzrosła natomiast liczba grup AA.

Według danych z ankiet KCPU-G1 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 r. funkcjonowało:

- 14 stowarzyszeń abstynenckich (w porównaniu z rokiem 2020 spadek o 3),
- 8 klubów abstynenckich (w porównaniu z rokiem 2020 spadek o 3),
- 157 grup AA, czyli Anonimowych Alkoholików (w porównaniu z rokiem 2020 wzrost o 67),
- 16 grup Al-Anon (w porównaniu z rokiem 2020 spadek o 12),

- 3 grupy Al.-Ateen (w porównaniu z rokiem 2020 spadek o 5),
- 6 grup DDA, czyli dorosłych dzieci alkoholików (w porównaniu z rokiem 2020 bez zmian).

Tabela 71. Grupy pomocowe i samopomocowe w województwie kujawsko-pomorskim

Rok	2016	2020	2021	2022	2023
Stowarzyszenia abstynenckie	18	17	14	15	14
Kluby abstynenckie	16	11	9	6	8
Grupy AA	109	90	92	92	157
Grupy AN	b.d.	b.d.	b.d.	7	6
Grupy Al-Anon	37	28	22	17	16
Grupy Al-Ateen	9	8	9	4	3
Grupy dla DDA	11	6	8	6	6
Łącznie	200	160	154	147	210

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-g1/> (dostęp: 21.05.2025)

Organizacje pozarządowe

W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonuje szereg organizacji prowadzących działalność pożytku publicznego w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. Współpraca samorządu województwa kujawsko-pomorskiego z organizacjami pozarządowymi odbywa się poprzez zlecanie zadań publicznych w ramach otwartych konkursów ofert, realizację wspólnych projektów oraz działań informacyjnych i edukacyjnych.

Liczbę organizacji realizujących zadania w ramach otwartych konkursów ofert, wysokość środków przekazanych i wykorzystanych przez organizacje w latach 2020-2024 prezentuje poniższa tabela.

Tabela 72. Współpraca samorządu województwa kujawsko-pomorskiego z organizacjami prowadzącymi działalność pożytku publicznego

Rok		2020	2021	2022	2023	2024
Liczba organizacji realizujących zadania w danym roku	Konkurs „Rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim”	18	11	21	17	13
	Konkurs „Przeciwdziałanie narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim”	14	12	22	23	22

	Konkurs „Aktywizacja środowisk wiejskich w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii”	7	3	7	9	6
Wysokość środków publicznych przyznanych na realizację zadań (zł)		668 500,00	465 114,00	680 000,00	680 000,00	680 000,00
Kwota wykorzystanej dotacji (zł)		575 011,94	447 810,18	679 915,93	678 861,50	679 100,00

Źródło: dane własne Departamentu Spraw Społecznych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Punkty konsultacyjno-informacyjne

Bardzo ważną rolę w systemie pomocy dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin pełnią punkty konsultacyjne. Do podstawowych zadań punktów konsultacyjnych należy²⁷:

- 1) motywowanie zarówno osób uzależnionych, jak i członków ich rodzin do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia uzależnienia, kierowanie do leczenia specjalistycznego oraz do skorzystania z pomocy grup samopomocowych;
- 2) motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych, do zmiany szkodliwego wzoru picia;
- 3) udzielanie wsparcia osobom po zakończonym leczeniu odwykowym (np. przez rozmowy podtrzymujące, uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia dla osób po zakończonym leczeniu w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu);
- 4) rozpoznanie zjawiska przemocy domowej, udzielenie stosownego wsparcia i informacji o możliwościach uzyskania pomocy i powstrzymania przemocy;
- 5) inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej;
- 6) gromadzenie aktualnych informacji na temat dostępnych miejsc pomocy i kompetencji poszczególnych służb i instytucji z terenu gminy, które powinny być włączone w systemową pomoc dla rodziny.

Dane opracowane na podstawie sprawozdań KCPU-G1 pokazują, że w województwie kujawsko-pomorskim w roku 2023 działało 157 punktów konsultacyjno-informacyjnych udzielających pomocy osobom z problemem alkoholowym i/lub narkotykowym i członkom ich rodzin. Dla porównania, w roku 2020 było ich 154. Z oferty punktów konsultacyjno-informacyjnych w 2023 r. skorzystało 6 467 osób z problemem alkoholowym, 2 325 dorosłych członków rodzin osób z problemem alkoholowym (w tym współuzależnionych i DDA), 1 375 osób doznających przemocy domowej i 609 osób stosujących przemoc. Ponadto wsparcie w punktach konsultacyjnych otrzymało 1 040 osób z problemem narkotykowym i 347 członków rodzin tych osób.

Tabela 73. Klienci punktów konsultacyjnych w województwie kujawsko-pomorskim

Klienci punktów konsultacyjnych	2016	2020	2021	2022	2023
Osoby z problemem alkoholowym	10 806	5 255	7 109	7 322	6 467
Dorośli członkowie rodzin z problemem alkoholowym (w tym współuzależnieni i DDA)	3 054	2 400	3 006	2 917	2 325

²⁷ Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2021 roku Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Osoby doznające przemocy w rodzinie	1 924	1 336	1 440	1 700	1 375
Osoby stosujące przemoc w rodzinie	820	570	699	615	609
Osoby z problemem narkotykowym	b.d.	b.d.	b.d.	1 490	1 040
Dorośli członkowie rodzin osoby z problemem narkotykowym	b.d.	b.d.	b.d.	662	347
Łącznie	16 604	9 561	12 254	14 706	12 163

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-gl/> (dostęp: 21.05.2025)

Tabela 74. Liczba punktów konsultacyjnych w województwie kujawsko-pomorskim

	2016	2020	2021	2022	2023
Liczba punktów konsultacyjnych	151	154	157	165	157

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-gl/> (dostęp: 21.05.2025)

Centra integracji społecznej i kluby integracji społecznej

Wsparcie dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oferują również centra integracji społecznej i kluby integracji społecznej.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2023 r. zarejestrowane były 3 centra integracji społecznej oraz 24 kluby integracji społecznej²⁸.

Centra integracji społecznej funkcjonowały w miastach na prawach powiatu: Bydgoszczy i Toruniu oraz w powiecie inowrocławskim. Jedno centrum utworzone zostało przez organizację pozarządową - Centrum Integracji Społecznej CISTOR w Toruniu, a dwa przez jednostki samorządu terytorialnego - Centrum Integracji Społecznej im. Jacka Kuronia w Bydgoszczy i Centrum Integracji Społecznej w Łojewie (gm. Inowrocław).

W latach 2020 -2023 w województwie kujawsko-pomorskim zmalała liczba centrów integracji społecznej z 4 do 3 (w 2023 roku przestało funkcjonować centrum integracji społecznej w Szumiłowie w gminie Radzyń Chełmiński), natomiast liczba klubów integracji społecznej utrzymywała się na tym samym poziomie.

Tabela 75. Centra i kluby integracji społecznej w województwie kujawsko-pomorskim

	2016	2020	2021	2022	2023
Centra Integracji Społecznej	5	4	4	4	3
Kluby Integracji Społecznej	21	24	24	24	24

Źródło: „Ocena zasobów pomocy społecznej województwa kujawsko-pomorskiego za 2023 r.” (załącznik do uchwały Nr 4/166/24 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 5 czerwca 2024 r.)

²⁸ „Ocena zasobów pomocy społecznej województwa kujawsko-pomorskiego za 2023 r.” (załącznik do uchwały Nr 4/166/24 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 5 czerwca 2024 r.)

Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne

W województwie kujawsko-pomorskim prowadzone są dwa Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne (PKD) wykonujące badania w celu wykrycia zakażenia HIV, anonimowo i bezpłatnie, połączone z poradnictwem przed i po teście, prowadzone przez Fundację Parasol:

- 1) PKD w Toruniu ul. Szosa Bydgoska 1 (na terenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu);
- 2) PKD w Bydgoszczy ul. Lenartowicza 33/35.

Kujawsko-Pomorska Niebieska Linia Pogotowie dla Osób Doznających Przemocy Domowej

Kujawsko-Pomorska Niebieska Linia to inicjatywa oferująca system wsparcia osobom doznającym przemocy domowej oraz borykającym się z trudnościami w życiu rodzinnym. Osią projektu jest zapewnienie bezpłatnej pomocy prawnej i psychologicznej osobom zamieszkującym Kujawy i Pomorze. W ramach tego narzędzia, codziennie – od poniedziałku do niedzieli – pod bezpłatnym numerem 800 054 030 (w godzinach 17.00- 21.00) udzielana jest pomoc przez prawnika i psychologa. Można też umówić się i spotkać ze specjalistami osobiście lub za pośrednictwem poczty elektronicznej niebieskalinia@kujawsko-pomorskie.pl.

Do zadań konsultantów Kujawsko-Pomorskiej Niebieskiej Linii należy świadczenie bezpłatnej pomocy prawnej oraz psychologicznej. Pomoc ta adresowana jest do osób doznających przemocy domowej oraz borykających się z problemami rodzinnymi, takimi jak rozwód, separacja, uregulowanie władzy rodzicielskiej, kontaktów z dzieckiem, alimentacja, uzależnienie od substancji psychoaktywnych. W ramach KPNL oferowane jest też zastępstwo procesowe, udzielane przez kancelarię zewnętrzną osobom będącym w najtrudniejszych sytuacjach życiowych, związanych z doznawaną przemocą. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osób zainteresowanych prowadzone są mediacje rodzinne, w szczególności w obszarach ustalenia sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem, ustalenia zasad uczestnictwa obojga rodziców w życiu dziecka itd. Dodatkowo prowadzone są konsultacje psychologiczne (20h w miesiącu) w zakresie przemocy związanej z uzależnieniami czy trudnościami w relacji partnerskiej. W związku ze zwiększeniem dostępności oferowanego wsparcia, działania te realizowane są w 6 miastach województwa kujawsko-pomorskiego, tj.: w Brodnicy, Bydgoszczy, Chełmnie, Grudziądzu, Inowrocławiu i Włocławku (po 5h miesięcznie w każdej lokalizacji). Przedsięwzięcie to realizowane jest wspólnie z samorządami gmin województwa kujawsko-pomorskiego. Na rok 2025 współuczestniczy w nim – także w wymiarze finansowym - 139 gmin województwa kujawsko-pomorskiego.

Placówki wsparcia dziennego

Dzieciom żyjącym w rodzinach z problemem uzależnień wsparcie oferują placówki wsparcia dziennego. Placówki te prowadzone są w trzech formach:

- a) specjalistycznej, organizującej zajęcia socjoterapeutyczne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne oraz logopedyczne; realizującej indywidualny program korekcyjny, program psychokorekcyjny lub psychoprofilaktyczny, w szczególności terapię pedagogiczną, psychologiczną i socjoterapię;
- b) opiekuńczej, zapewniającej opiekę i wychowanie, pomoc w nauce, organizację czasu wolnego, zabawę i zajęcia sportowe oraz rozwój zainteresowań;
- c) pracy podwórkowej, realizującej działania animacyjne i socjoterapeutyczne.

Według danych z ankiet KCPU-G1 w 2023 r. w województwie kujawsko-pomorskim działały 22 placówki specjalistyczne z programem socjoterapeutycznym (o 9 mniej niż w 2020 r.), 114 placówek opiekuńczych (o 29 więcej niż w 2020 r.) i 15 miejsc pomocy w formie podwórkowej (o 8 mniej niż w 2020 r.).

Pomocą placówek specjalistycznych w 2023 r. objętych było 900 dzieci, w tym 361 pochodzących z rodzin dotkniętych uzależnieniem. Z kolei do placówek opiekuńczych uczęszczało 4 004 dzieci, w tym 45% (1785 dzieci) z rodzin z problemem alkoholowym i/lub narkotykowym, a z form pracy podwórkowej skorzystało 410 dzieci, w tym 169 dzieci z rodzin z problemem uzależnień.

W 2023 roku w porównaniu z rokiem 2020 w województwie kujawsko-pomorskim zauważalny jest spadek liczby placówek wsparcia dziennego w formie specjalistycznej i w formie podwórkowej oraz wzrost liczby placówek opiekuńczych. W porównaniu jednak z latami sprzed pandemii liczba placówek opiekuńczych również się zmniejszyła, w roku 2016 r. było ich 146.

Tabela 76. Placówki wsparcia dziennego w województwie kujawsko-pomorskim

Rok	2016	2020	2021	2022	2023
Liczba placówek specjalistycznych (z programem socjoterapeutycznym)	38	31	23	21	22
Liczba uczestników zajęć w placówkach specjalistycznych	1 689	1 079	892	797	900
Liczba dzieci z rodzin alkoholowych/narkotykowych - uczestników zajęć specjalistycznych ²⁹	861	475	374	344 (w tym 325 dzieci z rodzin alkoholowych)	361 (w tym 345 dzieci z rodzin alkoholowych)
Liczba placówek opiekuńczych	146	85	84	94	114
Liczba uczestników zajęć w placówkach opiekuńczych	4 626	2 603	3 793	4 309	4 004
Liczba dzieci z rodzin alkoholowych/narkotykowych - uczestników zajęć opiekuńczych ³⁰	2 149	1319	1 519	2 089 (w tym 1994 dzieci z rodzin alkoholowych)	1 785 (w tym 1685 dzieci z rodzin alkoholowych)
Liczba miejsc pomocy podwórkowej	27	23	23	12	15
Liczba uczestników zajęć w miejscach pomocy podwórkowej	494	281	342	488	410
Liczba dzieci z rodzin alkoholowych/narkotykowych - uczestników zajęć podwórkowych ³¹	2025	136	166	220 (w tym 205 dzieci z rodzin alkoholowych)	169 (w tym 165 dzieci z rodzin alkoholowych)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-g1/> (dostęp: 21.05.2025)

Realizacja rekomendowanych programów

Istotną formą ochrony dzieci i młodzieży przed zagrożeniami płynącymi ze spożywania alkoholu, używania innych substancji psychoaktywnych oraz innymi zachowaniami ryzykownymi są działania profilaktyczne prowadzone w środowisku szkolnym i pozaszkolnym.

Dane z ankiet KCPU-G1 pokazują, że w 2023 r. tylko w 68 gminach województwa kujawsko-pomorskiego (47% wszystkich gmin w województwie) były prowadzone programy profilaktyczne znajdujące się w bazie programów rekomendowanych utworzonej przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Ośrodek Rozwoju Edukacji i Instytut Psychiatrii i Neurologii. W programach tych uczestniczyło 18 933 dzieci i młodzieży, 990

²⁹ Do 2021 r. w Zestawieniach statystycznych uwzględniano tylko dzieci z rodzin alkoholowych, od 2022 r. również z rodzin narkotykowych

³⁰ J. w.

³¹ J. w.

nauczycieli oraz 4 296 rodziców. W 2023 r. w porównaniu z rokiem 2020 zauważalny jest wzrost liczby dzieci i młodzieży, ale ich liczba jest mniejsza niż w roku 2019 (roku poprzedzającym pandemię COVID-19). W latach 2020-2023 systematycznie rosła liczba rodziców uczestniczących w realizacji rekomendowanych programów, była ona też wyższa niż przed pandemią.

Natomiast w 2023 r. liczba nauczycieli biorących udział w realizacji programów rekomendowanych była mniejsza niż w 2020 r. i prawie 2,5 krotnie mniejsza niż w 2019 r.

Tabela 77. Realizacja w gminach województwa kujawsko-pomorskiego programów rekomendowanych

Wyszczególnienie	2016	2019	2020	2021	2022	2023
Liczba gmin, w których prowadzono rekomendowane programy	42	47	min 40 max 44	min 43 max 49	50	68
Liczba uczniów uczestniczących w rekomendowanych programach	14 976	23 608	14 148	17 307	21 224	18 933
Liczba nauczycieli uczestniczących w rekomendowanych programach	1 900	2 309	1 011	804	1 506	990
Liczba rodziców uczestniczących w rekomendowanych programach	3 120	3 288	1 182	2 121	2 421	4 296

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zestawień statystycznych PARPA i KCPU <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/sprawozdanie-kcpu-g1/> (dostęp: 21.05.2025)

Baza programów rekomendowanych w ramach „Systemu rekomendacji profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego” znajduje się na stronie <https://programyrekomentowane.pl>.

Podsumowanie:

1. W latach 2020-2024 liczba stacjonarnych i ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień utrzymywała się na stałym poziomie, o 1 zmniejszyła się liczba dziennych oddziałów. Zwiększyła się natomiast liczba łóżek w placówkach stacjonarnych z 315 do 329. Obecnie na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonuje 10 placówek całodobowych/stacjonarnych, 5 oddziałów dziennych i 34 poradnie leczenia/terapii uzależnień.
2. W latach 2020-2023 zauważalny jest wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu oraz wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.
3. W latach 2020 - 2023 w województwie kujawsko-pomorskim zmalała liczba centrów integracji społecznej z 4 do 3, natomiast liczba klubów integracji społecznej utrzymywała się na tym samym poziomie i wynosiła 24.
4. W 2023 roku w porównaniu z rokiem 2020 w województwie kujawsko-pomorskim zauważalny jest spadek liczby placówek wsparcia dziennego w formie specjalistycznej i w formie podwórkowej oraz wzrost liczby placówek opiekuńczych. W porównaniu jednak z latami sprzed pandemii liczba placówek opiekuńczych również się zmniejszyła.

5. Mimo rosnącej liczby gmin, w których prowadzone są rekomendowane programy w ramach „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”, ich odsetek nadal jest na niskim poziomie. W województwie kujawsko-pomorskim programy rekomendowane realizowane są w mniej niż połowie gmin (47% gmin województwa). Na przestrzeni lat 2020-2023 wzrosła liczba dzieci i młodzieży oraz rodziców uczestniczących w realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych, spadła natomiast liczba nauczycieli biorących udział w tych programach.

5. Analiza SWOT

Analiza ta uwzględnia kontekst społeczny, ekonomiczny i instytucjonalny regionu, a także aktualne trendy w polityce zdrowotnej i społecznej.

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
→ Dobrze rozwinięta sieć instytucji pomocowych i profilaktycznych (obecność poradni leczenia uzależnień, poradni zdrowia psychicznego, organizacji pozarządowych aktywnych w obszarze profilaktyki) → Doświadczenie w realizacji poprzednich programów (istniejące procedury, kadra z doświadczeniem) → Współpraca międzysektorowa (efektywna współpraca między samorządami, służbą zdrowia, oświatą, policją i organizacjami pozarządowymi) → Dostępność funduszy z UE oraz środków krajowych (możliwość finansowania działań z programów regionalnych i ogólnopolskich) → Realizacja przez samorządy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii oraz funkcjonowanie GKRPA. → Ograniczenie sprzedaży alkoholu w godzinach nocnych (podejmowanie przez gminy uchwał dotyczących ograniczenia sprzedaży alkoholu: ponad 80% mieszkańców uważa, że to dobra decyzja ponieważ ograniczono przypadki interwencji w sprawach związanych z zakłóceniem ciszy nocnej i porządku publicznego (6 gmin województwa kujawsko-pomorskiego). → System rekomendacji programów profilaktycznych (wdrażanie, upowszechnianie i poszerzanie oferty programów profilaktycznych o naukowych	→ Nierównomierny dostęp do usług profilaktycznych i terapeutycznych (szczególnie w mniejszych miastach i na terenach wiejskich) → Niedobór specjalistów w zakresie terapii uzależnień (braki kadrowe, zwłaszcza psychoterapeutów i specjalistów ds. uzależnień) → Brak systemowej ewaluacji skuteczności działań profilaktycznych (ograniczona ilość danych dotyczących efektywności wdrażanych programów) → Ograniczony dostęp młodzieży do alternatywnych form spędzania czasu (brak odpowiednich zasobów i infrastruktury wspierającej zdrowy styl życia)

podstawach oraz o potwierdzonej skuteczności) → Wzrost świadomości społecznej (rosnące zrozumienie problemów uzależnień i potrzeby profilaktyki wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego) → Stały dostęp do punktów konsultacyjno-diagnostycznych w województwie kujawsko-pomorskim	
SZANSE	ZAGROŻENIA
→ Nowe technologie i narzędzia cyfrowe w profilaktyce (aplikacje mobilne, platformy edukacyjne, kampanie online) → Zwiększenie finansowania zdrowia psychicznego i profilaktyki uzależnień → Rozwój działań opartych na dowodach naukowych (możliwość wdrażania sprawdzonych, skutecznych programów) → Możliwość większego zaangażowania szkół i placówek edukacyjnych (wdrażanie edukacji o zdrowiu psychicznym i przeciwdziałaniu uzależnieniom jako element podstawy programowej) → Wspieranie lokalnych liderów i inicjatyw społecznych (rozwój wolontariatu, społeczności lokalnych i NGO) → Spadek liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych → Wzrost liczby mieszkańców przypadających na 1 punkt sprzedaży napojów alkoholowych → Spadek dostępności napojów alkoholowych (w opinii uczniów)	→ Zwiększająca się dostępność substancji psychoaktywnych, w tym nowych narkotyków (NPS)- (trudności w kontrolowaniu rynku nielegalnych substancji) → Zmieniające się wzorce uzależnień (wzrost uzależnień behawioralnych (np. hazard, Internet, smartfony) obok tradycyjnych) → Stygmatyzacja osób z uzależnieniem (utrudniająca ich integrację społeczną i skuteczne leczenie) → Nasilenie kryzysów społecznych i ekonomicznych (bezrobocie, ubóstwo i migracje, mogą zwiększyć ryzyko uzależnień, zwłaszcza wśród młodzieży) → Stały wzrost dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych → Wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem: alkoholu i substancji psychoaktywnych innych niż alkohol → Intensywność korzystania z gier elektronicznych wśród młodzieży jest wyraźnie wyższa niż w kraju ogółem → Młodzież coraz częściej sięga po gry hazardowe w przestrzeni cyfrowej → Wzrost liczby zgonów z powodu używania substancji psychoaktywnych

REKOMENDACJE DO REALIZACJI WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM NA LATA 2026-2030

1. Prowadzenie działań edukacyjnych, informacyjnych i profilaktycznych ukierunkowanych w szczególności na dzieci i młodzież, z naciskiem na:
 - a) przeciwdziałanie inicjacji alkoholowej, narkotykowej i nikotynowej (także e-papierosom),
 - b) promowanie zdrowych form spędzania czasu wolnego,
 - c) zwiększanie świadomości dotyczącej konsekwencji społecznych i zdrowotnych uzależnień.
2. Udział w ogólnopolskich i regionalnych kampaniach profilaktycznych dotyczących przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, HIV/AIDS, nikotynizmowi, uzależnień behawioralnych oraz promujących zdrowy styl życia i odporność psychiczną.
3. Udostępnienie materiałów edukacyjnych skoncentrowanych na profilaktyce od substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych.
4. Prowadzenie działań na rzecz przeciwdziałania prowadzeniu pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych.
5. Upowszechnianie informacji na temat szkód wynikających z picia alkoholu przez kobiety w ciąży i rozwój wsparcia dla dzieci z FASD.
6. Promowanie i wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności promowanie i wspieranie rekomendowanych programów profilaktycznych.
7. Poszerzenie oferty szkoleń w zakresie profilaktyki, leczenia uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy podnoszących kompetencje osób zaangażowanych w rozwiązywanie problemów uzależnień.
8. Realizacja szkoleń dla nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych oraz dla rodziców w zakresie rozpoznawania sygnałów e-uzależnień i uzależnień hazardowych.
9. Prowadzenie działań na rzecz przeciwdziałania sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim.
10. Bieżące monitorowanie skali używania substancji psychoaktywnych i analizowanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.
11. Prowadzenie działań pomocowych dla osób nadużywających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i ich rodzin.
12. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i członków ich rodzin oraz osób szkodliwie używających substancji psychoaktywnych.
13. Wspieranie funkcjonowania Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu oraz innych placówek leczenia uzależnień na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.
14. Rozwój współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych.
15. Wzmacnianie roli organizacji pozarządowych w działaniach profilaktycznych i pomocowych, w tym udzielanie grantów oraz promowanie dobrych praktyk w zakresie wsparcia środowisk lokalnych.

III. KIERUNKI INTERWENCJI, CELE I DZIAŁANIA WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM NA LATA 2026-2030

Problemy związane z używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, a także problemowe używanie technologii cyfrowych, stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego zarówno w Polsce jak i województwie kujawsko-pomorskim. Wczesna inicjacja alkoholowa i narkotykowa wśród młodzieży, wysoka dostępność substancji psychoaktywnych oraz szkody zdrowotne i społeczne wynikające z uzależnień powodują konsekwencje w wielu obszarach życia – od zdrowia fizycznego i psychicznego, przez sytuację rodzinną, po rynek pracy i bezpieczeństwo publiczne. Skutki te generują istotne koszty społeczne i ekonomiczne dla całego regionu. W odpowiedzi na te wyzwania konieczne jest przyjęcie podejścia kompleksowego, które łączy profilaktykę, leczenie, ograniczanie szkód oraz rozwój systemowych mechanizmów współpracy i monitoringu.

Na podstawie rekomendacji zawartych w diagnozie oraz wniosków wynikających z realizacji „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2022-2025” zdefiniowano trzy główne kierunki interwencji:

KIERUNEK INTERWENCJI I: Wzmocnienie zasobów społecznych – podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych

Kierunek ten obejmuje prowadzenie działań edukacyjnych, profilaktycznych i prozdrowotnych na poziomie jednostki, rodzin i społeczności lokalnej. Odpowiada on na konieczność zapobiegania inicjacji używania substancji psychoaktywnych oraz budowania odporności psychicznej i społecznej wśród dzieci, młodzieży i dorosłych. Profilaktyka i edukacja są fundamentem działań długofalowych, ponieważ pozwalają budować odporność promując zdrowy styl życia jako alternatywę wobec sięgania po substancje psychoaktywne.

KIERUNEK INTERWENCJI II: Zwiększenie dostępności i skuteczności leczenia, rehabilitacji i reintegracji społecznej

Kierunek obejmuje działania od wczesnej diagnostyki po kompleksowe leczenie i reintegrację społeczną. Wynika on z potrzeby zapewnienia szybkiej diagnostyki i skutecznej pomocy osobom już dotkniętym problemem uzależnień, a także minimalizowania szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

KIERUNEK INTERWENCJI III: Rozwój i wzmocnienie współpracy oraz zwiększenie spójności i efektywności działań różnych podmiotów działających w obszarze rozwiązywania problemów uzależnień

Kierunek ten wzmacnia rolę samorządów i partnerów lokalnych w tworzeniu zintegrowanej platformy przeciwdziałania uzależnieniom. Kierunek obejmuje prowadzenie badań, wspieranie inicjatyw organizacji pozarządowych oraz budowanie sieci międzyinstytucjonalnej i międzysektorowej współpracy, obejmującej m.in. policję, sektor pozarządowy, ochronę zdrowia, oświatę i media.

Przyjęcie powyższych kierunków interwencji umożliwia realizację spójnej, kompleksowej polityki przeciwdziałania uzależnieniom w województwie kujawsko-pomorskim. Skupienie się na profilaktyce, wsparciu terapeutycznym oraz koordynacji i ewaluacji działań pozwoli skutecznie ograniczać szkody zdrowotne, społeczne i ekonomiczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych i problemowym używaniem technologii, a tym samym poprawi jakość życia mieszkańców regionu.

Cel główny programu:

Rozwój działań profilaktycznych oraz ograniczenie skali problemów społecznych i zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi

Cele szczegółowe programu:

Cel 1

Zwiększenie poziomu wiedzy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w zakresie problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych

Działania:

- 1.1. Prowadzenie i wspieranie działań informacyjno-edukacyjnych na temat konsekwencji wynikających ze spożywania alkoholu, używania innych substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych (np. kampanie społeczne, programy telewizyjne, audycje radiowe, artykuły prasowe, materiały edukacyjne - ulotki, plakaty, broszury, publikacje, czasopisma, strona internetowa, akcje/eventy/konkursy z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki, wykłady, konferencje, webinary, działania edukacyjne dla uczniów, rodziców i nauczycieli i itp.).
- 1.2. Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych oraz ich bliskich.
- 1.3. Upowszechnianie programów pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób doznających przemocy.
- 1.4. Prowadzenie działań upowszechniających standardy i procedury profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD.

Oczekiwane rezultaty:

1. Wzrost poziomu wiedzy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w zakresie:
 - rodzajów uzależnień i mechanizmów ich powstawania,
 - konsekwencji zdrowotnych, społecznych, prawnych,
 - możliwości zapobiegania uzależnieniom,
 - dostępnych form pomocy.
2. Zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej dostępnych działań profilaktycznych, interwencyjnych i pomocowych.
3. Wzmocnienie wśród mieszkańców regionu postaw sprzyjających prowadzeniu zdrowego stylu życia.
4. Zwiększenie dostępności i wykorzystania programów pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób doznających przemocy.
5. Zmiana postaw społecznych wobec osób z problemem uzależnień.

Cel 2

Wzmocnienie i poprawa jakości oddziaływań profilaktycznych

Działania:

- 2.1. Organizowanie i wspieranie działań profilaktycznych z obszaru profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego³².
- 2.2. Upowszechnianie i realizacja programów edukacyjnych adresowanych do rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą.

Oczekiwane rezultaty:

1. Wdrożenie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

³² Programy rekomendowane znajdują w bazie na stronie <https://programyrekomendowane.pl>

2. Profesjonalizacja działań profilaktycznych podejmowanych w placówkach oświatowych.
3. Zmniejszenie skali zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży poprzez wzmocnienie czynników chroniących i redukcję czynników ryzyka.
4. Wzmocnienie profilaktycznej roli rodziny.
5. Podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności nauczycieli, pedagogów, wychowawców w zakresie prowadzenia działań profilaktycznych.

Cel 3

Podniesienie kompetencji osób działających w obszarze profilaktyki, leczenia uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy

Działania:

- 3.1. Organizowanie i wspieranie szkoleń dla różnych grup zawodowych w zakresie profilaktyki, leczenia i rozwiązywania problemów uzależnień (m.in. pracowników oświaty, policjantów, straży miejskiej, kuratorów sądowych, pracowników świetlic, służby zdrowia i leczenia uzależnień).
- 3.2. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym i powiatowym oraz organizacjom pozarządowym w realizacji zadań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, w szczególności poprzez organizację porad, konferencji, szkoleń, seminariów.
- 3.3. Organizowanie szkoleń dla realizatorów rekomendowanych programów profilaktycznych.
- 3.4. Organizowanie szkoleń dla przedstawicieli służb działających w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej.
- 3.5. Organizacja działań edukacyjnych i szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych.
- 3.6. Wspieranie działalności pozaleczniczej Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu – wspieranie superwizji dla pracowników leczenia uzależnień.

Oczekiwane rezultaty:

1. Wzrost wiedzy, umiejętności i kompetencji uczestników szkoleń.
2. Zwiększenie liczby specjalistów przeszkolonych w realizacji programów rekomendowanych.
3. Zwiększenie efektywności działań profilaktycznych i pomocowych.
4. Wzmocnienie lokalnych systemów rozwiązywania problemów uzależnień.
5. Rozwój sieci współpracy między instytucjami, organizacjami pozarządowymi i samorządami.
6. Zwiększanie skuteczności w przestrzeganiu prawa w zakresie sprzedaży napojów alkoholowych.
7. Upowszechnianie i wdrażanie dobrych praktyk realizowanych przez podmioty działające w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

Cel 4

Monitorowanie i badanie problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie spożywania substancji psychoaktywnych

Działania:

- 4.1. Realizacja badań wśród młodzieży szkolnej (np. ESPAD).
- 4.2. Monitorowanie danych dotyczących używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych.

Oczekiwane rezultaty:

1. Pozyskanie aktualnych danych epidemiologicznych - raporty i analizy dotyczące rozpowszechniania używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży i dorosłych.
2. Dostarczanie rzetelnych danych do planowania działań profilaktycznych i interwencyjnych oraz opracowywania strategii lokalnych w obszarze rozwiązywania problemów uzależnień.

Cel 5

Zwiększenie dostępności pomocy i wsparcia dla osób z problemami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych oraz ich bliskich

Działanie:

- 5.1. Wspieranie programów pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej w placówkach oferujących pomoc dzieciom z rodzin z problemem uzależnień.
- 5.2. Wspieranie programów pomocy dla dzieci z FASD oraz ich rodziców i opiekunów.
- 5.3. Rozwój oferty programów pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem i ich rodzin.
- 5.4. Wspieranie programów pomocy dla osób współuzależnionych i DDA.
- 5.5. Rozwój wsparcia w zakresie rehabilitacji oraz reintegracji społeczno-zawodowej dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków oraz ich rodzin (w tym prowadzonej przez stowarzyszenia abstynenckie).
- 5.6. Wspieranie punktów konsultacyjnych.
- 5.7. Wspieranie obozów i turnusów rehabilitacyjnych.
- 5.8. Wspieranie hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób uzależnionych.
- 5.9. Wspieranie testowania w kierunku zakażeń krwiopochodnych (HIV, HBV i HCV). Inicjowanie i wspieranie programów profilaktyki HIV, HBV, HCV wśród użytkowników narkotyków.
- 5.10. Rozwój i modernizacja bazy materialnej ambulatoryjnych i stacjonarnych placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu/narkotyków oraz osób współuzależnionych.

Oczekiwane rezultaty

1. Zwiększenie dostępności specjalistycznej pomocy i wzrost liczby osób objętych wsparciem.
2. Rozwój i zróżnicowanie oferty terapeutycznej i rehabilitacyjnej.
3. Poprawa jakości i efektywności udzielanej pomocy (m.in. modernizacja placówek leczenia uzależnień).
4. Wzmocnienie wsparcia dla rodzin i bliskich osób używających substancji psychoaktywnych.

Tabela 78. Wskaźniki monitorujące realizację programu

Lp.	Wskaźnik	Jednostka miary	Wartość bazowa 2024 r.	Wartość docelowa 2030 r.	Źródło danych
Cel 1: Zwiększenie poziomu wiedzy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w zakresie problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych					
1	Liczba zrealizowanych działań informacyjno-edukacyjnych	szt.	9	35	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP

2	Liczba odbiorców działań informacyjno-edukacyjnych	osoba	211 109	750 000	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
4	Liczba informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia	szt.	1	4	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
5	Liczba działań upowszechniających programy pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób doznających przemocy	szt.	10	25	dokumentacja własna UMWKP
6	Liczba działań upowszechniających standardy i procedury profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD	szt.	2	2	dokumentacja własna UMWKP

Cel 2: Wzmocnienie i poprawa jakości oddziaływań profilaktycznych

1	Liczba działań z obszaru profilaktyki uniwersalnej (w tym programy rekomendowane)	szt.	15	45	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
2	Liczba osób objętych działaniami profilaktyki uniwersalnej (w tym programami rekomendowanymi)	osoba	5 946	13 000	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
3	Liczba działań z obszaru profilaktyki selektywnej (w tym programy rekomendowane)	szt.	6	25	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
4	Liczba osób objętych działaniami profilaktyki selektywnej (w tym programami rekomendowanymi)	osoba	638	1 200	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP

5	Liczba działań z obszaru profilaktyki wskazującej (w tym programy rekomendowane)	szt.	7	20	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
6	Liczba osób objętych działaniami profilaktyki wskazującej (w tym programami rekomendowanymi)	osoba	514	2 500	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
7	Liczba programów edukacyjnych adresowanych do rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą	szt.	4	15	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
8	Liczba odbiorców programów edukacyjnych adresowanych do rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą	osoba	179	500	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP

Cel 3: Podniesienie kompetencji osób działających w obszarze profilaktyki, leczenia uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy

1	Liczba szkoleń dla różnych grup zawodowych w zakresie profilaktyki, leczenia i rozwiązywania problemów uzależnień	szt.	4	10	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
2	Liczba uczestników szkoleń dla różnych grup zawodowych w zakresie profilaktyki, leczenia i rozwiązywania problemów uzależnień	osoba	255	750	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP

3	Liczba organizowanych narad, konferencji, szkoleń, seminariów z udziałem przedstawicieli samorządów i organizacji pozarządowych	szt.	1	5	dokumentacja własna UMWKP
4	Liczba uczestników narad, konferencji, szkoleń, seminariów z udziałem przedstawicieli samorządów i organizacji pozarządowych	osoba	89	400	dokumentacja własna UMWKP
5	Liczba szkoleń dla realizatorów rekomendowanych programów profilaktycznych	szt.	3	10	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
6	Liczba uczestników szkoleń dla realizatorów rekomendowanych programów profilaktycznych	osoba	309	750	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
7	Liczba szkoleń w obszarze przeciwdziałania przemocy	szt.	0	2	dokumentacja własna UMWKP
8	Liczba uczestników szkoleń w obszarze przeciwdziałania przemocy	osoba	0	150	dokumentacja własna UMWKP
9	Liczba działań edukacyjnych i szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych	szt.	0	1	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
10	Liczba sprzedawców napojów alkoholowych biorących udział w szkoleniach	osoba	0	25	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
11	Liczba terapeutów objętych superwizją	osoba	50	250	dokumentacja własna UMWKP

Cel 4. Monitorowanie i badanie problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie spożywania substancji psychoaktywnych					
1	Liczba i rodzaj przeprowadzonych badań	szt.	1	1	dokumentacja własna UMWKP
2	Liczba raportów/badań analitycznych dotyczących problemów alkoholowych/ z używaniem narkotyków oraz zasobów pomocowych	szt.	1	2	dokumentacja własna UMWKP
Cel 5. Zwiększenie dostępności pomocy i wsparcia dla osób z problemami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych oraz ich bliskich					
1	Liczba programów pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej w placówkach oferujących pomoc dzieciom z rodzin z problemem uzależnień	szt.	1	10	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
2	Liczba dzieci i młodzieży oraz rodziców biorących udział w programach pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej w placówkach oferujących pomoc dzieciom z rodzin z problemem uzależnień	osoba	52	200	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
3	Liczba programów pomocy dla dzieci z FASD oraz ich rodziców i opiekunów	szt.	0	1	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
4	Liczba dzieci z FASD oraz ich rodziców i opiekunów objętych pomocą	osoba	0	50	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
5	Liczba programów pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem i ich rodzin	szt.	6	15	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP

6	Liczba odbiorców programów pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem i ich rodzin	osoba	213	500	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
7	Liczba osób współuzależnionych i DDA objętych pomocą	osoba	49	200	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
8	Liczba działań nakierowanych na rehabilitację i reintegrację społeczno-zawodową osób uzależnionych	szt.	0	5	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
9	Liczba osób objętych rehabilitacją i reintegracją społeczno-zawodową	osoba	0	500	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
10	Liczba wspartych punktów konsultacyjnych	szt.	2	10	Sprawozdania Z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
11	Liczba osób korzystających z punktów konsultacyjnych	osoba	121	1 500	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
12	Liczba obozów i turnusów rehabilitacyjnych	szt.	1	5	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
13	Liczba uczestników obozów i turnusów rehabilitacyjnych	osoba	12	50	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna

					UMWKP
13	Liczba wspieranych programów realizowanych w hostelach dla osób uzależnionych	szt.	1	5	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi; dokumentacja własna UMWKP
14	Liczba wspieranych punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD)	szt.	2	10	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi
15	Liczba przeprowadzonych testów w kierunku zakażeń krwiopochodnych	szt.	2 581	12 000	sprawozdania z realizacji umów zawartych z organizacjami pozarządowymi
16	Liczba placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu/narkotyków, oraz osób współuzależnionych objętych wsparciem z budżetu województwa	szt.	1	1	dokumentacja własna UMWKP

IV. FINANSOWANIE PROGRAMU

Środki na finansowanie „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” ujmowane są w budżecie województwa kujawsko-pomorskiego w dziale 851-ochrona zdrowia, rozdziale 85154 przeciwdziałanie alkoholizmowi oraz rozdziale 85153 - zwalczanie narkomanii.

Na realizację zadań określonych w programie Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego przeznacza środki pochodzące w szczególności z opłat za wydanie:

- 1) zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 4,5% alkoholu oraz piwem,
- 2) zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 4,5% do 18% alkoholu,
- 3) decyzji wprowadzających w zezwoleniach zmiany,
- 4) duplikatów zezwoleń,

które są dochodami własnymi samorządu województwa.

Środki finansowe na realizację programu pochodzić mogą również z innych środków własnych Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, ze środków budżetu państwa oraz ze środków funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.

Finansowanie zadań objętych „Wojewódzkim programem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” zależne jest od wysokości środków finansowych w każdym roku budżetowym. Środki mogą w ciągu każdego roku budżetowego zostać zwiększone lub zmniejszone w zależności od sytuacji finansowej Województwa.

Szacowane środki finansowe na realizację Programu przedstawiono w tabeli nr 79.

Tabela 79. Wysokość środków planowanych na realizację „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” - rozdział 85154 i 85153

Lp.	Wyszczególnienie	Plan na 2026	Plan na 2027	Plan na 2028	Plan na 2029	Plan na 2030
1.	Działania zaplanowane zgodnie z rozdziałem 85153 – zwalczanie narkomanii	580 000,00	580 000,00	580 000,00	580 000,00	580 000,00
2.	Działania zaplanowane zgodnie z rozdziałem 85154 – przeciwdziałanie alkoholizmowi	615 000,00	615 000,00	615 000,00	615 000,00	615 000,00
	Razem (rozdział 85153+85154)	1 195 000,00	1 195 000,00	1 195 000,00	1 195 000,00	1 195 000,00

V. ZASADY REALIZACJI PROGRAMU

1. „Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” realizowany jest przez departament właściwy w zakresie uzależnień znajdujący się w strukturze Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego. W celu realizacji programu departament współpracuje z jednostkami samorządu terytorialnego, instytucjami publicznymi i organizacjami pozarządowymi.
2. Realizacja celów Programu zostanie powierzona osobom z właściwymi kwalifikacjami i instytucjom działającym w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.
3. Nadzór nad przygotowaniem i realizacją zadań Programu oraz gospodarowaniem środkami publicznymi sprawuje Zarząd Województwa poprzez departament właściwy w zakresie uzależnień.
5. Środki na realizację zadań wynikających z Programu ujęte zostaną w budżecie Województwa.
6. Program jest otwarty i może być wzbogacony o nowe treści.
7. Realizacja poszczególnych zadań może przybierać różne formy, w tym otwartych konkursów ofert na wykonanie zadań publicznych związanych z realizacją zadań samorządu województwa w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom przez organizacje prowadzące działalność pożytku publicznego.
8. W celu efektywnego zarządzania i wdrażania Programu na każdy rok jego realizacji sporządzany będzie harmonogram rzeczowo-finansowy określający zakres planowanych do zrealizowania działań wraz z oszacowaniem przeznaczonych na nie środków finansowych. Harmonogram rzeczowo-finansowy sporządzany będzie przez właściwą komórkę organizacyjną departamentu właściwego w zakresie uzależnień i ostatecznie zatwierdzany przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego w formie uchwały w terminie do 31 stycznia danego roku budżetowego.
9. Zgodnie z art. 4 ust. 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi Zarząd Województwa sporządzać będzie raport z wykonania w danym roku Programu i efektów jego realizacji, który przedłożony zostanie Sejmikowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego w terminie do 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport. Projekt raportu za dany rok sporządzany będzie przez właściwą komórkę organizacyjną departamentu właściwego w zakresie uzależnień i ostatecznie zatwierdzany przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego w formie uchwały, która zostanie przedłożona do wiadomości Sejmikowi Województwa.

ŹRÓDŁA DANYCH

1. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/statystyki/>
2. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2016 roku. Zestawienie statystyczne”. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
3. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2020 roku. Zestawienie statystyczne”. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
4. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2021 roku. Zestawienie statystyczne”. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
5. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów uzależnień w Polsce w samorządach lokalnych w 2022 roku. Zestawienia statystyczne”. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
6. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów uzależnień w Polsce w samorządach lokalnych w 2023 roku. Zestawienia statystyczne”. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
7. Wieczorek Ł., Sierosławski J. (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2024 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.
8. Moskaiewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.) (2012): Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
9. Moskaiewicz J., Wciórka J. (red.) (2021). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski – Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań - EZOP II”. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
10. Główny Urząd Statystyczny <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>
11. Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M. (2021). Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce – Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
12. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych <https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne>
13. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Raport 2023 Uzależnienia w Polsce (2023 r.).
14. Medycyna Praktyczna – Pediatria – wydanie specjalne 1/2020 Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych.
15. Informacja z „Daj Szansę” Fundacja na Rzecz Rozwoju Dzieci Niepełnosprawnych.
16. Łukowska K. (2018). Rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz ograniczanie dostępności alkoholu w gminach i miastach. Przewodnik dla samorządowców
17. Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy: <https://kujawsko-pomorska.bip.policja.gov.pl/KWB/statystyki/niebieska-karta>
18. Komenda Główna Policji <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html>
19. Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 4 (108) 2024.
20. <https://www.kbpn.gov.pl/>
21. Główny Inspektor Sanitarny: <https://www.gov.pl/web/gis/raporty-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-srodkow-zastepczych-i-nowych-substancji-psychoaktywnych>
22. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020.
23. Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 1 (109) 2025.
24. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.
25. Postawy Polaków wobec palenia tytoniu – Raport 2019 r. - Główny Inspektorat Sanitarny - Portal Gov.pl
26. <https://uzaleznieniabehawioralne.pl/>
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2023 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu placówkami.
28. Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia <https://nfz-bydgoszcz.pl/>
29. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>
30. Informacje z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu.

31. Informacje z Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu.
32. Informacje ze Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
33. Informacje z SP ZOZ w Radziejowie.
34. „Biuletyn Statystyczny. Ochrona zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim w 2022 roku” Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy. Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego.
35. <https://poradniauzaleznienia.pl/informator-o-narkotykach/leczenie-substytucyjne/>
36. Informacje z ALTO sp. z o. o. sp. k.
37. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
38. Sprawozdania MRiPS-03-R dostępne na stronie <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyki-pomocy-spoecznej>
39. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2021 roku.
40. Ocena zasobów pomocy społecznej województwa kujawsko-pomorskiego za 2023 r.” (załącznik do uchwały Nr 4/166/24 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 5 czerwca 2024 r.).

Załącznik do załącznika do uchwały nr
Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego
z dnia.....2026 r.

Wykaz placówek w województwie kujawsko-pomorskim udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnień mających kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia (2025 r.)

	Miejscowość	Powiat	Nazwa placówki	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres placówki	Telefon
I	ODDZIAŁ/OŚRODEK LECZENIA UZALEŻNIEŃ					
1	Bydgoszcz	m. Bydgoszcz	Oddział Leczenia Uzależnień	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy	ul. Marii Skłodowskiej Curie 9 85-094 Bydgoszcz	52 585 42 90
2	Toruń	m. Toruń	Oddział Odwykowy Całodobowy	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	ul. Spacerowa 26,28 87-100 Toruń	573 789 361
II	ODDZIAŁ TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOŁU					
1	Radziejów	radziejowski	Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Szpitalna 3 88-200 Radziejów	54 285 64 01
2	Świecie	świecki	Oddział Terapii Uzależnień	Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu	ul. Sądowa 18 86-100 Świecie	52 33 08 327
III	ODDZIAŁ LECZENIA ALKOHOŁOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH					
1	Radziejów	radziejowski	Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Szpitalna 3 88-200 Radziejów	54 285 64 01
2	Świecie	świecki	Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu	ul. Sądowa 18 86-100 Świecie	52 330 83 20
IV	ODDZIAŁ/OŚRODEK TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH					
1	Toruń	m. Toruń	Całodobowy Młodzieżowy Oddział Leczenia Uzależnień	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	ul. Włocławska 233 87-100 Toruń	501 113 901

2	Toruń	m. Toruń	Ośrodek Terapii Odwykowej Uzależnień	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	ul. Tramwajowa 2/4 87-100 Toruń	573 789 362
3	Toruń	m. Toruń	Oddział Krótkoterminowej Terapii Uzależnień	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	ul. Szosa Bydgoska 1 87-100 Toruń	573 789 371
V	ODDZIAŁ LECZENIA ZESPOŁÓW ABSTYNYNCYJNYCH PO SUBSTANCJACH PSYCHOAKTYWNYCH					
1	Świecie	świecki	Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych	Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu	ul. Sądowa 18 86-100 Świecie	52 33 08 324
VI	ODDZIAŁ DZIENNY TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU					
1	Bydgoszcz	m. Bydgoszcz	Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu	MED-ARS Spółka z o. o.	ul. ks. Ignacego Skorupki 2 85-156 Bydgoszcz	505 703 043
2	Inowrocław	inowrocławski	Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu	Odwykowo-Psychiatryczny Ośrodek Leczniczy Grabicz i Karnowski i Partnerzy-Psychiatry Spółka Partnerska	ul. Okrężna 79 88-100 Inowrocław	52 357 97 03
3	Nakło nad Notecią	nakielski	Oddział Dzienny Terapii Uzależnień	"KOLIBER" Ilona Kamińska	ul. Michała Drzymały 1 89-100 Nakło nad Notecią	52 304 50 06
4	Toruń	m. Toruń	Oddział Dzienny Odwykowy (dla osób uzależnionych od alkoholu)	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	ul. Szosa Bydgoska 1 87-100 Toruń	56 622 68 31
VII	ODDZIAŁ DZIENNY LECZENIA UZALEŻNIEŃ					
1	Inowrocław	inowrocławski	Oddział Dzienny Leczenia Uzależnień	Kujawski Ośrodek Rehabilitacji i Terapii "Kort" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Wałowa 36-40 88-100 Inowrocław	791 365 365
VIII	PORADNIE TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I WSPÓLUZALEŻNIENIA					
1	Bydgoszcz	m. Bydgoszcz	Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia od Alkoholu	Zespół Przychodni Specjalistycznych "Sanitas" w Bydgoszczy	ul. Dworcowa 11085-010 Bydgoszcz	506 270 720
2	Bydgoszcz	m. Bydgoszcz	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia	Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy	ul. Mieczysława Karłowicza 26 85-092 Bydgoszcz	52 321 35 00

3	Chełmno	chełmiński	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia	"Promyk" Poradnia Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Współuzależnienia Oraz Innych Uzależnień Wasilewicz Maria Jolanta	ul. Kamionka 3 86-200 Chełmno	56 686 30 72
4	Chełmża	toruński	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia	NZOO "Przychodnia Chełmżyńska" S.C. Antoniak-Hałat Ewa, Jakubowska Małgorzata, Muzioł Agnieszka	ul. Kościuszki 4 87-140 Chełmża	56 67 53 301
5	Grudziądz	m. Grudziądz	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Innych Uzależnień	NZOO Poradnia Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Innych Uzależnień Urszula Woźniak	ul. Gen. Sikorskiego 34/36 86-300 Grudziądz	56 46 12 392
6	Inowrocław	inowrocławski	Poradnia Leczenia Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia	Odwykowo-Psychiatryczny Ośrodek Lecznicy Grabicz i Karnowski i Partnerzy - Psychiatryczny Spółka Partnerska	ul. Okrężna 79 88-100 Inowrocław	52 357 97 03
7	Radziejów	radziejowski	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Szpitalna 3 88-200 Radziejów	54 285 63 66
8	Rypin	rypiński	Poradnia Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie	ul. 3 Maja 2 87-500 Rypin	54 230 86 11
9	Sępólno Krajeńskie	sępoleński	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia	NZOO "JANTAR" Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia	ul. Szkolna 8 89-400 Sępólno Krajeńskie	52 388 58 05
10	Toruń	m. Toruń	Wojewódzka Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	ul. Szosa Bydgoska 1 87-100 Toruń	56 622 68 31
11	Wąbrzeźno	wąbrzeski	Poradnia Leczenia Uzależnień od Alkoholu	Przychodnia Kemed	ul. Matejki 20c 87-200 Wąbrzeźno	56 688 00 20
12	Włocławek	m. Włocławek	Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia	Powiatowe Centrum Zdrowia - Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych	ul. Wyszyńskiego 21 A 87-800 Włocławek	54 416 53 97
13	Żnin	żniński	Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu	Pałuckie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Szpitalna 30 88-400 Żnin	52 303 13 41

IX	PORADNIE LECZENIA UZALEŻNIEŃ					
1	Brodnica	brodnicki	Poradnia Leczenia Uzależnień	Ośrodek Terapii i Rozwoju Osobistego	ul. Wyspiańskiego 4a 87-300 Brodnica	56 649 84 27
2	Bydgoszcz	m. Bydgoszcz	Poradnia Leczenia Uzależnień	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy	ul. Marii .Skłódowskiej-Curie 9 85-094 Bydgoszcz	52 585 42 90
3	Bydgoszcz	m. Bydgoszcz	Poradnia Leczenia Uzależnień	NZOZ Marimed prowadzony przez ALTO Sp. z o. o. Sp. K.	ul. Wojciecha Rzeźniackiego 1D 85-791 Bydgoszcz	661 110 002
4	Golub-Dobrzyń	golubsko-dobrzyński	Poradnia Leczenia Uzależnień	Szpital Powiatowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. dr J. G. Koppa 1E 87-400 Golub-Dobrzyń	56 68 32 291 wew. 152
5	Grudziądz	m. Grudziądz	Poradnia Leczenia Uzależnień	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 86-300 Grudziądz	56 641 44 44
6	Inowrocław	inowrocławski	Poradnia Leczenia Uzależnień	Kujawski Ośrodek Rehabilitacji i Terapii "Kort" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Wałowa 36-40 88-100 Inowrocław	791 365 365
7	Koronowo	bydgoski	Poradnia Leczenia Uzależnień	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie	ul. Paderewskiego 33 86-010 Koronowo	52 382 22 52
8	Lipno	lipnowski	Poradnia Leczenia Uzależnień	Szpital Lipno Spółka z o.o.	ul. Nieszawska 6 87-600 Lipno	54 288 01 14
9	Mogilno	mogileński	Poradnia Leczenia Uzależnień	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie	ul. Kościuszki 10 88-300 Mogilno	52 315 79 41
10	Nakło Nad Notecią	nakielski	Poradnia Leczenia Uzależnień	Nowy Szpital w Nakle i Szubinie Spółka z o.o.	Aleja Adama Mickiewicza 7 89-100 Nakło nad Notecią	41 240 00 00
11	Nakło Nad Notecią	nakielski	Poradnia Leczenia Uzależnień	"KOLIBER" Ilona Kamińska	ul. Michała Drzymały 1 89-100 Nakło nad Notecią	52 304 50 06
12	Szubin	nakielski	Poradnia Leczenia Uzależnień	"KOLIBER" Ilona Kamińska	ul. Jana Pawła II 89-200 Szubin	517 912 900
13	Świecie	świecki	Poradnia Leczenia Uzależnień	Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr Józefa Bednarza w Świeciu	ul. Sądowa 18 86-100 Świecie	52 330 83 03

14	Toruń	m. Toruń	Poradnia Leczenia Uzależnień	Toruńskie Centrum Psychiatrii	ul. Ligi Polskiej 5 87-100 Toruń	56 623 20 91
15	Tuchola	tucholski	Poradnia Leczenia Uzależnień	"Szpital Tucholski" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Nowodworskiego 14-18 89-500 Tuchola	52 336 05 68
16	Więcbork	sępoleński	Poradnia Leczenia Uzależnień	NZOZ PROVITA Sp. z o.o. w Więcborku	ul. Powstańców Wielkopolskich 2a 89-410 Więcbork	52 389 71 01
17	Włocławek	m. Włocławek	Poradnia Leczenia Uzależnień	Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. NZOZ Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej we Włocławku	ul. Kaliska 104a 87-800 Włocławek	54 306 63 04
18	Włocławek	m. Włocławek	Poradnia Leczenia Uzależnień	Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Piekarska 5 87-800 Włocławek	533 613 613
X	PORADNIE TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH					
1	Bydgoszcz	m. Bydgoszcz	Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień	Stowarzyszenie "MONAR"	ul. św. Trójcy 15 85-224 Bydgoszcz	52 345 88 88
2	Bydgoszcz	m. Bydgoszcz	Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychotropowych	NZOZ Marimed prowadzony przez ALTO Sp. z o. o. Sp. K.	ul. Wojciecha Rzeźniackiego 1D 85-791 Bydgoszcz	661 110 002
3	Toruń	m. Toruń	Poradnia Terapii Odwykowej Uzależnień	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	ul. Szosa Bydgoska 1 87-100 Toruń	56 622 68 31

Uzasadnienie

1.Przedmiot regulacji:

Przedmiotem regulacji jest przyjęcie „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030”.

2.Omówienie podstawy prawnej:

Art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151.) stanowi, że samorząd województwa realizuje zadania, o których mowa w art. 1 i art. 2, w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii uchwała sejmik województwa. Elementem wojewódzkiego programu mogą być również zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym.

Zgodnie z art. 9. ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2025 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii określone w Narodowym Programie Zdrowia, są realizowane w ramach programu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

3.Konsultacje wymagane przepisami prawa:

Uchwałą Nr 79/3719/25 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 3 listopada 2025 r. przyjęto projekt „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” i skierowano go do konsultacji z jednostkami samorządu terytorialnego oraz partnerami społecznymi i gospodarczymi oraz właściwym dyrektorem regionalnego zarządu gospodarki wodnej Państwowego Gospodarstwa Wodnego Wody Polskie i Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego. Zainteresowane podmioty mogły w terminie od 5 listopada do 9 grudnia 2025 r. zgłaszać uwagi do projektu programu. W trakcie trwania konsultacji nie wpłynęła żadna uwaga.

Sprawozdanie z przebiegu konsultacji projektu Programu zostało przyjęte uchwałą Nr 87/4095/25 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 29 grudnia 2025 r. i podane zostało do publicznej wiadomości na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

4.Uzasadnienie merytoryczne:

W związku z zakończeniem realizacji „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2022-2025”, przyjętego uchwałą Nr XLIII/574/22 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21 marca 2022 r. zaszła konieczność uchwalenia programu na kolejne lata.

Projekt „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” przyjęty uchwałą Nr 79/3719/25 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 3 listopada 2025 r. skierowano do konsultacji z jednostkami samorządu terytorialnego oraz partnerami społecznymi i gospodarczymi oraz właściwym dyrektorem regionalnego zarządu gospodarki wodnej Państwowego Gospodarstwa Wodnego Wody Polskie i Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego. Konsultacje trwały od 5 listopada do 9 grudnia 2025 r. W trakcie trwania konsultacji nie wpłynęła żadna uwaga. Po zakończeniu konsultacji przygotowano sprawozdanie z przebiegu i wyników konsultacji projektu „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030”, które podane zostało do publicznej wiadomości na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

5.Ocena skutków regulacji:

Na realizację „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2026-2030” planuje się przeznaczyć z budżetu województwa środki w wysokości 5.975.000,00 zł.