Załącznik do uchwały nr 214/25 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 16.12.2025 r.

MCPS

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii

Województwa Mazowieckiego

na lata 2026–2030

Mazowsze. serce Polski

Łączymy

•

Aktywizujemy

•

Wspieramy

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej

ul. Grzybowska 80/82
00-844 Warszawa
tel.: 22 376 85 00
e-mail: mcps@mcps.com.pl

Dokument wytworzono w okresie: kwiecień – październik 2025 r.

Opracowanie:
Wydział Profilaktyki Uzależnień przy współpracy z dr n. społ. Arturem Malczewskim

Spis treści

I. Skróty i objaśnienia 4
II. Wstęp 8
III. Regulacje prawne 12
IV. Wnioski i rekomendacje wynikające z diagnozy problemów uzależnień w województwie mazowieckim 14
V. Analiza SWOT w województwie mazowieckim w zakresie problemów uzależnień 17
VI. Cele, obszary, działania, wskaźniki oraz realizatorzy i adresaci 20
1. Cele, obszary oraz działania i wskaźniki Programu 20
2. Realizatorzy i adresaci Programu 25
VII. Finansowanie Programu 28
VIII. Monitorowanie programu 29
IX. Załącznik nr 1 – Ewaluacja Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2025 30
X. Załącznik nr 2 – Diagnoza problemów uzależnień w województwie mazowieckim 39
1. Skala problemów alkoholowych w województwie mazowieckim 39
2. Skala problemów dotyczących narkomanii w województwie mazowieckim 56
3. Diagnoza skali problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi w województwie mazowieckim 81
XI. Spis tabel i wykresów 85
XII. Bibliografia 88

I. Skróty i objaśnienia

Wykaz używanych skrótów:

- **Ankieta KCPU G1** – roczne sprawozdanie z działalności samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień
- **Ankieta KCPU W1** – roczne sprawozdanie z działalności województw w zakresie realizacji w danym roku wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii
- **CIS –** centrum integracji społecznej
- **Centrum –** Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
- **ESPAD** – European School Survey Project on Alcohol and Drugs – Europejski program badań ankietowych w szkołach – używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną
- **EUPC** – European Universal Prevention Curriculum: Europejski Program Profilaktyki
- **FAS** – (Fetal Alcohol Syndrome) – płodowy zespół alkoholowy
- **FASD** – (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych
- **GKRPA** – gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych
- **GUS** – Główny Urząd Statystyczny
- **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – 10
- **IPiN** – Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- **JST** – jednostka samorządu terytorialnego
- **KBPN** – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
- **KCPU** – Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
- **KGP** – Komenda Główna Policji
- **KIS** – klub integracji społecznej
- **MRPiPS** – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
- **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia
- **NGO** – organizacje pozarządowe oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
- **NIZP–PZH** – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
- **NPZ** – Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025
- **NSP** – nowe substancje psychoaktywne, tzw. „dopalacze”
- **PARPA** – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- **SWM** – Samorząd Województwa Mazowieckiego
- **UE** – Unia Europejska
- **UMWM** – Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie
- **WOTUW** – Wojewódzki Ośrodek Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Pruszkowie

Objaśnienia – ilekroć w niniejszym dokumencie jest mowa o:

- **FASD** (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych, rozumie się przez to zaburzenia neurorozwojowe powstałe w wyniku prenatalnej ekspozycji na alkohol. Uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego (OUN) mogą towarzyszyć uszkodzenia innych organów wewnętrznych, m.in. serca, układu kostnego, układu moczowego, słuchu, wzroku. W ramach FASD rozróżnia się dwie podstawowe kategorie diagnostyczne:

a) **FAS** (Fetal Alcohol Syndrome, płodowy zespół alkoholowy w klasyfikacji ICD-10 oznaczony kodem Q86.0),
b) **NDPAE** (neurodevelopmental disorders associated with prenatal alcohol exposure) – zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (w klasyfikacji ICD10 oznaczone kodem G96.8)[1];

- **leczeniu uzależnienia** – rozumie się przez to działania służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających z używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP lub związanych z uzależnieniem behawioralnym; przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia, farmakologiczne wspieranie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych, programy substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów[2];
- **profilaktyce selektywnej**[3] – rozumie się przez to działania kierowane do grup zwiększonego ryzyka (osób narażonych na działanie poważnych czynników ryzyka), tj.: dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, uczniów z problemami szkolnymi, itp.; główne działania polegają na dostarczaniu informacji i uczeniu najważniejszych umiejętności życiowych, uwzględniając specyfikę problemów jednostki lub grupy;
- **profilaktyce uniwersalnej**[4] – rozumie się przez to działania kierowane do całej populacji, bez względu na stopień ryzyka wystąpienia zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych; działania dotyczą zagrożeń rozpowszechnionych w znacznym stopniu – np. przemocy czy używania substancji psychoaktywnych; ich celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych, wzmacnianie czynników chroniących i redukcja czynników ryzyka, ograniczanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych oraz zapobieganie nowym przypadkom; na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i czynników chroniących, danych epidemiologicznych (głównie wyników badań naukowych dotyczących między innymi używania substancji psychoaktywnych, informacji o wieku inicjacji itp.);
- **profilaktyce wskazującej**[5] – rozumie się przez to działania kierowane są do jednostek, których zachowania zaczynają być wysoce ryzykowne (np. nastolatki upijające się w weekendy) i pojawiają się już poważne problemy związane z ich zachowaniem (np. kłopoty z policją, w domu itp.); główne działania na tym poziomie to indywidualna diagnoza przyczyn oraz interwencja. Działania te wymagają specjalistycznego przygotowania, dlatego na tym poziomie w „profilaktykę" częściej angażują się różne instytucje zewnętrzne, przygotowane do prowadzenia pomocy psychologicznej lub medycznej;
- **programach rekomendowanych** – rozumie się przez to rekomendowane programy profilaktyczne o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, dostępne na stronie programyrekomendowane.pl, prowadzonej w ramach systemu oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, opracowanego i wdrażanego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom we współpracy z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji oraz Instytutem Psychiatrii i Neurologii;

---

[1] Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Medycyna praktyczna – pediatria – wydanie specjalne 1/2020.
[2] Opioidy nazywane także opiatami to duża grupa leków przeciwbólowych stosowanych w anestezjologii, medycynie paliatywnej i wielu innych specjalizacjach.
[3] Health Promotion Glossary, WHO, 1998, https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349.
[4] System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego.
[5] Strona programy rekomendowane: https://programyrekomendowane.pl/profilaktyka/strategie/.

- **promocji zdrowia**[6] – rozumie się przez to działalność umożliwiającą ludziom zwiększanie kontroli nad sprawami dotyczącymi zdrowia i prowadzącą do jego poprawy;
- **redukcji szkód (harm reduction)** – rozumie się przez to system określonych działań wielodyscyplinarnych, mających na celu zmniejszenie lub wyeliminowanie skutków zdrowotnych przyjmowania substancji psychoaktywnych; jest to strategia ukierunkowana na to, aby skutki używania tych substancji były tak bezpieczne, jak tylko jest to sytuacyjnie możliwe; obejmuje ona dostarczanie informacji, edukacji, umiejętności oraz modyfikowanie postaw, skutkiem których zminimalizowane zostaną negatywne konsekwencje używania środków odurzających tak dla samych użytkowników, jak dla społeczeństwa i dla kultury;
- **ryzykownym spożywaniu alkoholu** – rozumie się przez to używanie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) niepociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model spożywania alkoholu nie zostanie zmieniony;
- **szkodliwym używaniu alkoholu** – rozumie się przez to wzorzec spożywania, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu; aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorzec spożywania powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy; robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa używanie szkodliwe w następujący sposób: używanie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350 g i więcej w tygodniu przez mężczyzn; jako używanie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze;
- **uzależnieniu behawioralnym (uzależnienie od zachowań)** – rozumie się przez to zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, które wiążą się z odczuwaniem przymusu i brakiem kontroli nad wykonywaniem określonej czynności oraz kontynuowaniem jej mimo negatywnych konsekwencji dla jednostki oraz dla jej otoczenia; do tego typu zaburzeń zachowania zalicza się przede wszystkim: uzależnienie od hazardu, od komputera i internetu, od pracy, seksu, pornografii i zakupów;
- **uzależnieniu od substancji psychoaktywnych** – rozumie się przez to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych, poznawczych i społecznych, wśród których używanie substancji psychoaktywnej (takiej jak alkohol, środki odurzające, substancje psychotropowe, środki zastępcze, NSP, tytoń) dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość; głównymi objawami uzależnienia są głód substancji (przymus, silne pragnienie), utrata kontroli nad używaniem substancji;
- **używaniu szkodliwym** – rozumie się przez to używanie substancji psychoaktywnej określone w art. 4 pkt 30 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- **wczesnym rozpoznaniu i krótkiej interwencji** – rozumie się przez to krótkie interwencje podejmowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub innych specjalistów wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie, osób używających środków odurzających

[6] Health Promotion Glossary, WHO, 1998, https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349.

innych niż alkohol, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP („dopalacze”), a także interwencje podejmowane wobec osób zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi.

II. Wstęp

Nowelizacja ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie 1 stycznia 2022 r., wprowadziła kilka istotnych zmian dla lokalnych systemów rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii. W ustawie z dnia 24 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dalej: „ustawa") w art. 4 ust. 1 wskazano, że samorząd województwa realizuje zadania, o których mowa w art. 1 i art. 2 ustawy, 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, jak również może zawierać zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym. Natomiast w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii w art. 9 ust. 1 wskazano, że cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w NPZ, są realizowane w ramach programu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy.

W następstwie tej zmiany Centrum, jako regionalny ośrodek polityki społecznej w województwie mazowieckim, realizujący zadania SWM w zakresie pomocy społecznej m.in. dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, opracował w 2022 r. Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2025 (dalej: „Wojewódzki Program"). Przygotowanie Wojewódzkiego Programu realizowało również zapis art. 21 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zgodnie z którym samorząd województwa zobowiązany jest do opracowania, aktualizowania i realizacji strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa odnoszącej się m.in. do profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Niniejszy Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii województwa mazowieckiego na lata 2026–2030 (dalej: „Program") jest drugim programem, który obejmuje tak szeroki zakres problemów dotyczących uzależnień i odchodzi od wybiórczego podejścia do nich. Bierze pod uwagę założenia i cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, w którym to po raz pierwszy pojawił się zapis dotyczący zintegrowanego przeciwdziałania uzależnieniom – w celu operacyjnym nr 2. Ponadto Program w dużym stopniu jest kontynuacją działań prowadzonych w ramach poprzedniego Wojewódzkiego Programu i integruje zadania na rzecz profilaktyki uzależnień (alkohol, narkotyki, uzależnienia behawioralne) oraz wprowadza działania wynikające z kierunków i założeń krajowej i europejskiej polityki przeciwdziałania uzależnieniom. W jego opracowaniu wzięto pod uwagę także doświadczenia z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, w ramach której rozpoczęto pracę nad europejską strategię narkotykową[7]. W pierwszym półroczu 2025 r. odbyło się szereg spotkań w Brukseli i w Warszawie, w trakcie których eksperci ze wszystkich krajów Unii Europejskiej przygotowywali wspólnie z Komisją Europejską założenia europejskiej strategii narkotykowej. Problemy związane z uzależnieniami są kwestiami globalnymi przekraczającymi granice województw czy państw. Dlatego też w opracowaniu Programu uwzględniono również te prace. Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej podkreślała rolę Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień. Debata

[7] Malczewski A., Szmidt J., Polska prezydencja w obszarze narkotyków – wyzwania i osiągnięcia, Serwis Informacyjny Uzależnienia 2005 nr 2

dotycząca tego tematu odbyła się w maju 2025 r. w Brukseli. Warto podkreślić, że Centrum wzięło udział w opracowaniu i promowaniu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków, jak też wydało krótki przewodnik, zawierający praktyczne informacje na temat wprowadzania standardów w profilaktyce uzależnień. Standardy mają zastosowanie w pracy wszystkich specjalistów, którzy pośrednio lub bezpośrednio zajmują się profilaktyką uzależnień od narkotyków.

Należy zaznaczyć, że eksperci Światowej Organizacji Zdrowia zwracają uwagę na to, że problemy alkoholowe obejmują nie tylko uzależnienie, ale szereg bardzo różnych i szkodliwych zjawisk, takich jak: spożywanie alkoholu przez dzieci i młodzież, wpływ uzależnienia na życie rodzinne, w szczególności na rozwój i funkcjonowanie dzieci, wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych kierowców i pieszych, przemoc domową, nielegalny handel i reklamę alkoholu itp. Tak więc współczesna koncepcja problemów alkoholowych jest szersza niż wąskie pojęcie uzależnienia, podobnie jest w przypadku innych uzależnień – akcentuje ich wpływ na jednostkę, rodzinę i społeczeństwo. Eksperci pracujący dla Niezależnego Komitetu Naukowego ds. Narkotyków w Wielkiej Brytanii oszacowali, że alkohol, na tle innych porównywanych substancji psychoaktywnych, jest najbardziej szkodliwą substancją w zakresie szkód jakie wyrządza otoczeniu (problemy rodziny, przestępczość, koszty ekonomiczne takie jak ochrona zdrowia, policja, pomoc społeczna). Natomiast przy połączeniu dwóch wymiarów – szkód jednostkowych i szkód dla otoczenia – alkohol także znajduje się na pierwszym miejscu[8]. Nie zmienia to faktu, że mniejszy w skali problem narkotyków i narkomanii również ma wpływ na użytkownika oraz na jego otoczenie – zarówno w obszarze zdrowia publicznego, jak również w kwestiach bezpieczeństwa. Nowy, ale coraz większy problem stanowią uzależnienia behawioralne bowiem sam mechanizm czy to w uzależnieniach chemicznych czy od czynności jest podobny – mamy tu problem z nałogowym regulowaniem emocji i brakiem kontroli impulsów.

Biorąc pod uwagę wielowymiarowość szkód powodowanych przez substancje psychoaktywne, jak też uzależnienie od czynności, celem działań podejmowanych przez administrację rządową i jednostki samorządu terytorialnego jest ograniczenie skali problemów powodowanych przez uzależnienia zarówno w grupie ryzyka, jak i w całej populacji. Chociaż problemy uzależnień występują w całej Polsce to mają swoją regionalną specyfikę, dlatego wymagają działań zaplanowanych na poziomie lokalnym, w oparciu o lokalną diagnozę i zasoby.

Niniejszy Program powstał na bazie aktualnej diagnozy problemów uzależnień w województwie mazowieckim (załącznik nr 2 do Programu) oraz doświadczeń zdobytych w trakcie realizacji wcześniejszych jego edycji, jak też uwzględnia wnioski i rekomendacje określone w raporcie z 2025 r. pn. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania" (dalej: „raport zdrowia"), biorącego pod uwagę fakt występowania w okresie jego obowiązywania epidemii COVID-19, która znacząco wpłynęła na stan zdrowia ludności. Autorzy raportu zdrowia podkreślają, że nie ma poprawy, a wręcz w wielu przypadkach następuje pogorszenie się sytuacji w zakresie determinant związanych ze stylem życia Polaków tj. rośnie, a przynajmniej istotnie nie spada, poziom użycia różnego rodzaju substancji psychoaktywnych, a także istnieją wyraźne nierówności w zdrowiu Polaków wynikające z wielu czynników, w tym z nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

[8] Nutt, King, Lawrence, 2010. Lancet, Nutt D., J., King L., A., Phillips L.,D., Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. „The Lancet", 2010 tom. 6.

Zatem Program jest odpowiedzią na potrzebę kompleksowego przeciwdziałania zjawiskom uzależnień, ich skutkom społecznym, zdrowotnym i ekonomicznym oraz na konieczność koordynowania działań w tym zakresie na poziomie regionalnym. **Głównym celem Programu jest ograniczenie szkód związanych z problemami uzależnień w województwie mazowieckim.** Dążenie to realizowane będzie poprzez działania profilaktyczne, edukacyjne, terapeutyczne oraz systematyczne diagnozowanie używania substancji psychoaktywnych oraz zjawisk towarzyszących używaniu i uzależnień behawioralnych.

Struktura Programu opiera się na trzech głównych obszarach działań, z których każdy odpowiada określonym celom szczegółowym. Pierwszym z nich jest obszar profilaktyki i edukacji, którego celem jest ograniczenie rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych oraz przemocy domowej związanej z używaniem substancji psychoaktywnych. Działania w tym obszarze obejmują m.in. współpracę z NGO w realizacji programów profilaktycznych (zarówno uniwersalnych, jak i selektywnych oraz wskazujących), ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży, a także działań przeciwdziałających Płodowemu Zespołowi Alkoholowemu (FAS) i Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) oraz nietrzeźwości na drogach. Ważnym elementem jest również tworzenie i rozpowszechnianie materiałów profilaktyczno-edukacyjnych, organizacja kampanii społecznych oraz prowadzenie szkoleń i konferencji skierowanych do różnych grup społecznych i zawodowych. Zakłada się, że realizacja tego obszaru będzie miała charakter progresywny – z roku na rok zakres działań i ich intensywność będą się zwiększać, a tym samym będą rosły wartości przypisanych do nich wskaźników.

Drugi obszar Programu poświęcony jest zagadnieniom redukcji szkód, rehabilitacji (readaptacji i reintegracji) zdrowotnej, społecznej i zawodowej. Celem szczegółowym jest tutaj zwiększenie dostępności pomocy dla osób uzależnionych, w tym uzależnionych od czynności oraz osób z ich otoczenia, takich jak osoby współuzależnione czy dorosłe dzieci z rodzin z problemem uzależnienia. W ramach realizowanych działań zapewnione zostanie prowadzenie WOTUW, wsparcie finansowe dla podmiotów leczniczych w celu poprawy jakości świadczeń terapeutycznych oraz rozwój oferty instytucji reintegracyjnych – takich jak CIS oraz KIS. Ponadto, w dalszym ciągu będzie wspierany ruch abstynencki oraz będzie wspierana współpraca z NGO w realizacji wsparcia osobom z najbliższego otoczenia osób uzależnionych. Obszar ten również zakłada stopniowy wzrost liczby działań oraz zakres udzielanego wsparcia.

Trzecim, równie ważnym elementem Programu jest obszar diagnozy i monitorowania problemów uzależnień. Skoncentrowany jest on na zwiększaniu poziomu wiedzy na temat skali i dynamiki używania substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych. Realizacja celu szczegółowego w tym obszarze opiera się na prowadzeniu badań, analiz i monitorowaniu trendów oraz współpracy z siecią ekspertów wojewódzkich do spraw informacji o narkotykach i narkomanii. Ten komponent ma kluczowe znaczenie dla budowania trafnych strategii interwencyjnych i rozwojowych oraz dla dostarczania rzetelnych danych decydentom i praktykom. Także tutaj założono rosnący trend wartości wskaźników, co ma przełożyć się na coraz bardziej pogłębioną wiedzę o skali zjawiska i skuteczniejsze działania interwencyjne.

Wszystkie trzy obszary Programu są ze sobą ściśle powiązane, wzajemnie się uzupełniają i tworzą spójny system działań wojewódzkich na rzecz ograniczania problemów związanych z uzależnieniami. Wskazanym kierunkiem zmian we wszystkich obszarach jest stopniowe zwiększanie zasięgu i intensywności działań oraz poszerzanie i wzmacnianie współpracy z NGO, instytucjami ochrony

zdrowia, edukacji, pomocy społecznej i samorządami lokalnymi. Program został zaprojektowany z myślą o długofalowym i systemowym oddziaływaniu, z uwzględnieniem lokalnych uwarunkowań społecznych, zdrowotnych i demograficznych.

Monitorowanie wdrażania działań Programu będzie prowadzone z użyciem wskaźników, które zostały opracowane w Centrum[9]. Część działań została określona w sposób bardzo szczegółowy, a niektóre z nich w sposób bardziej ogólny. Dzięki temu Program ma charakter otwarty i stwarza możliwość jego bieżącej weryfikacji, biorąc pod uwagę aktualne problemy, badania, potrzeby społeczne oraz zmiany legislacyjne.

Niniejszy Program został skonsultowany ze specjalistami z zakresu profilaktyki uzależnień i poddany konsultacjom społecznym. Jego cele i działania, wskaźniki omówiono z przedstawicielami instytucji oraz organizacji zajmujących się profilaktyką uzależnień z terenu województwa mazowieckiego.

Z uwagi na duży zasięg zagrożeń oraz szkód związanych z problemami uzależnień Program adresowany jest do całej populacji województwa mazowieckiego, a nie tylko rodzin z problemem uzależnień, czy też do grup podwyższonego ryzyka. Program ten powstał z myślą o długoterminowym dbaniu o zdrowie i dobrostan mieszkańców województwa mazowieckiego oraz przeciwdziałaniu patologiom społecznym związanym z uzależnieniami.

[9] Ukazały się dwie pozycje wydane przez Centrum dotyczące monitorowania/diagnozy problemów narkotykowych: Malczewski A. (red) (2016). Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym oraz przeciwdziałanie narkotykom i „dopalaczom". Warszawa, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej oraz wcześniejsza: A. (red), 2013, Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii, Warszawa, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

III. Regulacje prawne

Zakres i założenia Programu są spójne z aktami prawnymi, programami, strategiami krajowymi (wojewódzkimi) i międzynarodowymi. Podstawowe akty prawne Programu to:

- ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- ustawa z dnia 29 lipca 2015 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym;
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 – jego częścią jest profilaktyka uzależnień, a wśród realizatorów zadań wskazane są jednostki samorządu terytorialnego.

Program będzie realizowany również w oparciu o:

- ustawę z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa;
- ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej;
- ustawę z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- ustawę z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- ustawę z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych;
- ustawę z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

Strategie i programy SWM, z którymi Program jest zgodny to:

- Strategia Rozwoju Województwa Mazowieckiego 2030+;
- Strategia Rozwoju Społeczeństwa Informacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2020–2030;
- Strategia Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2030;
- Plan Rozwoju Ekonomii Społecznej na Mazowszu na lata 2021–2030;
- Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2023–2027;
- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy Domowej Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025. Aktualizacja 2024;
- Wojewódzki Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2027.

Dokumenty międzynarodowe odnoszące się do problemów uzależnień to:

- Globalna Strategia Redukująca Szkodliwe Spożywanie Alkoholu – dokument WHO przyjęty 21 maja 2010 r. podczas 63 obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia;
- Strategia UE w dziedzinie narkotyków na lata 2021–2025 oraz Plan Działania UE na lata 2021–2025;
- Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu ogłoszona 24 października 2006 r.

Warto podkreślić, że Program został przygotowany głównie w oparciu o Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 i odnosi się do wykazu zadań z NPZ służących realizacji celu operacyjnego nr 2 NPZ, tj. Profilaktyka uzależnień. NPZ jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie. Celem strategicznym NPZ na lata 2021–2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Należy zaznaczyć, że po raz pierwszy w tym dokumencie pojawił się zapis dotyczący zintegrowanego przeciwdziałania uzależnieniom (w celu operacyjnym 2). Natomiast zagadnienia i problemy należące do zakresu przedmiotowego Programu są bezpośrednio lub pośrednio przedmiotem dokumentów programowych SWM, jak też są z nimi zgodne.

SWM zapewni realizację Programu, udzielając pomocy merytorycznej i organizacyjnej samorządom gminnym oraz instytucjom i NGO realizującym działania na terenie województwa, specjalizującym się w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

IV. Wnioski i rekomendacje wynikające z diagnozy problemów uzależnień w województwie mazowieckim

Wiedza o skali, rozmiarach i trendach w używaniu substancji psychoaktywnych oraz rozwoju problemów uzależnień na terenie województwa mazowieckiego stanowi punkt wyjścia do planowania i wdrażania skutecznych działań mających na celu rozwiązywanie problemów uzależnień. Jest to ważny element polityki zdrowotnej, społecznej i bezpieczeństwa. Skuteczna odpowiedź na problemy uzależnień wymaga prowadzenia regionalnych i lokalnych diagnoz. Takie podejście umożliwia adekwatną i efektywną reakcję na zdiagnozowane problemy – służy do wyciągnięcia praktycznych wniosków i zaleceń do konstruowania programów dotyczących rozwiązywania tych problemów. Szczegółowa diagnoza stanu problemów uzależnień, która stanowiła podstawę do stworzenia Programu, znajduje się w załączniku nr 2 (Rozdział X), natomiast poniżej umieszczone są konkluzje dotyczące kierunków działań zmierzających do poprawy, bądź zmiany najbardziej niekorzystnych tendencji w zakresie problemów uzależnień w województwie mazowieckim.
Poniżej przedstawione są krótkie wnioski i rekomendacje ze zrealizowanej w ramach przygotowania diagnozy problemów uzależnień w województwie mazowieckim, głównie na podstawie badania ESPAD z 2024 r.[10] (autor Janusz Sierosławski) oraz z dokonanej ewaluacji Wojewódzkiego Programu (na lata 2022–2025).

Wnioski i rekomendacje:

1. W województwie mazowieckim obserwujemy wzrost lub stabilizację wskaźników używania napojów alkoholowych wśród młodzieży. Uzasadniony niepokój budzi zwłaszcza wzrost rozmiarów używania ryzykownego, jakim jest incydentalne nadmierne spożywanie, czy wręcz upijanie się młodzieży (binge drinking). Biorąc pod uwagę wyniki najnowszych badań, zaleca się zwiększenie zasięgu działań adresowanych do dzieci i młodzieży, jak również całych rodzin, poprzez:
   a) realizację programów rekomendowanych adresowanych do dzieci, młodzieży i ich opiekunów;
   b) realizację programów profilaktycznych/socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży (w tym realizowanych podczas wakacyjnego wypoczynku), w szczególności charakteryzujących się zwiększonym czynnikiem ryzyka występowania problemu uzależnień;
   c) realizację programów szkoleniowych dla różnych grup zawodowych (m.in. dla systemu oświaty, psychologów, przedstawicieli JST, policji, pracowników socjalnych, kuratorów), które zwiększyłyby umiejętności zawodowe oraz zwiększyły wiedzę o skutecznych programach profilaktycznych lub przygotowałyby do realizacji programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji (kształcenie zawodowe uczestników zajęć);
   d) organizację spotkań, konferencji, seminariów, na których można motywować gminy do przeznaczania większych środków finansowych na sprawdzone programy profilaktyczne, korzystania z bazy programów rekomendowanych – zgodnych z ustalonymi standardami jakości, a także zachęcać je do zgłaszania programów profilaktycznych ze swojego terenu do systemu programów rekomendowanych;

[10] Badanie jest dostępne na stronie www.mcps.com.pl w zakładce profilaktyka uzależnień/aktualności.

e) zaleca się promować i realizować programy profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców lub opiekunów, w ramach których kształtowane będą ich umiejętności wychowawcze.

2. Zaleca się kontynuację programów profilaktycznych z wyodrębnieniem profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, aby każdy zakres profilaktyki był uwzględniony, a także tych, które w swoich założeniach podejmują problematykę uzależnień behawioralnych.
3. Zaleca się kontynuację wspierania placówek wsparcia dziennego (np. świetlice socjoterapeutyczne), w szczególności z uwzględnieniem realizacji programów pomocy dla dzieci i młodzieży. Znaczna część dzieci i młodzieży z placówek wsparcia dziennego pochodzi z rodzin, gdzie istnieje problem uzależnień. Szczególnie warto wspierać realizację pomocy psychologicznej, programów socjoterapeutycznych, programów opiekuńczo-wychowawczych oraz spotkań dla ich opiekunów i rodziców. Ponadto zaleca się również kontynuację realizacji szkoleń dla kadry pracującej w placówkach wsparcia dziennego.
4. Zaleca się kontynuację działań na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości na drogach, np. poprzez realizację szkoleń, kampanii edukacyjnych adresowanych do ogółu populacji, jak też prowadzenie zajęć edukacyjnych w szkołach nauki jazdy – poprzez np. współpracę z Wojewódzkimi Ośrodkami Ruchu Drogowego w zakresie wzbogacenia programów szkoleniowych dla osób starających się lub planujących starać się o posiadanie uprawień do prowadzenia pojazdów o tematykę dotyczącą wpływu substancji psychoaktywnych na organizm człowieka i zdolności poznawcze kierowcy.
5. Zaleca się kontynuację działań na rzecz przeciwdziałania Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) i Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS) oraz działań na rzecz poprawy dostępności udzielanej pomocy dla osób z rodzin z problemem uzależnień (np. osoby współuzależnione i dorosłe dzieci z rodzin z problemem uzależnień).
6. Zaleca się kontynuację działań na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej związanej z używaniem substancji psychoaktywnych, szczególnie poprzez realizację szkoleń dla osób pracujących z osobami dotkniętymi przemocą domową w celu podniesienia ich kompetencji.
7. Zaleca się kontynuację wspierania działalności ruchu abstynenckiego, w szczególności w celu realizacji zadań z zakresu edukacji i rehabilitacji społecznej oraz promocji i utrwalania trzeźwości, w tym zdrowego stylu życia bez uzależnień.
8. Zaleca się zwiększenie liczby wielomodułowych szkoleń z zakresu profilaktyki uzależnień, uwzględniających najnowszą wiedzę dotyczącą profilaktyki i wsparcia psychologicznego takich jak np. Europejski Program Profilaktyki (European Uniwersal Prevention Curriculum EUPC), jak też zapewniających naukę umiejętności społecznych dla różnych grup zawodowych.
   Warto dobrze przygotowywać realizatorów programów profilaktycznych, a także przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego do realizacji dobrej jakości programów profilaktycznych.
9. Warto prowadzić działania edukacyjne w celu zachęcenia gmin do zwiększenia wydatków na programy z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej związanej z używaniem substancji psychoaktywnych, jak też na programy zapobiegające zachowaniom nałogowym.
10. Zaleca się kontynuowanie wsparcia udzielanego NGO w tworzeniu CIS i KIS, ponieważ oferują one nie tylko kompleksowe usługi z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej, ale stały się spoiwem szerokiej koalicji lokalnej, składającej się z samorządu lokalnego, biznesu oraz NGO.
11. Zaleca się kontynuowanie kampanii profilaktycznej „Porozumienie dla trzeźwości", która cieszy się dużym zainteresowaniem i adresowana jest do wszystkich mieszkańców województwa mazowieckiego – obejmuje działania profilaktyczne i edukacyjne skierowane zarówno do dzieci

i młodzieży, jak też osób dorosłych, a w tym do przedstawicieli ruchu abstynenckiego, którzy swoją postawą i aktywnym działaniem szerzą etos trzeźwościowy w województwie mazowieckim.

12. Istotne jest zwiększenie zasięgu kampanii społecznych oraz ich kontynuacja w oparciu o dane i ocenę skuteczności, szczególnie, że jak pokazują badania, zmiany postaw młodzieży wobec marihuany i haszyszu stanowią wyzwanie dla prowadzonych działań profilaktycznych (duża tendencja do liberalnego podejścia do wszelkich używek, a też w dalszym ciągu napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży).
13. Zasadnym jest także przygotowanie badania nt. stanu problemów alkoholowych i narkotykowych oraz uzależnień behawioralnych w województwie mazowieckim po kilku latach realizacji Programu bowiem trendy w profilaktyce uzależnień zmienią się nie tak szybko, z reguły co kilka lat.
14. Warto kontynuować działania z zakresu redukcji popytu w województwie mazowieckim, realizowane przez Centrum, takie jak: prowadzenie działań edukacyjnych, informacyjnych oraz przede wszystkim wspierania wdrażania programów profilaktycznych. Szczególny nacisk powinien zostać położony na implementację skutecznych i sprawdzonych programów profilaktycznych, w tym programów rekomendowanych.
15. Problem uzależnień behawioralnych stanowi istotny problem zdrowotny i społeczny, dlatego też warto zaplanować działania na rzecz profilaktyki tego zjawiska, poprzez np. realizację szkoleń dla różnych grup społecznych i zawodowych na temat zagrożeń i skutków związanych z tymi uzależnieniami.
16. Ważne jest stałe wzmacnianie kompetencji i wsparcia kadry pomocowej przez działania przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu, superwizję i szkolenia.
17. Zaleca się dbanie o zwiększenie zaangażowania środowisk lokalnych i wspieranie tworzenia lokalnych sieci współpracy na rzecz profilaktyki opartej o dowody naukowe.
18. Zaleca się systematyczne badania i monitoring trendów w zakresie uzależnień i nowych zagrożeń związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami od zachowań.
19. Warto dbać o jeszcze lepszą współpracę międzyinstytucjonalną na poziomie lokalnym i regionalnym w celu zwiększenia spójności działań w województwie mazowieckim.

V. Analiza SWOT w województwie mazowieckim w zakresie problemów uzależnień

SWOT to popularna technika służąca do porządkowania i analizy informacji. Nazwa jest akronimem od angielskich słów określających cztery elementy składowe analizy: Strengths – silne strony, Weaknesses – słabe strony, Opportunities – szanse, okazje i Threats – zagrożenia[11]. W zarządzaniu analiza SWOT jest stosowana do analizy wewnętrznego i zewnętrznego otoczenia organizacji, instytucji, a także analizy projektu, czy rozwiązania biznesowego oraz jako uniwersalne narzędzie pierwszego etapu analizy strategicznej. Pozwala wykorzystać zgromadzone informacje do opracowania strategii działania opartej na silnych stronach i szansach, przy jednoczesnym eliminowaniu, bądź ograniczaniu słabych stron i zagrożeń. W tym przypadku została wykorzystana do analizy problemów alkoholowych i narkotykowych oraz uzależnień behawioralnych w województwie mazowieckim. W analizie SWOT wykorzystano dane przedstawione w diagnozie w tym m.in. badania ESPAD, dane policji, dane z lecznictwa odwykowego oraz ankiety KCPU G1, Centrum, UMWM.

Mocne strony:

- W województwie mazowieckim, w porównaniu do innych województw w Polsce, funkcjonuje duża liczba placówek leczenia uzależnienia i od kilku lat utrzymuje się wysoki odsetek pacjentów leczonych ambulatoryjnie.
- Bogata oferta terapeutyczna dla osób uzależnionych i ich rodzin (większość placówek realizuje też programy ponadpodstawowe).
- Samorządy gminne województwa mazowieckiego wykazywały wysoką aktywność w zakresie podejmowania działań ustawowych, w tym uchwalania lokalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.
- Duży zasób wykształconej kadry terapeutycznej (np. duży odsetek osób posiadających certyfikaty psychoterapii uzależnień).
- Bogata oferta szkoleniowa dla różnych grup zawodowych działających na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom i przeciwdziałania przemocy domowej związanej z używaniem substancji psychoaktywnych.
- Duży zasób dobrze wykształconej kadry szkoleniowej.
- Postępująca profesjonalizacja podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom.
- Duża liczba działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej realizowanej przez gminy oraz przez SWM.
- Wspieranie realizacji programów z zakresu profilaktyki wskazującej, przeznaczonych dla osób, których zachowania zaczynają być wysoce ryzykowne i mogą powodować poważne problemy, ale nie mają postawionej diagnozy klinicznej uzależnienia.
- Duża liczba placówek leczenia uzależnień oraz aktywnych NGO, w tym działających w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom.
- Duża liczba realizowanych programów rekomendowanych oraz wzrastające nakłady finansowe na rzecz ich realizacji, w stosunku do innych wybranych województw. Największa

[11] W: Krzysztof B. Matusiak: Innowacje i transfer technologii. Słownik pojęć. Warszawa: Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, 2011, s. 16-17.

liczba gmin w województwie mazowieckim oraz wielkopolskim (po 125 gmin) wdraża programy rekomendowane. Ponadto w województwie mazowieckim objęto tymi programami największą liczbę osób (uczniów oraz nauczycieli).
- Duża aktywność ruchu abstynenckiego, wspieranego przez SWM.
- Zwiększenie dostępności do rehabilitacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych oraz osób z ich najbliższego otoczenia.
- Dobra współpraca SWM z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- Kompleksowe podejście do problematyki narkomanii, alkoholizmu, uzależnień behawioralnych w programach gminnych i wojewódzkim.
- Włączenie tematyki uzależnień behawioralnych do działań SWM m.in. poprzez szkolenia oraz kampanie społeczne.
- W zakresie nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. „dopalaczy", nie odnotowano istotnych zmian w używaniu (nieznacznie większe niż parę lat temu), natomiast młodzież postrzega ryzyko związane z używaniem tych substancji jako podobnie duże, jak w przypadku najcięższych narkotyków. Należy to uznać za sukces profilaktyki skierowanej na ograniczanie popytu.
- Nastąpił spadek używania przetworów konopi indyjskich wśród młodzieży szkolnej.
- Powstanie w Warszawie nowych miejsc oferujących pomoc dla rodzin, w których są osoby z FASD oraz kształcących specjalistów działających w tym zakresie.

Słabe strony:

- W dalszym ciągu napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży.
- Wzrost rozmiarów używania szczególnie ryzykownego, jakim jest nadmierne incydentalne spożywanie alkoholu wśród młodzieży czy wręcz upijanie się. Wzrost odsetka młodzieży przyznającej się do osiągania stanu upojenia alkoholowego.
- Zwiększa się dostępność napojów alkoholowych, o którym świadczy porównanie ocen dokonywanych przez badanych uczniów w ESPAD w 2024 r. oraz w 2019 r.
- Działania profilaktyczne i terapeutyczne związane z FASD są podejmowane sporadycznie i tylko przez pojedyncze gminy województwa mazowieckiego.
- Wysoki wskaźnik przestępczości narkotykowej.
- Różnice związane z płcią u młodzieży w zakresie używania substancji psychoaktywnych ulegają zatarciu w przypadku napojów alkoholowych oraz wyrobów nikotynowych, włączając w to tytoń.
- Wedle ocen badanej młodzieży rysuje się wzrost dostępności konopi indyjskich.
- Stygmatyzacja problemu uzależnienia od narkotyków u potencjalnych pacjentów.
- Zmniejszyła się liczba rodziców gotowych bezwarunkowo zabraniać swoim dzieciom używania napojów alkoholowych, co stanowi aktualne wyzwanie dla profilaktyki uzależnień.
- Niewystarczająca wiedza pracowników ochrony zdrowia dotycząca problematyki uzależnień.

Szanse:

- Dobra współpraca pomiędzy samorządami różnych szczebli i innymi podmiotami zaangażowanymi w działania na rzecz profilaktyki uzależnień w województwie mazowieckim.
- Możliwość implementowania wypracowanych dobrych praktyk.

- Większy zasięg kampanii społecznych dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom – w tym m.in. kampanii „Porozumienie dla trzeźwości”.
- Aktywizacja środowisk lokalnych, w tym przedstawicieli lokalnych NGO w przeciwdziałaniu uzależnieniom.
- Większe zainteresowanie społeczne zdrowym stylem życia.
- Rozwój wiedzy naukowej na temat skutecznych strategii profilaktyki uzależnień oraz wzrastająca dostępność szkoleń opartych na tej wiedzy, dla różnych grup odbiorców.
- Podnoszenie kompetencji osób pracujących w środowiskach lokalnych z zakresu problematyki uzależnień, w tym do korzystania z systemów teleinformatycznych.
- Tworzenie lokalnych sieci współpracy na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień w województwie mazowieckim.
- Intensyfikacja działań związanych z zapewnieniem wykwalifikowanej kadry terapeutycznej w małych miejscowościach.

Zagrożenia:

- Rozwój uzależnień behawioralnych i związanych z tym problemów.
- Fluktuacja kadr pomocowych wpływa na długofalowość i jakość działań profilaktycznych.
- Nielegalna reklama i promocja alkoholu.
- Wypalenie zawodowe osób pracujących w obszarze uzależnień.
- Nadmierne obciążenie zadaniami samorządów.
- Wysoki poziom dostępności substancji nielegalnych, wśród których najwyższym poziomem wyróżniają się przetwory konopi indyjskich.
- Następuje powolne narastanie problemu gier hazardowych – zwiększeniu ulega nie tylko rozpowszechnienie grania w gry hazardowe wśród młodzieży, ale także większy jest odsetek młodych osób zagrożonych hazardem problemowym, co wymaga zintensyfikowania działań profilaktycznych.
- Wzrost liczby osób z podwójną diagnozą i niewystarczająca oferta dla tych osób.

VI. Cele, obszary, działania, wskaźniki oraz realizatorzy i adresaci

1. Cele, obszary oraz działania i wskaźniki Programu

Cel główny Programu:
Ograniczenie szkód związanych z problemami uzależnień
w województwie mazowieckim

Cele szczegółowe Programu będą realizowane w 3 obszarach i służą osiągnięciu celu głównego:

1) **Obszar 1** – Profilaktyka i edukacja

   Cel szczegółowy obszaru 1: Ograniczenie rozpowszechnienia zjawisk: używania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych oraz przemocy domowej związanej z używaniem substancji psychoaktywnych

2) **Obszar 2** – Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa

   Cel szczegółowy obszaru 2: Poprawa jakości udzielanych świadczeń i zwiększenie dostępności udzielanej pomocy dla osób uzależnionych od czynności, używających szkodliwie substancji psychoaktywnych, uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz dla osób z ich najbliższego otoczenia

3) **Obszar 3** – Diagnoza oraz monitorowanie problemów uzależnień

   Cel szczegółowy obszaru 3: Zwiększenie poziomu wiedzy na temat skali używania substancji psychoaktywnych i związanych z nimi problemów

Do każdego z celów szczegółowych dobrane są odpowiednie działania, a do każdego działania wskaźnik/wskaźniki, przy czym wartość wskaźnika do działań rozumiana jako:

- bazowa – oznacza wartość osiągniętą w 2024 r.;
- docelowa – oznacza wartość planowaną do osiągnięcia w latach 2026–2030 (narastająco)[12].

Obszar 1: Profilaktyka i edukacja

Cel szczegółowy obszaru 1:
Ograniczenie rozpowszechnienia zjawisk: używania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych oraz przemocy domowej związanej z używaniem substancji psychoaktywnych.

Działania i wskaźniki do działań:

Działanie 1:
Realizacja programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej, w szczególności programów rekomendowanych, programów profilaktycznych i/lub socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży (w tym realizowanych podczas wakacyjnego wypoczynku oraz w placówkach wsparcia dziennego), programów przeciwdziałania FAS i FASD, jak również programów przeciwdziałania nietrzeźwości na drogach – dotacje w ramach współpracy z NGO.

[12] Wartość docelowa będzie sumą wartości wskaźnika osiągnięta w latach 2026–2030 np. 30 szkoleń w 2026 r. + 20 szkoleń w 2027 r. + 15 szkoleń w 2028 r. + 15 szkoleń w 2029 r. + 10 szkoleń w 2030 r. = 90 szkoleń wartość docelowa wskaźnika.

Wskaźnik nr 1	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba programów profilaktycznych (liczba dotacji na realizację zadań publicznych przekazanych dla NGO ze środków SWM)
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych
Wartość bazowa w 2024 roku	84
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 300

Wskaźnik nr 2	Opis
Nazwa wskaźnika	wysokość środków finansowych SWM przekazanych dla NGO na realizację programów profilaktycznych
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych
Wartość bazowa w 2024 roku	7 516 430 zł
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 36 000 000 zł

Działanie 2:

Organizowanie działań edukacyjnych zaadresowanych do różnych grup społecznych i zawodowych m.in. podejmowanie różnego rodzaju inicjatyw mających na celu podniesienie poziomu wiedzy z zakresu uzależnień oraz tworzenie i upowszechnienie materiałów profilaktyczno-edukacyjnych na temat problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy domowej związanej z używaniem substancji psychoaktywnych.

Wskaźnik nr 3	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba realizatorów działań edukacyjnych
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych, sprawozdania wykonawców z realizacji usług
Wartość bazowa w 2024 roku	11 realizatorów działań edukacyjnych
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 25 realizatorów działań edukacyjnych

Wskaźnik nr 4	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba działań edukacyjnych, w tym materiałów profilaktyczno-edukacyjnych dotyczących uzależnień i przemocy domowej, sfinansowanych lub dofinansowanych przez SWM
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych, sprawozdania wykonawców z realizacji usług
Wartość bazowa w 2024 roku	47
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 115

Wskaźnik nr 5	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba spotkań o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym organizowanych w podregionach województwa mazowieckiego sfinansowanych przez SWM

Źródło danych	dane własne UMWM
Wartość bazowa w 2024 roku	0
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 4

Działanie 3:

Wspieranie lub/i realizacja kampanii edukacyjnych na temat uzależnień.

Wskaźnik nr 6	**Opis**
Nazwa wskaźnika	liczba kampanii edukacyjnych na temat uzależnień, sfinansowanych lub dofinansowanych przez SWM
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych, sprawozdania wykonawców z realizacji usług
Wartość bazowa w 2024 roku	4 kampanie edukacyjne
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 7 kampanii edukacyjnych

Działanie 4:

Organizowanie konferencji krajowych o zasięgu wojewódzkim m.in. dla przedstawicieli samorządów lokalnych, ruchu abstynenckiego oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, mających na celu podniesienie wiedzy w obszarze problemów uzależnień, przemocy domowej oraz profilaktyki w społecznościach lokalnych.

Wskaźnik nr 7	**Opis**
Nazwa wskaźnika	liczba konferencji z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy oraz profilaktyki w społecznościach lokalnych, sfinansowanych lub dofinansowanych przez SWM
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych, sprawozdania wykonawców z realizacji usług
Wartość bazowa w 2024 roku	2 konferencje
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 6 konferencji

Działanie 5:

Organizowanie szkoleń mających na celu zwiększenie kompetencji osób m.in. pracujących w obszarze profilaktyki uzależnień, przemocy domowej związanej z używaniem substancji psychoaktywnych, pomocy dzieciom z FAS/FASD oraz profilaktyki uzależnień w społecznościach lokalnych.

Wskaźnik nr 8	**Opis**
Nazwa wskaźnika	liczba uczestników szkoleń z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy, tematyki FAS/FASD oraz profilaktyki uzależnień w społecznościach lokalnych, sfinansowanych lub dofinansowanych przez SWM
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych, sprawozdania wykonawców z realizacji usług
Wartość bazowa w 2024 roku	1 232
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 4 500 osób przeszkolonych

Wskaźnik nr 9	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba szkoleń z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy, dotyczących tematyki FAS/FASD oraz profilaktyki uzależnień w społecznościach lokalnych, sfinansowanych lub dofinansowanych przez SWM
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych, sprawozdania wykonawców z realizacji usług
Wartość bazowa w 2024 roku	34 szkolenia
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 90 szkoleń

Obszar 2: Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa

Cel szczegółowy obszaru 2:
Poprawa jakości udzielanych świadczeń i zwiększenie dostępności udzielanej pomocy dla osób uzależnionych od czynności, używających szkodliwie substancji psychoaktywnych, uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz dla osób z ich najbliższego otoczenia.

Działanie 1:
Prowadzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia.

Wskaźnik nr 10	Opis
Nazwa wskaźnika	wysokość środków finansowych przeznaczonych na prowadzenie WOTUW przez SWM
Źródło danych	dane własne UMWM
Wartość bazowa w 2024 roku	274 787,25 zł
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 1 000 000 zł

Działanie 2:
Wsparcie finansowe podmiotów leczniczych w celu podniesienia jakości udzielanych świadczeń w zakresie leczenia uzależnień.

Wskaźnik nr 11	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem SWM
Źródło danych	dane własne UMWM (sprawozdania od podmiotów realizujących zadania publiczne)
Wartość bazowa w 2024 roku	10 podmiotów leczniczych objętych wsparciem
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 35 podmiotów leczniczych objętych wsparciem

Działanie 3:
Wspieranie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej, edukacyjnej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia – wspieranie lub tworzenie nowych (w zależności od potrzeb) CIS oraz KIS.

Wskaźnik nr 12	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba CIS i KIS wspieranych przez SWM
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych
Wartość bazowa w 2024 roku	4 CIS oraz KIS
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 6 CIS oraz KIS

Działanie 4:

Realizacja programów wspierających działalność ruchu abstynenckiego oraz najbliższe otoczenie osób uzależnionych (np. osoby współuzależnione, dorosłe dzieci z rodzin z problemem uzależnień) – dotacje w ramach współpracy z NGO.

Wskaźnik nr 13	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba programów wsparcia (liczba dotacji przekazanych dla NGO na realizację zadań publicznych sfinansowanych lub dofinansowanych ze środków SWM)
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych
Wartość bazowa w 2024 roku	30
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 50

Wskaźnik nr 14	Opis
Nazwa wskaźnika	wysokość środków finansowych SWM przekazanych dla NGO na realizację programów wsparcia
Źródło danych	sprawozdania z realizacji zadań publicznych
Wartość bazowa w 2024 roku	883 570 zł
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 4 000 000 zł

Obszar 3: Diagnoza oraz monitorowanie problemów uzależnień

Cel szczegółowy obszaru 3:

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat skali używania substancji psychoaktywnych i związanych z nimi problemów.

Działanie 1:

Monitorowanie problemów uzależnień w województwie mazowieckim.

Wskaźnik nr 15	Opis
Nazwa wskaźnika	liczba działań dotyczących monitorowania problemów uzależnień sfinansowanych lub dofinansowanych przez SWM
Źródło danych	dane własne Centrum
Wartość bazowa w 2024 roku	1
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 2

Działanie 2:
Współpraca z siecią ekspertów wojewódzkich do spraw informacji o narkotykach i narkomanii oraz z pełnomocnikami wojewódzkimi do spraw profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Wskaźnik nr 16	**Opis**
Nazwa wskaźnika	liczba działań w ramach sieci ekspertów wojewódzkich do spraw informacji o narkotykach i narkomanii oraz pełnomocników wojewódzkich do spraw profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych
Źródło danych	dane własne Centrum
Wartość bazowa w 2024 roku	2
Wartość docelowa wskaźnika do 2030	co najmniej 3

2. Realizatorzy i adresaci Programu

Zarząd Województwa Mazowieckiego odpowiada za koordynację, przygotowanie i realizację Programu. Udziela także pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym, które realizują zadania objęte tym Programem oraz współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii i uzależnieniom behawioralnym.

Realizatorzy Programu w imieniu SWM:

- Centrum w zakresie zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień (w tym badania i monitorowanie oraz współpraca z NGO);
- UMWM w zakresie zadań związanych z promocją i ochroną zdrowia, wspieraniem działalności WOTUW oraz podnoszeniem jakości świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych;
- Pełnomocnik Zarządu Województwa Mazowieckiego ds. Profilaktyki i Rozwiazywania Problemów Alkoholowych.

Przeciwdziałanie uzależnieniom w województwie mazowieckim wymaga współpracy wielu podmiotów działających na rzecz profilaktyki uzależnień, dlatego też przy realizacji Programu zostanie podjęta współpraca m.in. z niżej wymienionymi podmiotami:

- instytutami badawczymi,
- jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej,
- jednostkami penitencjarnymi,
- jednostkami samorządu terytorialnego,
- Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom,
- mediami,
- Narodowym Funduszem Zdrowia,
- NGO,
- organami wymiaru sprawiedliwości,
- placówkami oświaty,
- podmiotami ekonomii społecznej,
- Policją,
- uczelniami wyższymi,

- wojewódzkimi ośrodkami ruchu drogowego,
- WOTUW oraz innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- wskazanymi w ustawie o zdrowiu publicznym.

Współpraca z NGO:

Warto podkreślić, że istotną rolę w realizacji założeń Programu odgrywają NGO, które dobrze znają lokalne problemy i potrzeby konkretnych grup, jak też dysponują odpowiednią, wykwalifikowaną kadrą, w sposób rzetelny realizując zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom, w tym w szczególności poprzez rozwój współpracy z województwem mazowieckim. Współpraca ta opiera się głównie na realizacji zadań publicznych w obszarze „przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym", w podobszarze „profilaktyka uzależnień" (podobszar wprowadzony w 2023 r. jako konsekwencja kompleksowego podejścia do kwestii problematyki alkoholizmu, narkomanii oraz uzależnień behawioralnych) w ramach procedury otwartego konkursu ofert, wynikającej z ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, zgodnie z „Rocznym programem współpracy Województwa Mazowieckiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie" na poszczególne lata.

Przedmiotowe zadania polegają przede wszystkim na realizacji programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej, w tym m.in. programów rekomendowanych, programów profilaktycznych i/lub socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży, programów przeciwdziałających Płodowemu Zespołowi Alkoholowemu i Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, programów przeciwdziałających nietrzeźwości na drogach, jak również programów wsparcia dla działalności ruchu abstynenckiego oraz najbliższego otoczenia osób uzależnionych (np. osoby współuzależnione, dorosłe dzieci z rodzin z problemem alkoholowym).

Duża liczba aktywnych NGO, w tym działających w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, bez wątpienia stanowi mocną stronę w województwie mazowieckim, a niektóre realizowane programy stały się wręcz wizytówką współpracy SWM z NGO, w szczególności te, skierowane do dzieci i młodzieży (np. wakacyjny wypoczynek połączony z działaniami poprawiającymi funkcjonowanie emocjonalne i społeczne). Na uwagę w tym zakresie zasługuje również wspieranie realizacji programów rekomendowanych oraz programów z zakresu profilaktyki (uniwersalnej, selektywnej, wskazującej), które w swoich założeniach mogą także uwzględniać problematykę uzależnień behawioralnych, jak również ważne jest też wspieranie działalności ruchu abstynenckiego oraz osób z rodzin z problemem uzależnień.

Ponieważ liczba ofert składanych na realizację programów oraz wysokość wnioskowanego zapotrzebowania zazwyczaj przekracza dostępne środki finansowe SWM, są one – w miarę możliwości – zwiększane. Działania te przyczyniają się do aktywizacji środowisk lokalnych, w tym również lokalnych NGO, co stanowi szansę dla województwa mazowieckiego w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, zgodnie z misją Centrum: „Słuchamy, kreatywnie planujemy, inspirujemy do działania. Jesteś w centrum naszej uwagi".

Adresaci Programu:

Z uwagi na duży zasięg i zagrożenia związane z problemami alkoholowymi, narkotykowymi oraz uzależnieniami behawioralnymi, Program adresowany jest do wszystkich mieszkańców województwa mazowieckiego. Celem działań realizowanych w ramach Programu jest ograniczenie szkód

związanych z problemami uzależnień w województwie mazowieckim u wszystkich mieszkańców województwa mazowieckiego, a nie tylko w grupach podwyższonego ryzyka. Realizacja Programu będzie miała charakter cykliczny zatem nie przyporządkowuje się poszczególnych działań do kolejnych lat jego obowiązywania. Program ma charakter otwarty i może być wzbogacony o nowe treści zgodnie z aktualnymi problemami czy zmianami legislacyjnymi, zachodzącymi w czasie jego obowiązywania. Należy podkreślić, że cele szczegółowe i działania zaplanowane są na poziomie ogólnym, co umożliwia ich dostosowanie do lokalnych potrzeb.

VII. Finansowanie Programu

Zgodnie z art. 9^3 ust. 1 ustawy, opłaty z tytułu wydawania zezwoleń na prowadzenie w kraju obrotu hurtowego napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu, przeznacza się wyłącznie na finansowanie zadań:

- określonych w wojewódzkich programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy,
- realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w art. 9 pkt 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w ramach wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy.

Środki te są ujęte w budżecie SWM.

Zakres realizacji zadań objętych Programem zależny jest od wysokości środków finansowych pochodzących z opłat za wspomniane wcześniej zezwolenia w każdym roku budżetowym. Z tego też powodu zachodzi konieczność szczegółowego określenia planu zadań realizowanych w ramach Programu i związanych z tym wydatków na dany rok. Harmonogram realizacji zadań przygotowany będzie corocznie i będzie przedstawiany Zarządowi Województwa Mazowieckiego do akceptacji. Działania Programu mogą być też finansowane przez podmioty współpracujące przy jego realizacji, a odrębne źródło finansowania mogą stanowić także środki własne województwa mazowieckiego lub środki pozyskane z funduszy UE.

Obowiązek informacyjny:

Podmioty podejmujące współpracę przy realizacji Programu zobowiązane będą do oznaczania wszelkich materiałów profilaktyczno-edukacyjnych, informacyjnych i promocyjnych oraz rzeczy zakupionych ze środków przeznaczonych na jego realizację zestawem logo zgodnie z ich wytycznymi: Centrum, logo Marki Mazowsze i piktogramem „Porozumienie dla trzeźwości" oraz zawierać formułę: „Zrealizowano w ramach Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii województwa mazowieckiego".

VIII. Monitorowanie programu

Zarząd Województwa Mazowieckiego, zgodnie z ustawą, jest zobowiązany do sporządzania raportu z wykonania w danym roku Programu i efektów jego realizacji, który przekłada sejmikowi województwa w terminie do 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.
Do przygotowania raportu posłużą dane pozyskane w ramach monitorowania Programu, przeprowadzanego w I kwartale każdego roku przez Centrum. Zatem monitorowanie Programu będzie się odbywało corocznie m.in. w oparciu o analizę wskaźników, określających poziom realizacji danego działania. Już w niniejszym Programie określono wartości bazowe wskaźników (wg stanu na 2024 r.) i wartości docelowe wskaźników (do osiągnięcia do roku 2030), dzięki którym będzie można określić, czy zakładane działania były realizowane tak, by założone cele zostały osiągnięte. Coroczne monitorowanie Programu posłuży również do przygotowania założeń dla Wojewódzkiego Programu na kolejne lata. Natomiast pełna diagnoza stanu problemów uzależnień w województwie mazowieckim będzie zrealizowana w 2029 r. lub na początku 2030 r.

IX. Załącznik nr 1 – Ewaluacja Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2025

Niniejsza część stanowi ocenę realizacji działań Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2025 w oparciu przede wszystkim o analizę osiągnięcia wskaźników Wojewódzkiego Programu. Dla każdego wskaźnika określone zostały wartości bazowe oraz wartości docelowe. W sumie w Wojewódzkim Programie zawarto 20 wskaźników dla 16 działań.

Celem głównym Wojewódzkiego Programu było: Ograniczenie szkód związanych z problemami uzależnień w województwie mazowieckim. Podejmowane działania były realizowane w 4 obszarach: Obszar 1 – Szkolenie kadr; Obszar 2 – Profilaktyka i edukacja; Obszar 3 – Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa; Obszar 4 – Diagnoza, monitorowanie problemów uzależnień oraz współpraca międzynarodowa. Dla każdego obszaru określone zostały cele szczegółowe. Warto podkreślić, że w analizie uwzględniono dostępne dane bez roku 2025, czyli ujęto za lata 2022-2024 (tabela nr 1). W efekcie wartości większości wskaźników, jak nie wszystkich, wzrosną po uwzględnieniu informacji z 2025, która złożona zostanie na Sejmik Województwa Mazowieckiego w 2026 r. Na realizację Wojewódzkiego Programu miała wpływ epidemia COVID-19, jak również wojna na Ukrainie. W efekcie realizacja niektórych działań była utrudniona z uwagi na zmniejszenie środków finansowych na zadania bezpośrednio związane z realizacją Wojewódzkiego Programu.

Obszar 1: Szkolenie kadr

Cel szczegółowy obszaru 1:
Zwiększenie kompetencji osób pracujących w systemie przeciwdziałania uzależnieniom oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym. Uzyskano następujące wartości wskaźników w latach 2022–2024:

1. Liczba konferencji finansowanych/współfinansowanych przez SWM z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy oraz profilaktyki w społecznościach lokalnych: osiągnięto 8 (zakładano ≥9).
2. Liczba szkoleń finansowanych/współfinansowanych przez SWM z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy, dotyczących tematyki FAS/FASD oraz profilaktyki uzależnień w społecznościach lokalnych: osiągnięto 82 (zakładano ≥100).
3. Liczba osób biorących udział w szkoleniach i konferencjach finansowanych/współfinansowanych przez SWM z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy, a także dotyczących tematyki FAS/FASD oraz profilaktyki uzależnień w społecznościach lokalnych: osiągnięto 5385 (zakładano ≥5 000).

Obszar 2: Profilaktyka i edukacja

Cel szczegółowy obszaru 2:
Ograniczenie rozpowszechnienia zjawisk: używania substancji psychoaktywnych, przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym oraz uzależnień behawioralnych. Uzyskano następujące wartości wskaźników w latach 2022–2024:

1. Liczba programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej finansowanych/współfinansowanych przez SWM: osiągnięto 373 (zakładano ≥450).
2. Liczba działań edukacyjnych, w tym materiałów profilaktyczno-edukacyjnych, finansowanych/współfinansowanych przez SWM, dotyczących uzależnień, przemocy w rodzinie oraz zespołu FASD: osiągnięto 121 (zakładano ≥50).
3. Liczba kampanii edukacyjnych na temat uzależnień, finansowanych/współfinansowanych przez SWM edukacyjne: osiągnięto 13 (zakładano ≥7).

Obszar 3: Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa

Cel szczegółowy obszaru 3:
Poprawa jakości udzielanej pomocy, w tym terapii dla osób pijących szkodliwie, uzależnionych od alkoholu i narkotyków oraz dla osób z ich najbliższego otoczenia, w tym współuzależnionych. Uzyskano następujące wartości wskaźników w latach 2022–2024:

1. Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez SWM na prowadzenie WOTUW: osiągnięto kwotę 849 815 zł (zakładano 800 000 zł).
2. Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem: osiągnięto 28 (zakładano ≥15).
3. Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez SWM na podnoszenie jakości udzielanych świadczeń w podmiotach leczniczych: osiągnięto 10 098 800 zł (zakładano 8 mln).
4. Liczba osób korzystających ze wsparcia osób: osiągnięto 281 (zakładano ≥280).
5. Liczba zadań z zakresu kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych, dla których województwo mazowieckie jest podmiotem tworzącym lub w których posiada udziały, udzielających świadczeń w zakresie leczenia uzależnień: osiągnięto 18 (zakładano ≥ 11).
6. Liczba osób biorących udział w zadaniach z zakresu kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych, dla których województwo mazowieckie jest podmiotem tworzącym lub w których posiada udziały, udzielających świadczeń w zakresie leczenia uzależnień: osiągnięto 185 uczestników (zakładano ≥99).
7. Liczba wspieranych przez SWM CIS i KIS: 11 (zakładano ≥6).
8. Liczba działań zmierzających do aktywizacji zawodowej, edukacyjnej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu finansowanych/współfinansowanych przez SWM: osiągnięto 2 (zakładano ≥1).
9. Liczba działających organizacji abstynenckich w województwie mazowieckim wspieranych przez SWM: stabilne wsparcie (38).

Obszar 4: Diagnoza, monitorowanie problemów uzależnień oraz współpraca międzynarodowa

Cel szczegółowy obszaru 4:
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat skali używania substancji psychoaktywnych i związanych z nimi problemów oraz uzależnień behawioralnych. Uzyskano następujące wartości wskaźników w latach 2022–2024:

1. Liczba zrealizowanych badań w dotyczących tematyki uzależnień finansowanych/współfinansowanych przez SWM: 1 (zakładano ≥2).
2. Liczba działań dotyczących monitorowania trendów w zakresie uzależnień oraz związanych z tym problemów finansowanych/współfinansowanych przez SWM: 2 (zakładano ≥2).

3. Liczba działań wspierających samorządy lokalne w prowadzeniu diagnoz i monitorowania problemów uzależnień, finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego: 2 (zakładano ≥2).
4. Liczba podjętych działań w ramach sieci ekspertów wojewódzkich do spraw informacji o narkotykach i narkomanii: 4 (zakładano ≥3).
5. Liczba spotkań i konferencji międzynarodowych dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom organizowanych lub współorganizowanych przez Centrum: 3 (zakładano ≥3).

Tabela 1. Podsumowanie realizacji Wojewódzkiego Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2025 w latach 2022–2024.

Nazwa wskaźnika efektywności działania	Wartość bazowa wskaźnika (rok 2021)	Wartość wskaźnika (rok 2022)	Wartość wskaźnika (rok 2023)	Wartość wskaźnika (rok 2024)	Zakładana wartość docelowa wskaźnika (rok 2025)	Podsumowanie
Obszar 1: Szkolenie kadr						
Cel: Zwiększenie kompetencji osób pracujących w systemie przeciwdziałania uzależnieniom oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym.						
Liczba konferencji finansowanych/ współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy oraz profilaktyki w społecznościach lokalnych.	4	3	3	2	nie mniej niż 9	Wartość wskaźnika nie została osiągnięta do 2024 r., ale zostanie osiągnięta uwzględniając dane za 2025 r. Wartość wskaźnika za lata 2022-2024 wyniosła: 8
Liczba szkoleń finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy, dotyczących tematyki FAS/FASD oraz profilaktyki uzależnień w społecznościach lokalnych	60	23	25	34	nie mniej niż 100	Wartość wskaźnika nie została osiągnięta do 2024 r., ale zostanie osiągnięta uwzględniając dane za 2025 r. Wartość wskaźnika za lata 2022-2024 wyniosła: 82.
Liczba osób biorących udział w szkoleniach i konferencjach finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, przemocy, a także dotyczących tematyki FAS/FASD oraz profilaktyki uzależnień w społecznościach lokalnych.	2 175	1 917	2 456	1 012	nie mniej niż 5 000	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika za lata 2022-2024 wyniosła: 5385.

Nazwa wskaźnika efektywności działania	Wartość bazowa wskaźnika (rok 2021)	Wartość wskaźnika (rok 2022)	Wartość wskaźnika (rok 2023)	Wartość wskaźnika (rok 2024)	Zakładana wartość docelowa wskaźnika (rok 2025)	Podsumowanie
Obszar 2: Profilaktyka i edukacja						
Cel: Ograniczenie rozpowszechnienia zjawisk: używania substancji psychoaktywnych, przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym oraz uzależnień behawioralnych.						
Liczba programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.	121	144	115	114	nie mniej niż 450	Wartość wskaźnika nie została osiągnięta do 2024 r., ale zostanie osiągnięta uwzględniając dane za 2025 r. Wartość wskaźnika za lata 2022-2024 wyniosła: 373.
Liczba działań edukacyjnych, w tym materiałów profilaktyczno-edukacyjnych, finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego, dotyczących uzależnień, przemocy w rodzinie oraz zespołu FASD.	20	39	35	47	nie mniej niż 50	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika za lata 2022-2024 wyniosła: 121
Liczba kampanii edukacyjnych na temat uzależnień, finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.	3	7	2	4	nie mniej niż 7	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika za lata 2022-2024 wyniosła: 13 kampanii.
Obszar 3: Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa						
Cel: Poprawa jakości udzielanej pomocy, w tym terapii dla osób pijących szkodliwie, uzależnionych od alkoholu i narkotyków oraz dla osób z ich najbliższego otoczenia, w tym współuzależnionych.						
Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego na prowadzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia.	197 264,00 zł	263 525,80 zł	311 502,40 zł	274 787,25 zł	700 000 zł	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wysokość środków finansowych wniosła 849 815, 45 zł
Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem.	7	7	11	10	nie mniej niż 15	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 28

Nazwa wskaźnika efektywności działania	Wartość bazowa wskaźnika (rok 2021)	Wartość wskaźnika (rok 2022)	Wartość wskaźnika (rok 2023)	Wartość wskaźnika (rok 2024)	Zakładana wartość docelowa wskaźnika (rok 2025)	Podsumowanie
Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego na podnoszenie jakości udzielanych świadczeń w podmiotach leczniczych.	2 087 066,41 zł	4 740 195,94 zł	3 386 443,07 zł	1 972 161,39 zł	8 000 000 zł	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wysokość środków finansowych wniosła 10 098 800,40 zł
Liczba osób korzystających ze wsparcia.	42	106	132	43	nie mniej niż 280	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 281
Liczba zadań z zakresu kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych, dla których województwo mazowieckie jest podmiotem tworzącym lub w których posiada udziały, udzielających świadczeń w zakresie leczenia uzależnień.	0	11	1	6	nie mniej niż 11	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 18
Liczba osób biorących udział w zadaniach z zakresu kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych, dla których województwo mazowieckie jest podmiotem tworzącym lub w których posiada udziały, udzielających świadczeń w zakresie leczenia uzależnień.	0	99	3	83	nie mniej niż 99	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 185
Liczba wspieranych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego CIS i KIS.	2	3	4	4	nie mniej niż 6	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 11
Liczba działań zmierzających do aktywizacji zawodowej, edukacyjnej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.	1	1	1	0	nie mniej niż 1	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 2
Liczba działających organizacji abstynenckich na Mazowszu wspieranych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.	37	38	38	38	Aktualna liczba stowarzyszeń	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 38

Nazwa wskaźnika efektywności działania	Wartość bazowa wskaźnika (rok 2021)	Wartość wskaźnika (rok 2022)	Wartość wskaźnika (rok 2023)	Wartość wskaźnika (rok 2024)	Zakładana wartość docelowa wskaźnika (rok 2025)	Podsumowanie
Obszar 4: Diagnoza, monitorowanie problemów uzależnień oraz współpraca międzynarodowa						
Cel: Zwiększenie poziomu wiedzy na temat skali używania substancji psychoaktywnych i związanych z nimi problemów oraz uzależnień behawioralnych.						
Liczba zrealizowanych badań dotyczących tematyki uzależnień-finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.	1	0	0	1	nie mniej niż 2	Wartość wskaźnika nie została osiągnięta do 2024 r., ale zostanie osiągnięta uwzględniając dane za 2025 r. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 1
Liczba działań dotyczących monitorowania trendów w zakresie uzależnień oraz związanych z tym problemów finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.	1	1	1	0	nie mniej niż 1	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika w latach 2022-2024 wyniosła: 2
Liczba działań wspierających samorządy lokalne w prowadzeniu diagnoz i monitorowania problemów uzależnień, finansowanych/współfinansowanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.	1	1	1	0	nie mniej niż 2	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika za lata 2022-2024 wyniosła: 2.
Liczba podjętych działań w ramach sieci ekspertów wojewódzkich do spraw informacji o narkotykach i narkomanii	1	1	1	2	nie mniej niż 3	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika za lata 2022-2024 wyniosła: 4
Liczba spotkań i konferencji międzynarodowych dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom organizowanych lub współorganizowanych przez Centrum.	1	1	1	0	nie mniej niż 2	Wartość wskaźnika została osiągnięta. Wartość wskaźnika wyniosła: 2

Wnioski:

Analiza danych zawartych w tabeli 1 wraz z przeprowadzoną diagnozą pozwala na przedstawienie wniosków, które mogą być pomocne w dalszych działaniach.

W obszarze 1 dla którego wyznaczono cel: Zwiększenie kompetencji osób pracujących w systemie przeciwdziałania uzależnieniom oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym osiągnięto bardzo dobry wynik dotyczący liczby osób biorących udział w szkoleniach i konferencjach finansowanych lub współfinansowanych przez SWM. W ciągu trzech lat realizacji Wojewódzkiego Programu w tych wydarzeniach wzięło udział blisko 5 400 osób, a po uwzględnieniu danych za rok 2025 liczba osiągnie zapewne ponad 6 000 osób. W ciągu trzech lat odbyło się ponad 80 szkoleń. Oznacza to, że osoby zajmujące się problematyką uzależnień oraz FASD w województwie mazowieckim miały dostęp do bardzo szerokiej, bezpłatnej oferty szkoleń z zakresu uzależnień np. dotyczących dialogu motywującego, edukatora profilaktyki uzależnień, świetlic socjoterapeutycznych, przemocy domowej związanej z uzależnieniami czy w komunikacji w rodzinie. Ponadto realizowane były europejskie szkolenia dotyczący profilaktyki pt. „Europejski Program Profilaktyki EUPC" rekomendowane przez Agencję Komisji Europejskiej ds. Narkotyków.

W obszarze 2 dla którego wyznaczono cel: Ograniczenie rozpowszechnienia zjawisk: używania substancji psychoaktywnych, przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym oraz uzależnień behawioralnych. W tym obszarze osiągnięto dobre wyniki w zakresie prowadzonych działań edukacyjnych. Były to zarówno kampanie edukacyjne na temat uzależnień, jak również w latach 2022–2024 we współpracy z NGO zrealizowano 373 programy profilaktyczne z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej, w tym coraz więcej programów rekomendowanych. Po uwzględnieniu roku 2025 zakładany wskaźnik 450 programów profilaktycznych zapewne zostanie przekroczony. Warto podkreślić wzrost liczby gmin wdrażających programy rekomendowane w województwie mazowieckim. Natomiast wyniki badania ESPAD 2024 dotyczące województwa mazowieckiego pokazały pozytywne zmiany dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Nastąpił spadek rozpowszechnienia używania przetworów konopi indyjskich wśród młodzieży szkolnej a wskaźniki spożywania napojów alkoholowych uległy stabilizacji choć nadal są dość wysokie, jak np. w przypadku upijania się młodych osób.

Analizując realizację działań w obszarze 3 warto podkreślić, że były one wdrażane najbardziej skutecznie – wartości działań wszystkich wskaźników zostały osiągnięte lub przekroczone. Ważną rolę w realizacji Wojewódzkiego Programu w tym obszarze było systematyczne wsparcie WOTUW, jak też organizacji abstynenckich oraz CIS i KIS.

Zadania dotyczące obszaru 4 były realizowane w mniejszym stopniu. Były to jednak ważne i znaczące działania, jak na przykład realizacja badań wśród młodzieży ESPAD 2024 oraz aktywne uczestnictwo w sieci ekspertów ds. informacji o narkotykach i narkomanii oraz pełnomocników do spraw rozwiązywania problemów alkoholowych. Centrum wspólnie z KCPU w 2024 r. zorganizowało spotkanie dla ww. ekspertów i pełnomocników województw, a w 2025 r. podejmowana była współpraca w ramach sieci ekspertów wojewódzkich, w której czynny udział wzięło udział województwo mazowieckie prezentując działania Centrum na spotkaniu ekspertów wojewódzkich zarówno w Gdańsku i w Warszawie. W 2025 r. analizowano wyniki badania ESPAD realizowanego wśród młodzieży szkolnej, co pozwoliło na monitorowanie trendów w zakresie uzależnień. Warto zwrócić uwagę, że po uwzględnieniu roku 2025 wszystkie wskaźniki w tym obszarze zostaną osiągnięte.

Rekomendacje:

W przypadku obszaru 1 warto rozważyć w Programie kontynuację na szeroką skalę działań mających na celu podniesienie kompetencji osób zajmujących się przeciwdziałaniem uzależnieniom. Zwiększenie liczby organizowanych konferencji i szkoleń może nastąpić poprzez szerszą współpracę z NGO i JST oraz poprzez wykorzystanie także szkoleń online oraz webinariów. Jak pokazują sprawozdania z realizacji poszczególnych szkoleń istnieje duża potrzeba rozszerzenia ich tematyki o nowe zagadnienia lub pogłębienie już zdobytej wiedzy i umiejętności, np. z zakresu dialogu motywującego lub przeciwdziałania przemocy domowej i interwencji kryzysowej w rodzinie, gdzie istnieje problem uzależnień.

Obszar 2 stanowił jeden z kluczowych obszarów Wojewódzkiego Programu. Warto zastanowić się nad opracowaniem mechanizmów zachęcających JST i NGO do wdrażania większej liczby programów profilaktycznych, ze szczególnym naciskiem na realizację programów rekomendowanych. W tym celu mogą służyć działania edukacyjne kierowane do JST oraz NGO. Ponadto pandemia COVID-19 pokazała, że ważnym elementem prowadzanych działań jest Internet. Programy profilaktyczne i edukacyjne realizowane online mogą stanowić uzupełnienie istniejącej oferty. Ponadto większa integracja obszarów Wojewódzkiego Programu może pomóc w bardziej efektywnym wykorzystywaniu środków, np. łączenie działań edukacyjnych z monitoringiem i diagnozą w celu lepszego dostosowania programów do realnych potrzeb.

W Programie warto rozważyć utrzymanie wysokiej efektywności obszaru 3 poprzez kontynuację obecnego poziomu wsparcia, szczególnie dla CIS i KIS, organizacji abstynenckich oraz WOTUW.

Analizując dane za 2022-2024 warto rozważyć wzmocnienie działań podejmowanych w ramach obszaru 4. Może to być zwiększenie zakresu badań dotyczących problemu uzależnień, które pozwolą na zaplanowanie działań w ramach Programu, np. dotyczące całej populacji dorosłych mieszkańców województwa mazowieckiego. Ważnym będzie także aktywny udział w sieci ekspertów wojewódzkich oraz w międzynarodowych projektach i konferencjach. Centrum ma doświadczenie w takich projektach, ponieważ m.in. jego pracownicy brali udział w tworzeniu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień w ramach projektu współfinansowanego ze środków Komisji Europejskiej.

X. Załącznik nr 2 – Diagnoza problemów uzależnień w województwie mazowieckim

1. Skala problemów alkoholowych w województwie mazowieckim

1.1. Problemy wynikające z używania i nadużywania alkoholu

Województwo mazowieckie – z metropolią warszawską – jest regionem o szczególnej ekspozycji na szkody związane z alkoholem. Codzienność dużego miasta sprzyja łatwej dostępności napojów alkoholowych, a tempo życia, presja zawodowa i mobilność mieszkańców wzmacniają wzorce intensywnego spożywania, zwłaszcza epizodycznego. Charakterystyka demograficzna województwa mazowieckiego oznacza też zróżnicowane potrzeby: od problemów młodych dorosłych, przez obciążenia rodzin wychowujących dzieci, po wyzwania starzejącej się populacji i osób w kryzysie bezdomności.

Skutki zdrowotne związane z nadużywaniem alkoholu widoczne są na kilku poziomach. W opiece ambulatoryjnej i szpitalnej wzrasta liczba pacjentów z rozpoznaniami z grupy F10 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu), rośnie zapotrzebowanie na wsparcie psychiatryczne i psychoterapeutyczne, a w oddziałach ratunkowych regularnie pojawiają się przypadki ostrych zatruć. W tle pozostają choroby przewlekłe – zwłaszcza wątroby i układu krążenia – które znacząco zwiększają liczbę hospitalizacji i zgonów przypisywanych używaniu alkoholu. W praktyce systemowej oznacza to potrzebę szybszego kierowania pacjentów między poradnią leczenia uzależnień, lekarzem rodzinnym, i psychiatrią, tak aby leczenie było całościowe, a nie wybiórcze.

Szkody społeczne jakie powoduje nadużywanie alkoholu są równie wyraźne. Wypadki drogowe po spożyciu alkoholu generują stałe obciążenie dla policji i sądów, a także dla systemu ochrony zdrowia. W obszarze przemocy domowej alkohol pozostaje jednym z kluczowych czynników ryzyka – to on często „uruchamia" interwencje służb, procedury ochronne i pracę zespołów interdyscyplinarnych w gminach. Dla szkół i placówek oświatowych wyzwaniem jest wsparcie dzieci i młodzieży wychowującej się w rodzinach, w których nadużywanie alkoholu osłabia bezpieczeństwo emocjonalne, stabilność i warunki do nauki.

W województwie mazowieckim funkcjonuje rozbudowana sieć publicznych poradni leczenia uzależnień, dostępnych bez skierowania. To ważny atut regionu, ale w praktyce pacjenci i ich bliscy potrzebują nie tylko terapii uzależnienia, lecz również wsparcia rodzinnego, interwencji kryzysowej, konsultacji psychiatrycznych i – co istotne – opieki postrehabilitacyjnej, która pomaga utrzymać efekt leczenia. W metropolii widoczna jest też potrzeba usług „niskoprogowych": punktów, do których można wejść bez wcześniejszej rejestracji, uzyskać krótką interwencję, wsparcie motywacyjne i szybkie przekierowanie do bardziej specjalistycznej pomocy. Poza Warszawą wyzwaniem bywa dostępność takich miejsc w rozsądnej odległości oraz transport do placówek.

Z perspektywy zarządczej najważniejsza jest lepsza koordynacja informacji i działań. Dane o wypadkach, interwencjach związanych z przemocą, hospitalizacjach z rozpoznań F10 czy zgłoszeniach do poradni istnieją, ale często są rozproszone między resortami i poziomami administracji. Uporządkowana, kwartalna „deska rozdzielcza" dla województwa – prosta tablica trendów łącząca podstawowe wskaźniki zdrowotne, społeczne i bezpieczeństwa – ułatwiłaby szybkie

reagowanie tam, gdzie szkody rosną najszybciej. Taki monitoring powinien iść w parze z lokalnym planowaniem: jeśli w danej gminie lub powiecie wzrasta liczba zdarzeń drogowych, które wiążą się z prowadzeniem pojazdu w stanie po użyciu alkoholu odpowiedzią powinny być nie tylko kontrole trzeźwości, ale i krótkie interwencje, kierowania do poradni oraz kampanie edukacyjne skierowane do konkretnych grup ryzyka.

W ujęciu profilaktycznym kluczowe są działania osadzone w miejscach, gdzie ludzie faktycznie spędzają czas: szkoły, uczelnie, zakłady pracy, miejsca rozrywki, sport i kultura. Krótki, powtarzalny przekaz (o szkodach spowodowanych przez substancje psychoaktywne, o ryzyku intensywnego spożywania, dostępnych formach pomocy, konsekwencjach prawnych prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu) bywa skuteczniejszy niż rozbudowane jednorazowe kampanie. Równolegle warto rozwijać wsparcie dla rodzin – grupy edukacyjne dla bliskich, poradnictwo dla rodziców, współpracę poradni z zespołami interdyscyplinarnymi.

Alkohol jest najbardziej popularną substancją psychoaktywną zarówno wśród dorosłych, jak i młodych ludzi. Z badań epidemiologicznych[13] wynika, że w Polsce większość konsumentów alkoholu spożywa go na poziomie niskiego ryzyka szkód, jednak blisko 12% dorosłych Polaków nadużywa alkoholu, tzn. pije go w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne. Do grupy tej zalicza się osoby nieuzależnione, określane jako pijące szkodliwie. Ekstrapolacja wyników badań epidemiologicznych na populację ludności Polski w wieku 18–64 lata daje liczbę ponad 3 mln osób, u których można rozpoznać zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania wynikające ze spożywania alkoholu. W grupie tej ponad 600 tysięcy to osoby uzależnione od alkoholu. Problemy alkoholowe dotykają zdecydowanie częściej mężczyzn (20,4%), niż kobiety (3,5%). Wśród dorosłych respondentów w wieku 18–64 lat odsetek osób pijących w sposób problemowy oszacowano na 18,6% (co odpowiada 4,3 mln osób w Polsce, ok. 10 tys. w województwie mazowieckim). Problemy te dotyczą 26,4% mężczyzn oraz 11,1% kobiet. Biorąc pod uwagę kategorie wiekowe najwięcej osób przyznających się do szkodliwego spożywania alkoholu było wśród osób w wieku 18–34 lat (22,5%), najmniej w grupie osób w wieku 50–64 lat – 14,7%. W grupie osób 35–49 lat 18,1% osób deklarowało przynajmniej jedno problemowe zachowanie. Dwóch lub więcej symptomów problemowego spożywania doświadczyło w ciągu ostatniego roku 9,1% badanych (czyli ok. 2 mln osób w Polsce, a 5,1 tys. w województwie mazowieckim), 13,6% mężczyzn oraz 4,6% kobiet, po 9,7 osób w grupach wiekowych 18–34 i 35–49 lat, natomiast 7,7% w grupie osób najstarszych. Spożywanie alkoholu w sposób ryzykowny lub szkodliwy, powodujący występowanie szkód zdrowotnych, psychologicznych, czy społecznych można definiować jako przekraczanie przy jednej okazji 40 g alkoholu w przypadku kobiet i 60 g w przypadku mężczyzn. Przynajmniej raz w miesiącu do takiego szkodliwego sposobu spożywania alkoholu przyznało się ogółem 20,5% respondentów – 28,3% mężczyzn i 12,7% kobiet. W kategoriach wiekowych najwyższy odsetek odnotowano w grupie osób 35–49 lat – 22,8%, następnie w najmłodszej grupie 18–34 lata – 22,1%, a najmniejszy odsetek w grupie najstarszej 50–64 lata – 16,2%. Odniesienie wyników badania EZOP do liczby mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku 18–64 lat[14], pozwala oszacować liczebność grupy osób nadużywających alkoholu w 2018 r. na nieco ponad 413 tys. Osób, w tym osób uzależnionych od alkoholu na ok. 82,6 tys. Kobiety stanowiły ok. 15% grupy nadmiernie pijących mieszkańców województwa mazowieckiego i 8,6% grupy osób uzależnionych, co daje liczbę 61,95 tys. kobiet

[13] Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska, Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2018.

[14] Dane Rocznika statystycznego województwa mazowieckiego 2018, GUS, data publikacji 31.12.2018.

nadużywających alkoholu, w tym 7,1 tys. kobiet uzależnionych od alkoholu. Badanie EZOP pokazało również jak duża jest grupa abstynentów w województwie mazowieckim. W ogóle nie spożywało[15] 17,6% osób w wieku 18–64 lat. Postawy abstynenckie były częstsze wśród kobiet (25,5%), niż wśród mężczyzn (10,9%). Dane te pozwalają stwierdzić, że wśród abstynentów w województwie mazowieckim było 455,5 tys. kobiet i 184,7 tys. mężczyzn w wieku 18–64 lata. Badania EZOP dostarczają też informacji na temat częstości spożywania alkoholu przez osoby w wieku 18-64 lat, co pozwala oszacować ilu mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku produkcyjnym spożywało alkohol co najmniej raz w tygodniu. Z zestawienia wynika, że co czwarty mieszkaniec województwa mazowieckiego w wieku produkcyjnym (832,5 tys.) spożywał alkohol co najmniej raz w tygodniu. W grupie tej było 187 tys. kobiet i 645,6 tys. mężczyzn.

Nadużywanie alkoholu wiąże się często ze stosowaniem przemocy domowej ponieważ alkohol jest substancją, która wpływa na organizm człowieka hamując działanie kory przedczołowej, która jest odpowiedzialna za kontrolę impulsów, podejmowanie decyzji i kontrolę emocji. Z tego względu osoba nadużywająca alkoholu często ma kłopot w kontroli złości i swoje duże napięcie rozładowuje stosując przemoc wobec innych osób. Potwierdzają to badania. W 2024 r. odnotowano bardzo znaczący wzrost liczby wszczętych procedur „Niebieskie Karty" w województwie mazowieckim[16]. W 2023 r. było ich 1 720, natomiast w 2024 r. już 8 356. Najczęściej zgłaszanym rodzajem przemocy w 2024 r. była przemoc psychiczna (8 807 rodzin), następnie przemoc fizyczna (6 432 przypadki), a najrzadziej przemoc seksualna (238 przypadków). Jednocześnie liczba osób faktycznie objętych procedurą zmniejszyła się – z ponad 21 tys. w 2023 r. do niespełna 12,5 tys. w 2024 r. Może to wskazywać na skuteczniejsze działania profilaktyczne i ograniczanie liczby osób doznających przemocy domowej, choć brak pełnych danych utrudnia jednoznaczną ocenę. Wysoka liczba przypadków w 2023 r. może też być wynikiem pandemii COVID-19, a w efekcie zamknięciem czasowym osób, które równocześnie znalazły się stresującej sytuacji z powodu pandemii. Na terenach poza Warszawą zauważono wzrost użycia środków ochronnych wobec osób stosujących przemoc domową. Liczba nakazów natychmiastowego opuszczenia mieszkania i zakazów zbliżania się wzrosła z 798 w 2023 r. do 1 319 w 2024 r. (ok. 65% więcej). Także liczba interwencji domowych zwiększyła się o 61% – z 2 969 do 4 785. Co ciekawe, liczba osób podejrzewanych o stosowanie przemocy nieznacznie spadła (z 4 993 do 4 850), natomiast liczba osób potencjalnie dotkniętych przemocą wzrosła (z 6 210 do 6 484).

W latach 2021–2023 wyraźnie wzrosła liczba osób objętych działaniami w ramach procedury „Niebieskie Karty". W 2021 r. było to 17 741 osób, w 2022 r. nastąpił spadek do 12 215, natomiast w 2023 r. liczba wzrosła gwałtownie do 21 135, ale już w 2024 r. zmalała do 12 456. Najliczniejszą grupą osób doznających przemocy domowej są kobiety (ponad 12 tys. w 2023 r.), następnie dzieci (ponad 6,3 tys.). Wśród dzieci liczby dziewczynek (3 157) i chłopców (3 147) były niemal identyczne. Zauważono także niepokojący wzrost liczby dzieci z niepełnosprawnościami objętych procedurą – z 65 w 2022 r. do 167 w 2023 r. Wskazuje to na konieczność rozwijania wyspecjalizowanych form wsparcia. Najczęstszą przyczyną zakończenia procedury było ustanie przemocy domowej – w 2023 r. dotyczyło to 6 016 przypadków (wzrost w stosunku do poprzednich lat). Z kolei w ponad 3,4 tys. przypadkach uznano brak zasadności dalszych działań. Szczególną uwagę zwraca liczba osób monitorowanych po opuszczeniu specjalistycznych ośrodków wsparcia. W 2021 r.

[15] W badaniu EZOP definiowano abstynencję, jako niespożywanie alkoholu w okresie co najmniej 12 miesięcy przed badaniem.
[16] Dane z raportu „Monitoring Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Przemocy Domowej raport za 2024 r.", który jest dostępny na stronie www.mcps.com.pl.

było ich 869, w 2022 r. tylko 255, a w 2023 r. już zaledwie 124. Największą grupę stanowiły kobiety (spadek z 343 do 63 w ciągu trzech lat), a w 2023 r. nie odnotowano żadnych monitorowanych mężczyzn. Liczba dzieci poddanych monitoringowi również zmalała (z 118 w 2022 r. do 61 w 2023 r.). Dane wskazują na wyraźny trend spadkowy, który może oznaczać zmniejszenie zapotrzebowania na takie działania lub ograniczenie dostępności tego typu wsparcia.

Badania pokazują istotny związek pomiędzy używaniem alkoholu a stosowaniem przemocy wobec najbliższych. W rodzinach i związkach, w których istnieje problem alkoholowy do przemocy dochodzi dwa razy częściej niż w rodzinach i związkach, w których takiego problemu nie ma.

W ramach swoich kompetencji Centrum zajmuje się organizowaniem szkoleń dla osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy domowej związanej z używaniem środków psychoaktywnych. W ten sposób Centrum odpowiada na potrzeby osób zajmujących się problemem uzależnień i przemocy domowej.

1.2. Stan lecznictwa odwykowego w województwie mazowieckim

W 2025 r. w stosunku do ostatniej analizy z roku 2018 polepszyła się dostępność do lecznictwa odwykowego w województwie mazowieckim, szczególnie do leczenia całodobowego jak wynika z tabeli nr 2. W tym przypadku liczba placówek zwiększyła się z 10 do 21. Jest to efektem rozszerzenia swojej oferty pomocowej przez placówki leczenia uzależnień od narkotyków takie jak miejsca pomocowe stowarzyszenia KARAN czy MONAR. Ponadto prawie dwukrotnie zwiększyła się liczba poradni, które leczą osoby uzależnione od alkoholu. W przypadku oddziałów dziennych oraz detoksów mamy zbliżone liczby placówek w 2018 r. i 2025 r.
Województwo mazowieckie znajduje się w szczególnej sytuacji, jeśli chodzi o liczbę osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, oznaczanego w klasyfikacji ICD-10 jako F10. Dane za lata 2023 – 2025 pokazują, że liczba pacjentów poddających się leczeniu w regionie rośnie – w 2023 r. wynosiła 26 610 osób, w 2024 r. wzrosła do 26 953, a tylko w pierwszych pięciu miesiącach 2025 r. było ich już 16 660 (tabela nr 3). Taki trend może wskazywać na dalszy wzrost liczby leczonych do końca roku, potencjalnie przekraczający 30 tysięcy pacjentów.

Choć w ujęciu bezwzględnym województwo mazowieckie znajduje się na pierwszym miejscu w Polsce pod względem liczby leczonych osób z rozpoznaniem F10, to w odniesieniu do liczby mieszkańców zajmuje pozycję umiarkowaną. Wskaźnik pacjentów przypadających na 100 000 mieszkańców wynosił 483 w 2023 r. i wzrósł nieznacznie do 489 w 2024 r. (tabela nr 4). To oznacza, że w porównaniu do innych regionów – na przykład województw świętokrzyskiego czy podlaskiego – mazowieckie nie znajduje się w czołówce, jeśli chodzi o odsetek mieszkańców podejmujących leczenie. W tych województwach wskaźnik ten przekracza 700 osób na 100 000 mieszkańców, co może wynikać z różnych czynników: większej skali problemu, mniejszej populacji, ale także lepszej dostępności do leczenia w skali lokalnej.

Leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych, jak też ich bliskich, wymaga kompleksowego podejścia polegającego na diagnozie problemu, udzielenia wsparcia psychicznego, a czasem materialnego, dobrego dostępu do opieki zdrowotnej, programów rehabilitacyjnych, co będzie sprzyjało integracji społecznej tych osób.

W przypadku województwa mazowieckiego można przypuszczać, że rosnąca liczba pacjentów jest efektem dobrze rozwiniętej sieci terapeutycznej i profesjonalnej kadry, a także świadomości społecznej, która w wielu grupach jest coraz wyższa. Zgłaszanie się na leczenie może być też

wynikiem skutecznych działań profilaktycznych i informacyjnych prowadzonych przez samorząd województwa i NGO. Istnieje jednak możliwość, że wciąż są powiaty, w których dostęp do leczenia jest ograniczony, a rzeczywista liczba osób potrzebujących pomocy jest wyższa niż pokazują oficjalne statystyki.

Warto zatem kontynuować dotychczasowe działania, rozwijać ofertę terapeutyczną w mniejszych miejscowościach oraz prowadzić diagnozy lokalnych potrzeb, które pozwolą trafniej rozplanować interwencje. Województwo mazowieckie, mimo że jest liderem w liczbach bezwzględnych, wciąż ma potencjał, by poprawić wskaźniki leczenia na tle innych województw, co byłoby nie tylko dowodem dobrej organizacji systemu, ale również pozytywnym sygnałem społecznym – że pomoc jest dostępna i skuteczna.

Tabela 2. Liczba placówek leczenia uzależnienia różnych typów w województwie mazowieckim w latach 2015–2018 (dane PARPA[17]) oraz dane z 2025 bazy pomocowej Poradni Uzależnień oraz NFZ

Rok	Poradnie	Oddziały dzienne	Oddziały całodobowe terapeutyczne	Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	Razem
2018	91	15	10	12	128
2025	134	14	21	11	180

Źródło: dane 2018: Baza danych PARPA dostępna na: www.parpa.pl (15.09.2025), dane 2025: https://poradniauzaleznienia.pl/baza-placowek/ (15.09.2025) liczba oddziałów detoksykacyjnych dane NFZ

Tabela 3. Liczba pacjentów uzależnionych od alkoholu (F10) leczonych w placówkach odwykowych w latach 2023–2025 (do maja) według województw oraz dla całego kraju

Województwo	2023	2024	2025 (styczeń – maj)
dolnośląskie	12 988	13 091	7 861
kujawsko-pomorskie	9 821	10 229	6 210
lubelskie	11 737	11 442	6 844
lubuskie	6 322	6 157	3 674
łódzkie	12 754	12 753	7 840
małopolskie	12 530	12 436	7 557
mazowieckie	26 610	26 953	16 660
opolskie	5 149	5 270	3 257
podkarpackie	11 996	12 256	7 833
podlaskie	8 151	8 076	4 799
pomorskie	12 118	12 314	7 531
śląskie	23 580	23 983	14 649

[17] Dane z listy adresowej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, prowadzonej przez PARPA we współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia.

Województwo	2023	2024	2025 (styczeń – maj)
świętokrzyskie	8 441	8 598	5 310
warmińsko-mazurskie	8 341	8 451	5 167
wielkopolskie	19 109	19 446	12 002
zachodniopomorskie	8 295	8 373	5 155
Polska	192 763	194 340	120 378

Źródło: dane z NFZ pozyskane przez KCPU

Tabela 4. Wskaźnik liczby pacjentów uzależnionych od alkoholu leczonych w placówkach odwykowych na 100 tys. populacji w podziale na województwa w latach 2023–2024 oraz w Polsce

województwo	2023	2024
dolnośląskie	451	456
kujawsko-pomorskie	492	515
lubelskie	584	573
lubuskie	648	635
łódzkie	540	544
małopolskie	365	363
mazowieckie	483	489
opolskie	550	566
podkarpackie	579	594
podlaskie	716	713
pomorskie	514	522
śląskie	546	559
świętokrzyskie	722	742
warmińsko-mazurskie	614	626
wielkopolskie	548	559
zachodniopomorskie	508	516
Polska	526	533

Źródło: dane z NFZ pozyskane przez KCPU

Ważną rolę w pomocy osobom uzależnionym pełni WOTUW działający w strukturach Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza. Został powołany decyzją władz województwa mazowieckiego w 2001 r., aby poprawić dostępność i jakość leczenia osób uzależnionych od alkoholu oraz ich rodzin.

Ośrodek pełni nie tylko funkcję leczniczą, ale także koordynacyjną na terenie całego województwa mazowieckiego. Prowadzi leczenie stacjonarne, dzienne oraz ambulatoryjne, a równocześnie wspiera rozwój terapii uzależnień w regionie. Organizuje szkolenia, superwizje i spotkania dla terapeutów,

gromadzi dane na temat lecznictwa odwykowego oraz udostępnia informacje o placówkach odwykowych działających w województwie. Dzięki temu jest ważnym punktem odniesienia zarówno dla pacjentów, jak i specjalistów zajmujących się terapią uzależnień. WOTUW kieruje swoją ofertę do dorosłych osób uzależnionych od alkoholu, jak też do rodzin i bliskich pacjentów, które często są osobami współuzależnionymi. Dla nich organizowane są spotkania edukacyjne i terapeutyczne, pomagające zrozumieć mechanizmy choroby alkoholowej oraz zjawiska współuzależnienia, jak też prowadzi się naukę różnych umiejętności psychologicznych oraz uczy się nowych i konstruktywnych sposobów radzenia sobie z problemami. WOTUW zatem odgrywa istotną rolę w systemie opieki nad osobami uzależnionymi i współuzależnionymi w województwie mazowieckim. Nie tylko leczy, ale też rozwija metody terapii, wspiera specjalistów i integruje działania różnych placówek. Dzięki temu tworzy spójny system pomocy, w którym osoba uzależniona oraz jej bliscy mogą znaleźć wsparcie na każdym etapie wychodzenia z choroby. SWM corocznie przekazuje dotację podmiotową dla WOTUW, między innymi na finansowanie i funkcjonowanie biura w zakresie działalności pozaleczniczej, finansowanie wynagrodzenia pracowników WOTUW w zakresie wykonywania przez nich działalności pozaleczniczej, przeprowadzenie badań w związku z monitorowaniem funkcjonowania placówek odwykowych w województwie mazowieckim, konsultacje programów diagnostycznych, superwizje zespołu terapeutycznego w placówce leczenia uzależnień, inicjowanie i realizacja działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnień, w tym między innymi na wykłady, szkolenia, prelekcje, konferencje i zajęcia warsztatowe. SWM przekazał środki finansowe na prowadzenie WOTUW: 263 525,80 zł w 2022 r., 311 502,40 zł w 2023 r., 274 787,25 zł w 2024 r.

1.3. Samorządy gminne

Na podstawie raportów i ankiet KCPU za lata 2022 i 2023 prezentujących podsumowanie ankiet KCPU G1 można wskazać konkretne efekty działań realizowanych w województwie mazowieckim w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. Pokazują one obraz intensywnej, szeroko zakrojonej i stabilnej aktywności gmin oraz instytucji lokalnych w obszarze rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. W 2022 r. wszystkie 314 gmin województwa mazowieckiego uchwaliły lokalne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, co zostało powtórzone również w 2023 r, z tą samą liczbą gmin. Oznacza to stuprocentowy poziom realizacji ustawowego obowiązku w tym zakresie, utrzymany przez dwa kolejne lata.

Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych funkcjonowały również we wszystkich 314 gminach. W 2022 r. GKRPA przeprowadziły w 2022 r. 7 300 rozmów z osobami uzależnionymi, a w 2023 – 7894. Widać więc wzrost liczby rozmów (o ponad 500). W 2022 r. komisje wystąpiły do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego dla 1619 osób, a w 2023 r.– 1 898, co oznacza wzrost liczby wniosków o ponad 250 przypadków. Świadczy to o rosnącym zaangażowaniu tych struktur.

W zakresie ograniczania dostępności alkoholu, w 2022 r. liczba zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych wynosiła 31 170, a w 2023 r. nieco spadła do 30 177. Może to świadczyć o bardziej kontrolowanej polityce sprzedaży, a także o działaniach mających na celu ograniczenie dostępności alkoholu w przestrzeni publicznej. Liczba wydanych w 2023 r. zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych wyniosła w 2022 r. – 3 651, a w 2023 r. – 3 467.

Wdrażanie programów rekomendowanych w województwie mazowieckim w latach 2022–2023 wyróżnia się na tle innych regionów Polski, choć nie zajmuje pod tym względem pozycji lidera. Z danych KCPU wynika, że województwo mazowieckie utrzymuje stabilny poziom realizacji programów rekomendowanych. W 2022 r. programy rekomendowane w obszarze profilaktyki uzależnień realizowano w 131 gminach województwa mazowieckiego, natomiast w 2023 r. liczba ta wyniosła 125 gmin, co stanowi 40% wszystkich gmin regionu (314 ogółem). Zatem mniej niż połowa gmin wdraża programy rekomendowane. Przyczyn takiego stanu rzeczy można upatrywać m.in. w zróżnicowaniu potencjału instytucjonalnego i kadrowego w gminach województwa mazowieckiego. Wiele z nich, szczególnie mniejszych i wiejskich, może nie dysponować wystarczającymi zasobami, aby zatrudnić przeszkolonych realizatorów lub zapewnić środki na wdrożenie programów zgodnych z wymogami rekomendacji. Warto podkreślić, że województwo mazowieckie ma najwyższy udział gmin wiejskich w ogólnej liczbie gmin. Z drugiej strony, w większych miastach regionu, takich jak Warszawa czy Płock, obserwuje się większe zainteresowanie tego rodzaju działaniami, co wpływa na stopniowe rozszerzanie ich zakresu. Warto podkreślić, że województwo mazowieckie od kilku lat prowadzi działania wspierające upowszechnianie programów rekomendowanych m.in. poprzez szkolenia dla gminnych koordynatorów, publikacje i konferencje edukacyjne, a także współfinansowanie zadań realizowanych przez NGO. Warto zaznaczyć, że również w ramach Wojewódzkiego Programu położono nacisk na preferencyjne traktowanie zadań opartych na programach rekomendowanych. Choć województwo mazowieckie ma jeszcze spory potencjał do zwiększenia liczby realizowanych programów o udowodnionej skuteczności, widać stopniowy, pozytywny trend. Już duża liczba gmin sięga po sprawdzone rozwiązania, co może przełożyć się w przyszłości na wyższy poziom efektywności działań profilaktycznych i większą spójność regionalnej polityki w tym obszarze. Podsumowując, działania prowadzone w województwie mazowieckim w latach 2022–2023 charakteryzowały się dużą skalą, ciągłością oraz dobrym umocowaniem w lokalnych strukturach. Utrzymanie pełnego zaangażowania gmin, rosnąca liczba osób kierowanych na leczenie oraz wysoka liczba inicjatyw profilaktycznych i kontrolnych mogą wskazywać na dobry kierunek działań na poziomie lokalnym, który jednak wymaga dalszych prac szczególnie w obszarze programów rekomendowanych. W ramach tych działań warto organizować konferencje, szkolenia oraz konkursy dotyczące programów rekomendowanych, jak również działania mające na celu wspierania profilaktyki opartej o dowody naukowe.

1.4. Samorząd województwa

Według danych z ankiet KCPU W1 województwo mazowieckie uzyskało aż 129 zezwoleń na obrót hurtowy napojami do 4,5% alkoholu oraz piwa w 2024 r., co stanowi najwyższy wynik w kraju (tabela nr 5). Dla porównania: małopolskie – 60, śląskie – 59, wielkopolskie – 52. Regiony takie jak lubuskie czy opolskie mają zaledwie 8–9 zezwoleń co wynika z tabeli nr 5. Dane te potwierdzają dominującą rolę województwa mazowieckiego na rynku hurtowej sprzedaży alkoholu niskoprocentowego. W przypadku liczby zezwoleń na obrót napojami 4,5–18% (z wyjątkiem piwa) w 2024 r. województwo mazowieckie uzyskało 176 zezwoleń – najwięcej w Polsce. Dla porównania: małopolskie – 57, śląskie – 49, wielkopolskie – 45. Najmniej lubuskie 5 zezwoleń. Pokazuje to koncentrację handlu hurtowego napojami o średniej zawartości alkoholu w regionie mazowieckim. Województwo mazowieckie osiągnęło dochody z zezwoleń na sprzedaż hurtową alkoholu do 18% (2024) na poziomie 24 652 060,00 zł jedno z najwyższych w Polsce. To 27% ogólnokrajowych wpływów z tej kategorii.

Dla porównania: wielkopolskie – 44 844 400,00 zł (najwięcej w Polsce), a śląskie – 5 933 900 zł. W 2023 r. województwo mazowieckie osiągnęło 11 672 094 zł. Całkowite dochody w kraju wyniosły 43 456 794 zł w 2023 r., a w 2022 r.: 73 147 433 zł.

Tabela 5. Liczba zezwoleń wydanych w roku 2024 r. na obrót hurtowy napojami do 18% zawartości alkoholu

Województwo	Zezwolenia do 4,5% i piwo	Zezwolenia 4,5–18% (bez piwa)	Dochody z zezwoleń (zł)
dolnośląskie	43	34	5 933 900,00
kujawsko-pomorskie	21	14	1 102 700,00
lubelskie	22	15	637 200,00
lubuskie	8	5	123 400,00
łódzkie	37	34	1703 400,00
małopolskie	60	57	1 267 500,00
mazowieckie	**129**	**176**	**24 652 060,00**
opolskie	9	7	115 200,00
podkarpackie	22	8	5 618 950,00
podlaskie	19	9	220 200,00
pomorskie	30	30	1 025 800,00
śląskie	59	49	5 933 900,00
świętokrzyskie	24	16	590 800,00
warmińsko-mazurskie	12	9	218 000,00
wielkopolskie	52	45	44 844 400,00
zachodniopomorskie	18	16	509 800,00

Źródło: sprawozdanie KCPU W1

SWM realizował w 2022–2025 r. działania wpisane w Wojewódzki Program. Ich głównym celem było ograniczanie szkód związanych z problemami uzależnień i rozwijanie systemu wsparcia dla osób uzależnionych oraz ich rodzin. SWM prowadził w latach 2022–2025 szeroko zakrojone działania w czterech obszarach. Pierwszym z nich było szkolenie kadr – SWM organizował lub zlecał organizację wielu specjalistycznych szkoleń i konferencji z zakresu profilaktyki uzależnień dla osób pracujących w systemie przeciwdziałania uzależnieniom, takich jak m.in.: psychologowie, pedagodzy, pracownicy pomocy społecznej, policjanci, kuratorzy czy terapeuci. Dzięki temu nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności specjalistów, którzy na co dzień wspierają osoby z problemem uzależnień i przemocą domową. Drugim obszarem, w którym realizowane są zadania w ramach Wojewódzkiego Programu, była profilaktyka i edukacja. SWM współpracował z NGO, szkołami, placówkami wychowawczymi i innymi instytucjami w realizacji programów profilaktycznych. Wspierał wiele programów

profilaktycznych z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej, w szczególności programy rekomendowane, w tym też wakacyjne wyjazdy dla dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym, prowadzi kampanie społeczne i edukacyjne, przygotowuje materiały profilaktyczno-edukacyjne. Kolejny obszar Wojewódzkiego Programu w ramach, którego realizowane były liczne działania, to redukcja szkód, rehabilitacja i reintegracja. SWM finansował działalność WOTUW, znacząco wspierał podmioty lecznicze oraz ruch abstynencki. Angażował się w projekty integracyjne, dofinansował centra i kluby integracji społecznej, co sprzyjało aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych. Dzięki wsparciu SWM możliwe jest prowadzenie terapii, zakup sprzętu i organizacja dodatkowych zajęć dla osób dotkniętych problemem uzależnień. Ostatni obszar działań SWM w ramach Wojewódzkiego Programu to diagnoza, monitorowanie i współpraca międzynarodowa. Centrum zleciło w 2024 r. badanie dotyczące używania alkoholu i narkotyków wśród młodzieży ESPAD, a także przygotowało raporty i publikacje wspierające samorządy gminne w prowadzeniu polityki profilaktycznej oraz aktywnie współpracowało m.in. z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, policją, uczelniami wyższymi. Pracownicy SWM uczestniczyli w ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach oraz wizytach studyjnych, wymieniając doświadczenia i poznając nowe rozwiązania w dziedzinie uzależnień.

Podsumowując działania na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom SWM w latach 2022–2025 były prowadzone kompleksowo – obejmowały zarówno podnoszenie kwalifikacji specjalistów, jak i profilaktykę uzależnień wśród dzieci, młodzieży i dorosłych, wsparcie instytucji leczniczych oraz ruchu abstynenckiego, a także prowadzenie badań i współpracę międzynarodową. W realizacji zadań SWM ściśle współpracował z samorządami gminnymi, NGO i podmiotami leczniczymi, co pozwalało tworzyć spójny system przeciwdziałania uzależnieniom w województwie mazowieckim.
W perspektywie całego czteroletniego cyklu można zauważyć, że działania programowe stawały się coraz bardziej zróżnicowane i coraz lepiej dopasowane do różnych grup odbiorców. Koszty poszczególnych obszarów ulegały fluktuacjom – w jednych latach dominowały nakłady na kampanie, w innych na działania medialne czy szkolenia – ale łącznie wskazują one na konsekwentne inwestowanie w profilaktykę. Najbardziej stabilnym elementem były programy profilaktyczne, które rokrocznie realizowano w podobnej liczbie, natomiast największe zmiany dotyczyły zasięgu innych działań, co pokazuje, że województwo potrafi elastycznie korzystać z różnych kanałów dotarcia, od spotkań stacjonarnych po kampanie medialne.

1.5. Rola NGO w rozwiązywaniu problemów alkoholowych w województwie mazowieckim

NGO odgrywają kluczową rolę w przeciwdziałaniu problemom alkoholowym w województwie mazowieckim, realizując zadania zarówno z zakresu profilaktyki, jak i wsparcia osób uzależnionych oraz ich rodzin. Współpraca SWM z NGO odbywa się głównie poprzez system dotacji celowych, które umożliwiają realizację lokalnych działań odpowiadających na potrzeby konkretnych społeczności.

W województwie mazowieckim prężnie działa ruch abstynencki – kilkadziesiąt stowarzyszeń i klubów abstynenta, w tym o wieloletnim doświadczeniu i regionalnym zasięgu. Podmioty te często dysponują własnymi lokalami, prowadzą regularne grupy wsparcia i są obecne również w małych gminach, gdzie dostęp do publicznych usług terapeutycznych jest ograniczony. Ich zaangażowanie i oddolna, środowiskowa praca czynią niezastąpiony zasób systemu przeciwdziałania uzależnieniom w województwie mazowieckim.

W 2025 r. w wyniku rozstrzygnięcia otwartego konkursu ofert podpisana została wieloletnia umowa z Mazowieckim Związkiem Stowarzyszeń Abstynenckich, dzięki której setki osób zyska wsparcie, a liderzy ruchów abstynenckich będą mieli okazję do zdobywania nowej wiedzy i wymiany doświadczeń.

1.6. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież [18]

W 2024 r. zostało przeprowadzone na zlecenie Centrum w ramach międzynarodowego projektu „European School Survey Project on Alcohol and Drugs" (ESPAD) kolejne audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów pierwszych klas (wiek: 15–16 lat) oraz trzecich klas (wiek: 17–18 lat) szkół ponadpodstawowych województwa mazowieckiego. Celem badania był przede wszystkim pomiar rozpowszechnienia i wzorów używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, oraz ocena czynników mających wpływ na popyt i podaż substancji psychoaktywnych. Wyniki tych badań pokazują, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Próby spożywania ma za sobą 80,6% uczniów klas pierwszych i 92,8% klas trzecich szkół średnich (tabele nr 6-7).

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiekolwiek napoje alkoholowe 68,9% piętnasto-szesnastolatków i 87,1% siedemnasto-osiemnastolatków. Warto zauważyć, że odsetek konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakikolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku uczniów starszych nie odbiegają od odsetek konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych. Wyniki z 2024 r. nie odróżniają się znacząco od uzyskanych w 2019 r. pod względem spożywania napojów alkoholowych kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy. Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjęto spożywanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Jakiekolwiek napoje alkoholowe w tym czasie piło 48,4% uczniów z grupy młodszej i 76,9% uczniów z grupy starszej. Warto zauważyć, że badanie było realizowane na jesieni – okres ostatnich 30 dni przypadał na czas, który nie obejmował świąt, karnawału, czy wakacji, które jak można przypuszczać szczególnie sprzyjają okazjom do spożywania alkoholu. W starszej kohorcie rozpowszechnienie częstego używania alkoholu nie uległo zmianie w porównaniu z 2019 r., natomiast w młodszej kohorcie – wzrosło.

Tabela 6. Picie napojów alkoholowych przez młodzież – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	78,4	80,6
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	66,4	68,9
W czasie 30 dni przed badaniem	42,4	48,4

Źródło: ESPAD 2024

[18] Na podstawie Sierosławski J., Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie mazowieckim w 2024 r. – badanie ESPAD, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2024.

Tabela 7. Picie napojów alkoholowych przez młodzież – starsza kohorta (17–18 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	93,2	92,8
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	89,7	87,1
W czasie 30 dni przed badaniem	76,7	76,9

Źródło: ESPAD 2024

W młodszej kohorcie rozpowszechnienie spożywanie alkoholu jest zróżnicowane ze względu na płeć, natomiast w starszej nie obserwujemy różnic. W młodszej kohorcie wartość wszystkich wskaźników u chłopców nie uległa zmianie, natomiast wzrosła u dziewcząt. W starszej kohorcie nie obserwujemy istotnych zmian ani u dziewcząt, ani u chłopców.

Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia młodego człowieka, jak również dla porządku publicznego jest spożywanie alkoholu w znacznych ilościach, a szczególnie prowadzących do przekroczenia progu nietrzeźwości. Kwestię nietrzeźwości badano także przy użyciu pytania, w którym nietrzeźwość została zdefiniowana bardziej precyzyjnie poprzez wskaźniki behawioralne (zataczanie się, bełkotanie, utrata pamięci). Takie sformułowanie pytania spowodowało, że podkreśla stany silnego upicia, tak zatem trzeba interpretować wyniki. Rozkłady odpowiedzi na to pytanie zawarto w tabelach nr 8-9. Ponad jedna trzecia uczniów z młodszej kohorty (38,0%) i prawie dwie trzecie badanych ze starszej kohorty (63,1%) ma za sobą doświadczenie silnego upicia się.

Tabela 8. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	29,9	38,0
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	23,9	30,9
W czasie 30 dni przed badaniem	9,7	16,4

Źródło: ESPAD 2024

Tabela 9. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo – starsza kohorta (17–18 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	60,1	63,1
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	44,2	50,0
W czasie 30 dni przed badaniem	17,6	24,4

Źródło: ESPAD 2024

Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczyło chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 30,9% piętnasto-szesnastolatków oraz 50,0% uczniów ze starszej grupy. W czasie ostatnich 30 dni w stanie silnego upicia się było 16,4% uczniów klas pierwszych i 24,4% klas trzecich.

Porównując odsetek potwierdzeń nietrzeźwości w 2024 r. oraz 2019 r. odnotować trzeba wyraźny wzrost wszystkich wskaźników, przy czym jest najsłabszy w przypadku upicia się chociaż raz w czasie całego życia w starszej kohorcie oraz najsilniejszy w przypadku upicia się chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni w młodszej grupie młodzieży. Wskaźniki silnego upijania się są zróżnicowane ze względu na płeć (tabele nr 10-13). W starszej kohorcie przybierają one wyższe wartości u chłopców niż u dziewcząt. Natomiast w młodszej kohorcie w okresie całego życia oraz ostatnich 12 miesięcy notuje się podobny odsetek upijających się wśród dziewcząt, jak wśród chłopców. Różnica na korzyść dziewcząt pojawia się natomiast, gdy w grę wchodzi ostatnie 30 dni. Warto zauważyć, że w obu kohortach zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt, obserwujemy zwiększenie się odsetka tych, którzy upili się kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy, jak również w czasie ostatnich 30 dni.

Tabela 10. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	31,4	37,7
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	25,3	31,0
W czasie 30 dni przed badaniem	11,6	19,2

Źródło: ESPAD 2024

Tabela 11. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców – starsza kohorta (17–18 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	64,2	65,8
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	47,1	54,4
W czasie 30 dni przed badaniem	20,4	27,9

Źródło: ESPAD 2024

Tabela 12. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	28,5	38,5
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	22,6	31,0
W czasie 30 dni przed badaniem	7,9	13,6

Źródło: ESPAD 2024

Tabela 13. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt – starsza kohorta (17–18 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	55,1	60,7
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	40,6	45,9
W czasie 30 dni przed badaniem	14,1	21,0

Źródło: ESPAD 2024

Niezależnie od samooceny badanych w kwestii upicia się, w badaniu przyjęto także obiektywną miarę nadmiernego spożycia przy jednej okazji. Taką miarą było 5 drinków lub więcej. W tabeli poniżej zestawiono odsetek badanych, którym zdarzało się przekraczać tą miarę. Jeden drink był definiowany jako szklanka/butelka/puszka piwa (ok. pół litra) lub szklanka/butelka/puszka cydru (ok. 0,33 litra), lub szklanka/butelka alcopopsa (ok. 0,33 litra), lub kieliszek wina (ok. 15 cl), lub kieliszek wódki albo innego napoju spirytusowego (ok. 4 cl) względnie szklanka koktajlu alkoholowego. Dane o rozpowszechnieniu incydentalnego spożywania nadmiernego zawarto w tabelach nr 14 -15. Uczniowie z młodszej kohorty w dużo niższym odsetku (37,6%) niż starsi uczestnicy badania (62,6%) deklarowali wypicie co najmniej 5 drinków przy jednej okazji. Warto zauważyć, że w młodszej grupie (16,0%) badanych wypijało ponad 5 drinków przy jednej okazji, co najmniej, co dziesięć dni. W starszej grupie takich uczniów było (29,0%). W czasie ostatnich 5 lat w młodszej grupie wzrósł pierwszy z analizowanych tu wskaźników, zaś w starszej – ten drugi.

Tabela 14. Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)

Wyszczególnienie	mazowieckie	Polska
ani razu	69,5	62,3
1 raz	12,3	12,6
2 razy	7,7	9,0
3-5 razy	6,7	7,9
6-9 razy	1,5	3,0
10 lub więcej razy	2,4	5,1

Źródło: ESPAD 2024

Tabela 15. Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – starsza kohorta (17–18 lat) (%)

Wyszczególnienie	mazowieckie	Polska
ani razu	39,0	37,4
1 raz	19,0	16,2
2 razy	16,3	17,4
3-5 razy	15,8	15,5
6-9 razy	4,9	6,3

Wyszczególnienie	mazowieckie	Polska
10 lub więcej razy	5,0	7,2

Źródło: ESPAD 2024

Konsumpcja poszczególnych typów napojów alkoholowych pokazana została na przykładzie doświadczeń alkoholowych zebranych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w 2024 r. (tabele nr 16-19). W młodszej kohorcie najwyższy odsetek konsumentów ma piwo, na drugim miejscu jest wódka, a dopiero na trzecim wino. Wśród starszej młodzieży jest podobnie, chociaż odsetek konsumentów poszczególnych napojów jest wyższy.

Tabela 16. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Piwo	44,1	48,3
Cider	9,6	6,5
Alcopop	10,5	12,5
Wino	17,2	25,8
Wódka	33,0	38,9

Źródło: ESPAD 2024

Tabela 17. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – starsza kohorta (17–18 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Piwo	71,5	68,1
Cider	14,8	9,0
Alcopop	10,4	24,6
Wino	35,9	42,4
Wódka	64,1	64,2

Źródło: ESPAD 2024

Tabela 18. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Piwo	44,1	49,7
Cider	9,6	8,6
Alcopop	10,5	13,4
Wino	17,2	21,6
Wódka	33,0	40,8

Źródło: ESPAD 2024

Tabela 19. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców – starsza kohorta (17–18 lat) (%)

Wyszczególnienie	2019	2024
Piwo	71,5	69,2
Cider	14,8	11,1
Alcopop	10,4	21,8
Wino	35,9	31,5
Wódka	64,1	67,1

Źródło: ESPAD 2024

Piwo piło, co najmniej raz w ciągu ostatnich 30 dni, 48,3% uczniów młodszych i znacznie więcej, bo 68,1% uczniów starszych. Spożywanie wódki zdarzyło się w tym czasie ponad jednej trzeciej uczniów z młodszej kohorty (38,9%) i prawie dwóm trzecim uczniów starszych (64,2%). Wino piła jedna czwarta (25,8%) młodszej młodzieży objętej badaniem i niecała połowa (42,4%) uczniów ze starszej grupy.

W młodszej kohorcie rozpowszechnienie spożywania każdego z napojów alkoholowych, z wyjątkiem cydru, wzrosło w stosunku do 2019 r. W starszej kohorcie natomiast wzrósł odsetek konsumentów alcopopu[19]. Odsetek badanych ze starszej grupy pijących pozostałe napoje nie uległy istotnej zmianie. Płeć wprowadza pewne różnice w obrazie popularności poszczególnych trunków. W tabelach nr 20 i 21 zebrano dane o odsetkach chłopców i dziewcząt pijących każdy z trunków w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

W obu kohortach, zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt, ranking popularności trzech podstawowych napojów alkoholowych jest jednakowy. Warto jednak zauważyć, iż w obu kohortach u dziewcząt spotykamy częściej wino, niż u chłopców. Odsetek konsumentek wina niewiele odbiega od odsetek konsumentek wódki, podczas gdy u chłopców ta różnica jest dużo większa. W obu grupach w przypadku piwa i wódki odsetki pijących w czasie ostatnich 30 dni są wyższe wśród chłopców niż wśród dziewcząt, zaś w przypadku wina oraz alcopopu – jest odwrotnie, tzn. spotykamy wyższy odsetek u dziewcząt niż u chłopców.

Tabela 20. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt – młodsza kohorta (15–16 lat) (%).

Wyszczególnienie	2019	2024
Piwo	39,0	46,9
Cider	6,0	4,1
Alcopop	3,6	11,5
Wino	26,8	29,8
Wódka	27,8	37,0

Źródło: ESPAD 2024

[19] **Alcopop** – słodki, niskoprocentowy napój alkoholowy, zwykle o smaku owocowym, przypominający napój bezalkoholowy (np. lemoniadę lub napój gazowany). Produkowany jest z dodatkiem alkoholu, często wódki ale też piwa czy wina. Ze względu na atrakcyjny smak i wygląd kierowany jest głównie do młodych konsumentów.

Tabela 21. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt – starsza kohorta (17–18 lat) (%).

Wyszczególnienie	2019	2024
Piwo	69,0	66,9
Cider	11,0	6,7
Alcopop	12,7	26,9
Wino	52,0	52,3
Wódka	59,8	61,4

Źródło: ESPAD 2024

W grupie młodszych chłopców i dziewcząt, w przypadku każdego z napojów alkoholowych, poza cydrem, odsetek konsumentów w 2024 r. jest wyższe niż były w 2019 r. Wielkości spożycia przy jednej okazji piwa, wina i wódki oraz dwóch względnie nowych na naszym rynku napojów alkoholowych, tj. cydru i alkopopu, są silnie zróżnicowane, zarówno wśród młodszych uczniów, jak i wśród starszych uczniów.

1.7. Alkohol w ruchu drogowym

Dane zawarte w tabeli nr 22 dotyczącej wypadków drogowych z udziałem osób będących pod wpływem alkoholu w latach 2022–2024 wskazują, że województwo mazowieckie jest regionem o najwyższej liczbie takich zdarzeń w całym kraju. W każdym z analizowanych lat mazowieckie znajdowało się na pierwszym miejscu zarówno pod względem ogólnej liczby wypadków, jak i liczby ofiar śmiertelnych oraz rannych. W 2024 r. w województwie mazowieckim doszło do 308 wypadków z udziałem uczestników będących pod wpływem alkoholu, co oznacza spadek z 328 w 2022 r. Równocześnie zmniejszyła się liczba osób rannych: z 373 w 2022 r. do 318 w 2024 r. Na tle całej Polski województwo mazowieckie generuje około jednej szóstej wszystkich wypadków z udziałem osób pod wpływem alkoholu, co czyni je regionem o szczególnie wysokim poziomie zagrożenia w tej kategorii. Co więcej, w 2024 r. aż jedna czwarta wszystkich ofiar śmiertelnych w Polsce pochodziła właśnie z województwa mazowieckiego. Tak wysoka koncentracja tragicznych zdarzeń w jednym województwie może wynikać z wielu czynników – przede wszystkim z dużego zagęszczenia ludności, intensywnego ruchu drogowego. Dla porównania, województwa o znacznie mniejszej liczbie ludności, takie jak opolskie czy podlaskie, notowały w tym samym okresie kilkukrotnie mniej wypadków – odpowiednio 43 i 33 zdarzenia w 2024 r. – oraz pojedyncze przypadki ofiar śmiertelnych. Takie różnice świadczą o głębokim zróżnicowaniu regionalnym w zakresie bezpieczeństwa drogowego i problemów związanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu.

Tabela 22. Wypadki drogowe z udziałem uczestników pod wpływem alkoholu – podział na województwa (2022–2024)

Województwo	Wypadki 2022	Zabici 2022	Ranni 2022	Wypadki 2023	Zabici 2023	Ranni 2023	Wypadki 2024	Zabici 2024	Ranni 2024
dolnośląskie	188	14	225	141	9	157	175	13	194
kujawsko-pomorskie	80	13	88	66	14	65	81	13	94
lubelskie	120	19	130	99	16	100	107	20	113
lubuskie	532	5	62	53	6	68	40	7	45
łódzkie	220	25	262	163	16	194	174	21	200
małopolskie	246	15	278	232	12	264	222	9	254
opolskie	52	10	53	64	14	56	43	9	48
podkarpackie	90	9	98	118	7	132	83	12	94
podlaskie	41	7	51	45	13	50	33	6	38
pomorskie	152	9	192	141	13	167	137	13	172
śląskie	194	20	216	171	24	184	145	20	149
świętokrzyskie	93	25	88	84	29	88	69	12	75
warmińsko-mazurskie	123	13	143	97	10	110	99	13	124
wielkopolskie	176	25	194	164	16	191	168	13	191
zachodniopomorskie	90	8	114	74	10	86	60	11	67
mazowieckie	328	51	373	360	81	351	308	66	318
Polska	**2248**	**268**	**2567**	**2074**	**290**	**2263**	**1944**	**258**	**2176**

Źródło: dane z KGP z raportów „Wypadki drogowe w Polsce" pozyskane przez KCPU

SWM we współpracy z sześcioma wojewódzkimi ośrodkami ruchu drogowego zlokalizowanymi na Mazowszu od kilku lat realizuje szkolenia dla kierowców w różnych grupach wiekowych, tj.: 18-24 lata, 25-54 lata oraz 55 i więcej, jak też 60+, których głównym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom województwa mazowieckiego na drogach. Szkolenia obejmują część teoretyczną (m.in. psychologia transportu, przepisy ruchu drogowego, wpływ leków i substancji psychoaktywnych) oraz praktyczną (np. hamowanie awaryjne, omijanie przeszkód, jazda w warunkach rozproszonej uwagi). Do końca 2026 r. przeszkolonych zostanie około 6 700 osób, w tym ponad 3 000 seniorów.

2. Skala problemów dotyczących narkomanii w województwie mazowieckim

2.1. Rozmiar i skutki problemów narkotykowych w województwie mazowieckim

Informacje o zgonach z powodu narkotyków w Polsce uzyskiwane są z GUS. Z ogólnej bazy wyselekcjonowane zostały kody ICD-10: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14. W latach 2015–2023 województwo mazowieckie notowało wyraźnie najwyższą liczbę zgonów związanych z używaniem narkotyków na tle innych województw. W analizowanym okresie liczba ta była ponad trzykrotnie wyższa od średniej krajowej, szczególnie w pierwszej połowie analizowanej dekady. W 2015 r. w województwie mazowieckim odnotowano aż 103 zgony, co stanowiło ponad 40% wszystkich zgonów w Polsce w związku z użyciem substancji psychoaktywnych (przy krajowej liczbie

255) co wynika z tabeli nr 23. Wskaźnik zgonów w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców wyniósł wówczas 1,93, również najwyższy w kraju. Dla porównania, w tym samym roku województwa takie jak lubelskie czy opolskie odnotowały zaledwie po 2–3 przypadki, a wskaźnik śmiertelności tam oscylował wokół 0,1. W kolejnych latach (2016–2019) w województwie mazowieckim widoczny był spadek liczby zgonów – do poziomu 19–44 rocznie, przy relatywnie niskim wskaźniku (od 0,35 do 0,81). Od 2020 r. nastąpił jednak ponowny wzrost – liczba zgonów wzrosła do 64 w 2021 r. i utrzymywała się na podobnym poziomie w latach 2022 (65) i 2023 (56). Mimo względnej stabilizacji, województwo mazowieckie nadal należy do województw z największym bezwzględnym obciążeniem zgonami narkotykowymi. Wskaźnik zgonów w mazowieckim w 2023 r. wyniósł 1,02, co nadal plasuje województwo powyżej średniej krajowej (0,98) i w czołówce województw o najwyższej śmiertelności związanej z narkotykami (wykres nr 1). Warto zaznaczyć, że chociaż np. w Pomorskiem czy Śląskiem wskaźnik ten w ostatnim roku był wyższy (odpowiednio 1,95 i 1,77), to jednak liczby bezwzględne dla województwa mazowieckiego wciąż należą do najwyższych w Polsce.

Podsumowując, województwo mazowieckie pozostaje regionem szczególnie dotkniętym problemem zgonów związanych z narkotykami – zarówno w ujęciu liczbowym, jak i wskaźnikowym – co świadczy o potrzebie dalszego wzmacniania systemów profilaktyki, redukcji szkód oraz leczenia uzależnień

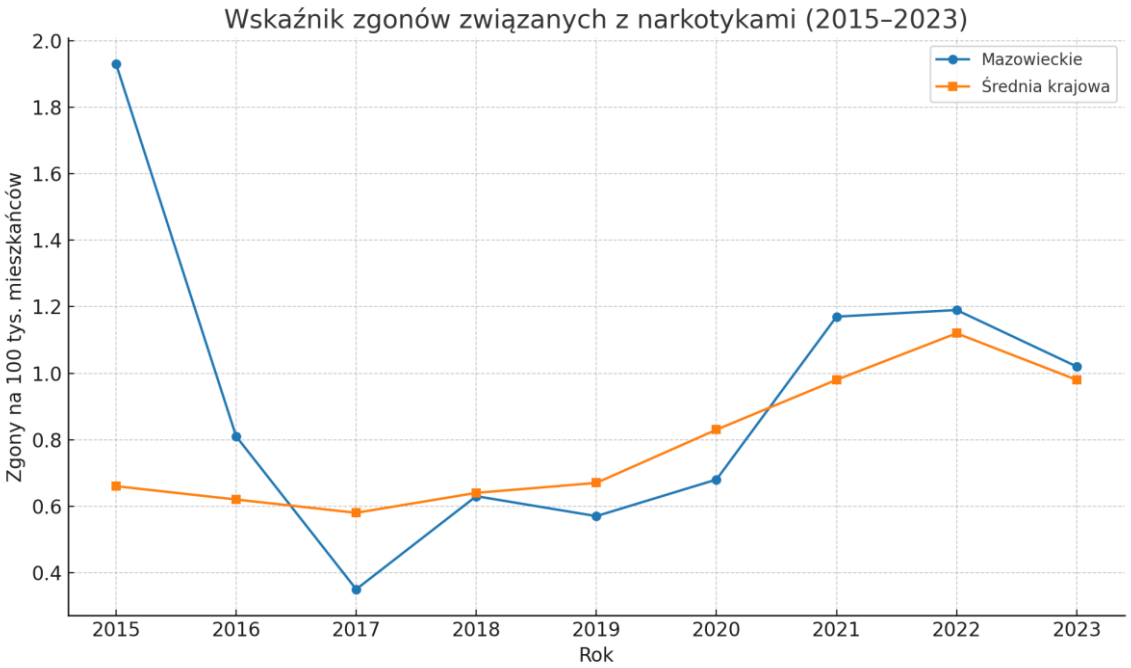
Tabela 23. Liczba zgonów spowodowanych narkotykami w Polsce w latach, kody ICD-10: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14 (2015-2023)

	2015		**2016**		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
województwo	**liczba**	**wskaźnik**	**liczba**	**wskaźnik**	**liczba**	**wskaźnik**	**liczba**	**wskaźnik**	**liczba**	**wskaźnik**	**liczba**	**wskaźnik**	**liczba**	**wskaźnik**	**liczba**	**wskaźnik**	**liczba**	**wskaźnik**
dolnośląskie	11	0,38	16	0,55	7	0,24	15	0,52	12	0,41	12	0,42	13	0,45	15	0.52	7	0,24
kujawsko-pomorskie	3	0,14	4	0,19	10	0,48	12	0,58	7	0,34	12	0,58	22	1,07	23	1.13	32	1,58
lubelskie	2	0,09	3	0,14	2	0,09	2	0,09	1	0,05	1	0,05	4	0,19	14	0.68	35	1,71
lubuskie	3	0,29	3	0,29	3	0,29	6	0,59	5	0,49	7	0,70	8	0,79	7	0.70	9	0,91
łódzkie	12	0,48	9	0,36	13	0,52	21	0,85	16	0,65	15	0,62	16	0,66	24	1.03	26	1,08
małopolskie	9	0,27	5	0,15	16	0,47	16	0,47	17	0,50	8	0,23	14	0,41	12	0.35	13	0,38
mazowieckie	103	1,93	71	1,33	29	0,54	19	0,35	44	0,81	29	0,53	64	1,16	65	1.20	56	1,02
opolskie	0	0	0	0	1	0,1	1	0,10	8	0,81	6	0,61	4	0,41	6	0.63	2	0,21
podkarpackie	2	0,09	2	0,09	5	0,24	8	0,38	4	0,19	7	0,33	2	0,09	4	0.19	6	0,29
podlaskie	8	0,67	6	0,5	6	0,5	4	0,34	11	0,93	8	0,68	6	0,51	2	0.17	6	0,52
pomorskie	31	1,35	27	1,17	27	1,17	19	0,82	25	1,07	21	0,89	32	1,36	34	1.46	46	1,95
śląskie	31	0,68	17	0,37	32	0,7	38	0,84	35	0,77	65	1,45	58	1,29	76	1.73	78	1,77
świętokrzyskie	1	0,08	1	0,08	1	0,08	0	0,00	1	0,08	3	0,24	11	0,90	2	0.17	2	0,17
warmińsko-mazurskie	9	0,62	12	0,83	15	1,04	16	1,12	10	0,70	12	0,85	15	1,06	23	1.64	16	1,16

	2015		**2016**		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
wielkopolskie	22	0,63	10	0,29	16	0,46	7	0,20	2	0,06	4	0,11	6	0,17	7	0.20	9	0,25
zachodniopomorskie	8	0,47	18	1,05	19	1,11	15	0,88	14	0,82	19	1,13	15	0,89	23	1.36	27	1,63
POLSKA	255	0,66	204	0,53	202	0,53	199	0,52	212	0,55	229	0,60	289	0,76	337	0,89	370	0,98

Źródło: dane GUS opracowane przez KCPU

Wykres 1. Wskaźnik zgonów na 100 tys. mieszkańców – województwo mazowieckie vs. średnia krajowa (2015–2023)



Źródło: dane GUS opracowane przez KCPU

2.2. Zakażenia HIV z powodu używania narkotyków

Jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych związanych z narkotykami są choroby zakaźne. Ogólnopolskie dane o zgłoszonych do stacji sanitarno-epidemiologicznych zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS, w tym także w związku z używaniem narkotyków, są udostępniane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (dalej: „NIZP–PZH"). Dane przedstawione w tabeli nr 24 dotyczące zakażeń HIV oraz zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2022–2024 ukazują zróżnicowaną sytuację epidemiologiczną w poszczególnych województwach. Na tle całego kraju województwo mazowieckie wyróżnia się relatywnie niskimi wskaźnikami wykrywalności zakażeń HIV oraz brakiem przypadków AIDS wśród tej grupy w analizowanym okresie. W 2022 r. nie odnotowano żadnych zakażeń HIV ani przypadków AIDS. W 2023 r. pojawiły się 2 zakażenia HIV (bez zachorowań na AIDS), a w 2024 – 4 nowe przypadki HIV (wykres nr 2), również bez rozwoju AIDS. Oznacza to umiarkowany wzrost liczby wykrytych zakażeń, ale nadal sytuacja w województwie mazowieckim jest lepsza niż w wielu innych regionach. Województwo pomorskie wykazało najwyższą łączną liczbę przypadków w 2023 r. (6 zakażeń HIV i 3 przypadki AIDS), a także aktywność epidemiczną w każdym z trzech lat. Z kolei województwo śląskie w 2023 r. miało aż 7 zakażeń HIV i 2 przypadki AIDS, co również świadczy o istotnej skali

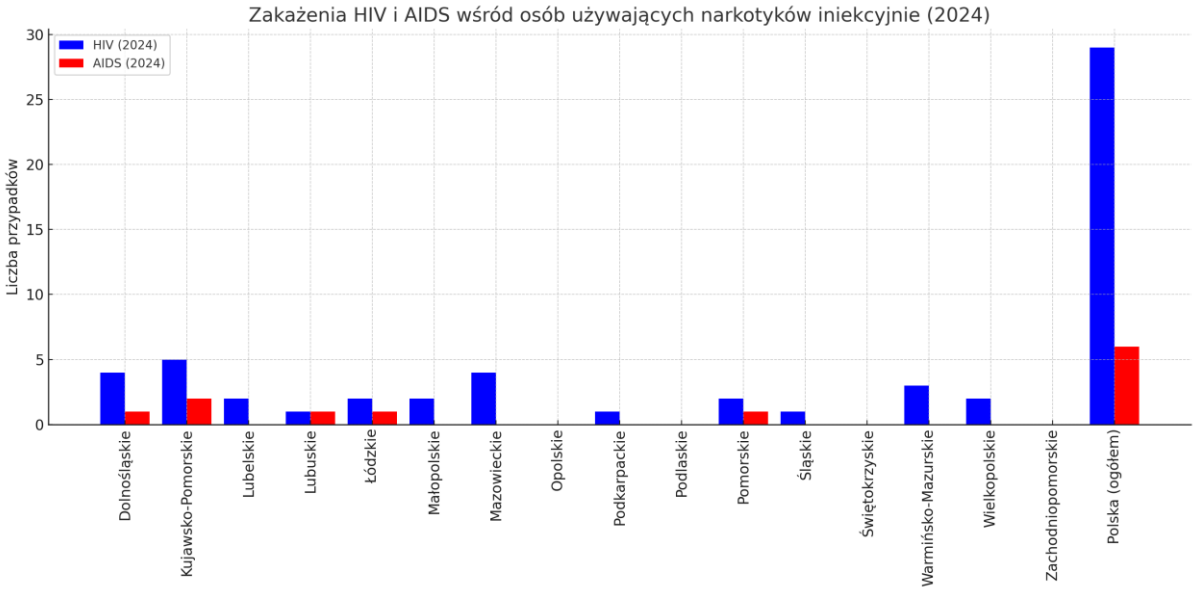
problemu w tym regionie. W województwach takich jak warmińsko-mazurskie czy podlaskim, mimo niewielkiej populacji, liczba przypadków HIV była porównywalna lub nawet wyższa niż w województwie mazowieckim (po 3 przypadki rocznie w 2022 i 2023 r.). W regionach takich jak województwo świętokrzyskie i podkarpackie, liczba zgłoszeń była zerowa lub minimalna we wszystkich latach, ale może to również wynikać z ograniczonej wykrywalności, a nie braku zjawiska. Na poziomie krajowym, liczba zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie zmniejszyła się z 37 w 2023 r. do 29 w 2024 r., podobnie jak liczba przypadków AIDS – z 11 do 6. Można więc zauważyć ogólną tendencję spadkową. Województwo mazowieckie, mimo dużej liczby ludności i urbanizacji, utrzymuje stosunkowo niski poziom wykrytych zakażeń HIV i brak zachorowań na AIDS w tej grupie. Może to świadczyć o skutecznych działaniach profilaktycznych i systemie wczesnego wykrywania, ale wymaga również dalszego monitorowania, by wykluczyć zaniżoną wykrywalność.

Tabela 24. Zakażenia HIV oraz zachorowalność na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2022–2024

Województwo	2022 (HIV / AIDS)	2023 (HIV / AIDS)	2024 (HIV / AIDS)
dolnośląskie	3 / 0	4 / 4	4 / 1
kujawsko-pomorskie	1 / 1	1 / 0	5 / 2
lubelskie	1 / 0	3 / 0	2 / 0
lubuskie	4 / 0	0 / 0	1 / 1
łódzkie	1 / 0	3 / 1	2 / 1
małopolskie	2 / 1	1 / 0	2 / 0
mazowieckie	0 / 0	2 / 0	4 / 0
opolskie	1 / 0	2 / 0	0 / 0
podkarpackie	0 / 0	0 / 0	1 / 0
podlaskie	3 / 1	3 / 1	0 / 0
pomorskie	4 / 0	6 / 3	2 / 1
śląskie	1 / 0	7 / 2	1 / 0
świętokrzyskie	0 / 0	0 / 0	0 / 0
warmińsko-mazurskie	3 / 0	3 / 0	3 / 0
wielkopolskie	3 / 1	1 / 0	2 / 0
zachodniopomorskie	6 / 1	1 / 0	0 / 0
Polska (ogółem)	33 / 5	37 / 11	29 / 6

Źródło: NIZP–PZH, stan na 21 czerwca 2025 r.

Wykres 2. Zakażenia HIV oraz zachorowalność na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków



Źródło: NIZP–PZH, stan na 21 czerwca 2025 r.

2.3. Zasoby udzielania pomocy z powodu problemu narkotykowego

Województwo mazowieckie jako największy region w Polsce pod względem liczby mieszkańców i zróżnicowania społecznego, prowadzi szeroko zakrojone działania na rzecz przeciwdziałania narkomanii. Działania te są realizowane zarówno na poziomie wojewódzkim, jak i gminnym, obejmując programy edukacyjne, profilaktyczne oraz interwencyjne. Strategia przyjęta przez SWM zakłada konsekwentną realizację celów zawartych w Programie, który opiera się na głównych filarach: profilaktyce, leczeniu, redukcji szkód oraz monitorowaniu zjawiska uzależnień. Na poziomie wojewódzkim realizowane są zadania takie jak wsparcie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, finansowanie szkoleń dla specjalistów, organizacja kampanii edukacyjnych oraz wsparcie działań w obszarze reintegracji społeczno-zawodowej osób uzależnionych. Wiele z tych działań ma charakter współpracy z NGO. Program zakłada również finansowanie projektów dotyczących profilaktyki selektywnej i wskazującej oraz wsparcie dla rodzin osób uzależnionych, w tym dzieci i młodzieży z rodzin z problemem narkotykowym.

Na poziomie gminnym realizowane są lokalne programy przeciwdziałania uzależnieniom, które są dostosowane do specyfiki społeczności lokalnych. W ich ramach podejmowane są działania w szkołach, świetlicach środowiskowych oraz instytucjach pomocy społecznej. W części gmin województwa mazowieckiego wdrażane są również programy rekomendowane, które posiadają udokumentowaną skuteczność i są zatwierdzone przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Choć liczba gmin sięgających po rekomendowane narzędzia systematycznie rośnie, nadal istnieją istotne różnice między dużymi miastami a mniejszymi gminami wiejskimi, zarówno w dostępie do programów, jak i jakości ich wdrażania.

NGO odgrywają kluczową rolę w przeciwdziałaniu narkomanii w województwie mazowieckim. Ich działania obejmują profilaktykę edukacyjną, terapię, wsparcie dla rodzin, a także interwencje kryzysowe. Realizują też programy edukacyjne w szkołach, prowadzą poradnie psychologiczne i grupy wsparcia, organizują kampanie informacyjne oraz działania rzecznicze i lobbingowe. Dzięki ich

elastyczności działania i bliskości społeczności lokalnych podmioty te mogą dotrzeć do osób, które nie korzystają z oferty instytucji publicznych. Często są też pionierami innowacyjnych rozwiązań, jak np. aplikacje czy narzędzia online wspierające profilaktykę.

NGO w województwie mazowieckim często współpracują z jednostkami samorządu terytorialnego, realizując zadania publiczne w ramach otwartych konkursów ofert. Dzięki temu możliwe jest skuteczne wykorzystanie zasobów społecznych w rozwiązywaniu problemów narkotykowych. Programy wojewódzkie i gminne są fundamentem działań profilaktycznych i pomocowych. Ich skuteczność zależy od zasobów finansowych, zaangażowania lokalnych liderów oraz wykorzystania sprawdzonych modeli działania. Dlatego też, co warto podkreślić, NGO stanowią niezastąpiony element systemu przeciwdziałania narkomanii – są elastyczne, innowacyjne i bliskie społecznościom. Ich większe zaangażowanie i wsparcie instytucjonalne mogą znacząco poprawić skuteczność działań na rzecz zdrowia publicznego w województwie mazowieckim.

Na poziomie lokalnym gminy wdrażają własne programy profilaktyczne, dostosowując działania do specyfiki lokalnych społeczności. Obejmują one m.in. działania edukacyjne I profilaktyczne w szkołach, wsparcie rodzin osób uzależnionych oraz działania w czasie wolnym dzieci i młodzieży. Istotnym komponentem tych działań są programy rekomendowane – modele profilaktyczne o potwierdzonej skuteczności naukowej, promowane przez instytucje centralne, np. KCPU. Wdrażane są głównie w szkołach i przez NGO we współpracy z samorządami. Ich skuteczność zależy jednak od możliwości finansowych i organizacyjnych jednostek samorządowych. Wśród wyzwań należy wskazać ograniczone finansowanie, nierówności w dostępie do oferty profilaktycznej oraz konieczność lepszej koordynacji międzysektorowej.
Podsumowując, system przeciwdziałania narkomanii w województwie mazowieckim opiera się na komplementarnym działaniu administracji samorządowej oraz sektora pozarządowego. Mimo pozytywnych trendów i coraz szerszego stosowania programów o potwierdzonej skuteczności, wyzwaniem pozostaje zapewnienie równego dostępu do tych działań na terenie całego województwa, a także dalsze wzmacnianie systemu koordynacji między instytucjami i organizacjami. Wsparcie dla NGO, rozwój lokalnych koalicji oraz ciągła analiza potrzeb i wyników działań stanowią kluczowe elementy skutecznych działań na rzecz przeciwdziałania narkomanii w województwie mazowieckim.

Dane pomocy społecznej służą do określenia zasobów dostępnych na terenie województwa mazowieckiego. Dane dotyczące osób uzależnionych od narkotyków objętych pomocą społeczną w województwie mazowieckim pokazują narastający charakter problemu i rosnące znaczenie działań pomocowych w tym zakresie, co wynika z tabeli nr 25 i 26. W latach 2021–2024 województwo mazowieckie niezmiennie pozostawało województwem o najwyższej liczbie osób w rodzinach objętych wsparciem z powodu uzależnienia od narkotyków. W 2021 r. liczba takich osób wyniosła 1 104, a w 2022 r. 1 000. W kolejnych latach nie odnotowano znaczących spadków – przeciwnie, liczba ta wzrosła do 1 117 w 2023 r., a w 2024 osiągnęła poziom 1 130 osób. To nie tylko najwyższy wynik w kraju, ale również jeden z najbardziej stabilnych i rosnących trendów, co może świadczyć o konsekwentnym rejestrowaniu przypadków i systematycznym obejmowaniu pomocą społeczną osób zmagających się z problemem uzależnienia od narkotyków. Jednocześnie obserwujemy, że po chwilowym spadku w 2022 r. (do 1 000 osób), sytuacja szybko wróciła na trajektorię wzrostu, co może świadczyć o skuteczności systemów identyfikacji i kierowania do pomocy, ale również o utrzymującym się poziomie zagrożenia. Równolegle rosła także liczba rodzin objętych pomocą – z 817 w 2021 r. do 839 w 2024 r. W 2023 r. było to 812 rodzin, co sugeruje, że problem narkomanii

nie dotyczy jedynie jednostek, ale ma szeroki wymiar społeczno-rodzinny. Oznacza to także, że rośnie liczba rodzin wymagających wielowymiarowego wsparcia – zarówno socjalnego, jak i psychologicznego czy terapeutycznego. Na tle innych województw mazowieckie dominuje nie tylko pod względem liczby osób objętych wsparciem, ale również liczby rodzin. Chociaż częściowo może to wynikać z największej liczby ludności w Polsce, to jednak skala tych danych sugeruje, że problem uzależnienia od narkotyków w województwie mazowieckim ma wyraźnie większy zasięg niż w innych regionach. W 2024 r. drugie pod względem liczby osób województwo dolnośląskie odnotowało ponad 100 przypadków mniej. Warto również zwrócić uwagę, że w województwie mazowieckim obserwuje się większą koncentrację problemu w miastach niż na wsi, chociaż również na terenach wiejskich liczba objętych pomocą rodzin nie jest marginalna. To wskazuje na potrzebę prowadzenia działań nie tylko w dużych aglomeracjach, takich jak Warszawa, ale także w mniejszych miejscowościach i gminach. Podsumowując, województwo mazowieckie cechuje się najwyższą liczbą osób i rodzin objętych pomocą społeczną z powodu uzależnienia od narkotyków. Wzrost tych liczb w latach 2023–2024 sygnalizuje potrzebę utrzymania i rozszerzenia działań profilaktycznych i terapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia rodzinnego oraz integracji działań pomocowych w różnych sektorach polityki społecznej i zdrowotnej.

Tabela 25. Liczba osób uzależnionych od narkotyków objętych działaniami pomocy społecznej w 2024 r.

Województwo	NARKOMANIA		
	Liczba rodzin - ogółem	**Liczba rodzin - na wsi**	**Liczba osób w rodzinach**
dolnośląskie	743	151	1 024
kujawsko-pomorskie	381	82	584
lubelskie	175	35	226
lubuskie	343	61	423
łódzkie	409	40	558
małopolskie	277	58	351
mazowieckie	839	88	1 130
opolskie	101	26	143
podkarpackie	78	15	107
podlaskie	144	16	184
pomorskie	504	142	650
śląskie	466	87	625
świętokrzyskie	158	34	236
warmińsko-mazurskie	274	73	357
wielkopolskie	539	128	659
zachodniopomorskie	302	66	445
Polska	**5 733**	**1 102**	**7 702**

Źródło: Sprawozdanie MRPiPS-03 za 2024 r.

Tabela 26. Liczba osób uzależnionych od narkotyków objętych działaniami pomocy społecznej w 2023 r.

Województwo	NARKOMANIA		
	Liczba rodzin - ogółem	**Liczba rodzin - na wsi**	**Liczba osób w rodzinach**
dolnośląskie	744	169	1 164
kujawsko - pomorskie	345	65	500
lubelskie	155	29	217
lubuskie	290	54	360
łódzkie	402	43	525
małopolskie	233	47	295
mazowieckie	812	89	1 117
opolskie	90	27	141
podkarpackie	65	22	85
podlaskie	135	16	170
pomorskie	491	115	655
śląskie	385	53	545
świętokrzyskie	127	24	201
warmińsko-mazurskie	224	60	307
wielkopolskie	466	100	635
zachodniopomorskie	261	55	382
Polska	**5 225**	**968**	**7 299**

Źródło: Sprawozdanie MRPiPS-03 za 2023 r.

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (kategorie F11–F16, F18–F19 według klasyfikacji ICD-10) pokazują istotny obraz sytuacji w województwie mazowieckim na tle innych regionów Polski (tabela nr 27). W 2023 r. w województwie mazowieckim leczono 12 188 pacjentów z tym rozpoznaniem. W 2024 liczba ta wzrosła do 12 882, a już w pierwszych pięciu miesiącach 2025 r. odnotowano 8 543 pacjentów. Dane te plasują województwo mazowieckie na pierwszym miejscu w kraju pod względem liczby bezwzględnej pacjentów, co świadczy zarówno o skali problemu, jak i o rozbudowanej infrastrukturze medycznej umożliwiającej diagnostykę i leczenie. Jednak przy porównaniu wskaźników liczby pacjentów na 100 tysięcy mieszkańców, województwo mazowieckie z wartością 221 w 2023 r. i 234 w 2024, znajduje się tylko nieco powyżej średniej krajowej, która wyniosła odpowiednio 207 i 224. Oznacza to, że chociaż liczba pacjentów jest największa, to problem nie jest najbardziej nasilony w przeliczeniu na mieszkańca. Województwa o najwyższych wskaźnikach to m.in. lubuskie (370 w 2023, 391 w 2024), zachodniopomorskie (280 i 312), a także dolnośląskie i wielkopolskie. Sugeruje to, że w tych regionach występuje większa intensywność problemów narkotykowych w stosunku do wielkości populacji. Wnioskiem z tej analizy jest to, że województwo mazowieckie – choć boryka

się z dużą liczbą osób wymagających leczenia – nie wyróżnia się pod względem rozpowszechnienia uzależnień w skali lokalnej. Dane te potwierdzają potrzebę kontynuowania i rozwoju programów leczniczych i terapeutycznych w regionie, przy jednoczesnym monitorowaniu trendów i porównywaniu ich z innymi województwami, gdzie zjawisko może przyjmować bardziej skoncentrowany charakter.

Tabela 27. Liczba pacjentów z rozpoznaniem F11-F16 F18-F19 oraz wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. populacji województwa w 2023–2024 oraz 2025 (styczeń-maj)

województwo	liczba pacjentów z rozpoznaniem F11-F16 F18-F19 w roku:			wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. populacji województwa w roku:	
	2023	**2024**	**2025 (styczeń - maj)**	**2023**	**2024**
dolnośląskie	8 045	8 519	5 598	279	297
kujawsko-pomorskie	4 012	4 243	2 720	201	214
lubelskie	3 334	3 534	2 270	166	177
lubuskie	3 604	3 795	2 510	370	391
łódzkie	5 083	5 551	3 584	215	237
małopolskie	4 521	4 683	2 898	132	137
mazowieckie	12 188	12 882	8 543	221	234
opolskie	1 696	1 997	1 318	181	215
podkarpackie	1 986	2 288	1 650	96	111
podlaskie	2 063	2 345	1 433	181	207
pomorskie	5 673	6 045	3 897	240	256
śląskie	7 830	8 866	5 791	181	207
świętokrzyskie	1 952	2 088	1 361	167	180
warmińsko-mazurskie	2 151	2 286	1 407	158	169
wielkopolskie	9 380	9 765	6 107	269	281
zachodniopomorskie	4 562	5 071	3 274	280	312
Polska	**72 579**	**78 478**	**52 348**	**207**	**224**

Źródło: dane NFZ pozyskane przez KCPU

2.4. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież

Badanie ESPAD to badania ankietowe dotyczące używania substancji psychoaktywnych (papierosy, alkohol, narkotyki, „dopalacze", leki) przez młodzież szkolną, realizowane w Polsce co 4 lata i stanowiące część międzynarodowego projektu: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs" (ESPAD). W 2024 r. na zlecenie Centrum zrealizowano to badanie w województwie

mazowieckim, na próbie reprezentatywnej uczniów pierwszych klas (wiek: 15-16 lat – młodsza kohorta[20]) oraz trzecich klas (wiek: 17-18 lat- starsza kohorta) szkół średnich województwa mazowieckiego. Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, a także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ulokowanych zarówno po stronie popytu na substancje, jaki ich podaży.

Dane z tabeli nr 28 pokazują, że wśród uczniów klas młodszych na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (16,7%), a na drugim marihuana lub haszysz (14,8%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu według tabeli nr 29 znajdują się marihuana lub haszysz (33,7%). Leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza ulokowały się na drugim miejscu (19,1%).

W młodszej grupie na trzecim miejscu znalazły się leki przeciwbólowe przyjmowane w celu odurzania się (8,5%), a na czwartym substancje wziewne (6,7%). W starszej kohorcie na trzecim miejscu znajdują się także leki przeciwbólowe przyjmowane w celu odurzania się (8,2%), a na czwartym substancje wziewne (6,8%). Wśród uczniów z młodszej kohorty, co najmniej czteroprocentowe rozpowszechnienie osiągnęły tylko amfetamina (4,5%), kokaina (4,1%) oraz sterydy anaboliczne (5,3%). Wśród starszych uczniów analogiczna lista środków, których używało kiedykolwiek w życiu, co najmniej cztery procent badanych jest krótsza i obejmuje jedynie grzyby halucynogenne (4,4%).

Tabela 28. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Substancje	2019	2024
Marihuana lub haszysz	17,1	14,8
Substancje wziewne	7,0	6,7
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	14,1	16,7
Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	5,5	8,5
Amfetamina	3,0	4,5
Metamfetamina	2,2	3,8
LSD lub inne halucynogeny	2,2	3,5
Crack	1,2	3,3
Kokaina	2,2	4,1
Relevin	1,1	2,1
Heroina	1,5	3,3
Ecstasy	2,4	3,5
Grzyby halucynogenne	1,6	3,4

[20] „Młodsza kohorta" to termin określający grupę ludzi (zwykle młodzieży) w określonym wieku lub okresie życia, wyodrębnioną do analizy statystycznej, demograficznej lub badawczej, na przykład w kontekście badań nad nawykami, zdrowiem czy zachowaniami grupy wiekowej 15–16 lat a „starsza kohorta” w badaniu ESPAD to grupa wiekowa 17-18 lat.

Substancje	2019	2024
GHB	1,2	2,4
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,8	2,8
Alkohol razem z tabletkami	4,5	7,3
Sterydy anaboliczne	2,5	5,3
Alkohol razem z marihuaną lub haszyszem	9,2	7,0

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 29. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Substancje	2019	2024
Marihuana lub haszysz	39,0	33,7
Substancje wziewne	6,7	6,8
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	18,5	19,1
Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	5,8	8,2
Amfetamina	4,5	3,8
Metamfetamina	3,0	3,9
LSD lub inne halucynogeny	4,2	3,3
Crack	1,3	2,6
Kokaina	3,5	3,1
Relevin	0,7	1,8
Heroina	1,3	2,1
Ecstasy	5,9	3,3
Grzyby halucynogenne	3,3	4,4
GHB	1,2	1,9
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,3	2,7
Alkohol razem z tabletkami	6,4	9,7
Sterydy anaboliczne	2,8	3,6
Alkohol razem z marihuaną lub haszyszem	26,1	18,7

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

W przypadku większości substancji podobne rozpowszechnienie eksperymentowania odnotować trzeba wśród starszej młodzieży i w młodszej grupie. GHB, to stosunkowo nowy w Polsce narkotyk, używany był kiedykolwiek przez 2,4% pierwszoklasistów oraz 1,9% trzecioklasistów. Niskim rozpowszechnieniem charakteryzują się także crack oraz heroina. W starszej kohorcie heroina była używana kiedykolwiek przez 2,1% badanych, a crack przez 2,6%. Są to odsetki niewiele odbiegające od odsetka respondentów, którzy przyznali się do używania nieistniejącego środka – relevinu (1,8%). W młodszej grupie odsetek badanych, którzy zadeklarowali używanie kiedykolwiek w życiu heroiny (3,3%) lub cracku (3,3%) nie odbiegał istotnie od obserwowanego w starszej kohorcie. Także frakcja deklarujących używanie relevinu (2,1%) okazała nie odbiegać znacząco od analogicznej frakcji starszych uczniów. Należy także zwrócić uwagę na relatywnie niskie rozpowszechnienie używania narkotyków w zastrzykach (2,8% wśród piętnasto-szesnastolatków i 2,7 % w starszej grupie). Porównanie wyników uzyskanych w 2024 r. oraz w 2019 r. nie wykazuje większych różnic w rozpowszechnieniu eksperymentowania z substancjami. Jedyną znacząca różniącą jest niższe w 2024 r. niż było w 2019 r. rozpowszechnianie sięgania po przetwory konopi przez siedemnasto-osiemnastolatków. Dane z tabel od nr 30 do nr 33 pokazują, że rozpowszechnienie podejmowania prób z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń zależne jest od płci.

Tabela 30. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród chłopców (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Substancje	2019	2024
Marihuana lub haszysz	20,2	17,6
Substancje wziewne	8,1	6,0
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	9,7	10,1
Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	5,0	5,8
Amfetamina	4,3	5,5
Metamfetamina	3,3	4,8
LSD lub inne halucynogeny	3,3	5,4
Crack	2,0	5,2
Kokaina	3,0	5,5
Relevin	1,9	3,3
Heroina	2,3	5,0
Ecstasy	3,4	4,9
Grzyby halucynogenne	2,5	5,2
GHB	2,0	3,7
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,9	4,0
Alkohol razem z tabletkami	4,6	5,5

Substancje	2019	2024
Sterydy anaboliczne	3,6	8,3
Alkohol razem z marihuaną lub haszyszem	11,4	8,3

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 31. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród chłopców (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Substancje	2019	2024
Marihuana lub haszysz	43,6	37,1
Substancje wziewne	7,7	9,1
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	12,4	13,9
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	4,4	8,0
Amfetamina	5,5	4,8
Metamfetamina	3,5	6,1
LSD lub inne halucynogeny	5,4	5,9
Crack	2,1	4,5
Kokaina	4,8	5,4
Relevin	1,3	3,3
Heroina	1,9	4,0
Ecstasy	7,4	5,7
Grzyby halucynogenne	5,1	7,3
GHB	1,9	3,3
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,0	4,0
Alkohol razem z tabletkami	6,3	8,1
Sterydy anaboliczne	4,1	6,2
Alkohol razem z marihuaną lub haszyszem	30,4	23,1

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 32. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Substancje	2019	2024
Marihuana lub haszysz	14,0	11,9
Substancje wziewne	5,9	7,3

Substancje	2019	2024
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	18,5	23,2
Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	6,2	11,1
Amfetamina	1,8	3,2
Metamfetamina	1,2	2,5
LSD lub inne halucynogeny	1,1	1,4
Crack	0,4	1,3
Kokaina	1,4	2,5
Relevin	0,3	0,7
Heroina	0,8	1,3
Ecstasy	1,4	1,8
Grzyby halucynogenne	0,8	1,4
GHB	0,3	0,8
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	0,8	1,4
Alkohol razem z tabletkami	4,5	8,8
Sterydy anaboliczne	1,6	2,1
Alkohol razem z marihuaną lub haszyszem	7,1	5,5

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 33. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Substancje	2019	2024
Marihuana lub haszysz	33,5	30,3
Substancje wziewne	5,6	4,6
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	25,8	23,8
Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	7,4	8,4
Amfetamina	3,4	2,7
Metamfetamina	2,3	1,7
LSD lub inne halucynogeny	2,7	0,9
Crack	0,5	0,9

Substancje	2019	2024
Kokaina	1,8	0,9
Relevin	0,1	0,3
Heroina	0,6	0,3
Ecstasy	4,0	1,0
Grzyby halucynogenne	1,1	1,6
GHB	0,4	0,4
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	0,6	1,5
Alkohol razem z tabletkami	6,6	11,1
Sterydy anaboliczne	1,2	1,0
Alkohol razem z marihuaną lub haszyszem	20,9	14,5

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Chłopcy częściej deklarują próby używania większości substancji poza lekami uspokajającymi i nasennymi oraz w młodszej kohorcie lekami przeciwbólowymi w celu odurzania się. Rozpowszechnianie eksperymentowania z lekami uspokajającymi i nasennymi wśród dziewcząt jest około dwukrotnie wyższe niż wśród chłopców. Również próby łączenia alkoholu z tabletkami spotykamy trochę częściej u dziewcząt niż u chłopców. Ponadto w młodszej kohorcie także rozpowszechnianie sięgania po leki przeciwbólowe w celu odurzania się jest wyższe u dziewcząt, niż u chłopców. Ponadto zauważyć trzeba w młodszej kohorcie wzrost odsetka dziewcząt używających leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza, za to w starszej kohorcie zwiększenie się odsetka chłopców eksperymentujących z lekami przeciwbólowymi w celu odurzania się. Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle ich używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Dane zawarte w tabelach nr 34 i 35 pokazują, że przetwory konopi używało w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 12,6% uczniów z młodszej grupy i 22,0% – ze starszej. Substancje wziewne aktualnie używało 4,8% tych pierwszych i 3,3% tych, drugich. Amfetaminę używało 3,7% piętnasto-szesnastolatków i 3,0% siedem-osiemnastolatków, zaś ecstasy – 3,2% uczniów z pierwszej grupy i 2,6% – z drugiej. Rozpowszechnienie aktualnego używania, takich substancji jak kokaina i crack jest jeszcze niższe. Podobnie, jak to było w przypadku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, aktualne używanie przetworów konopi w starszej kohorcie spadło w czasie ostatnich 5 lat, zaś w młodszej nie uległo zmianie.

Tabela 34. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	13,4	12,6
Substancje wziewne	3,5	4,8
Ecstasy	2,0	3,2

Wyszczególnienie	2019	2024
Amfetamina	2,1	3,7
Metamfetamina	1,6	3,1
Kokaina	1,6	2,9
Crack	1,1	2,5

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 35. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy (%) – starsza kohorta (17–18 lat).

Wyszczególnienie	Mazowieckie	Polska
Marihuana lub haszysz	31,7	22,0
Substancje wziewne	2,5	3,3
Ecstasy	3,8	2,6
Amfetamina	2,5	3,0
Metamfetamina	2,2	2,6
Kokaina	1,9	2,9
Crack	1,1	1,9

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Łatwy do zaobserwowania jest także związek między aktualnym używaniem marihuany lub haszyszu, a płcią (tabele nr 36-39). Podobnie jak w przypadku eksperymentowania występuje ono częściej wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Stwierdzony wcześniej w grupie siedemnasto-osiemnastolatków spadek rozpowszechnienia używania przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy zaznaczył się podobnie wśród chłopców i dziewcząt. Także brak zmian w młodszej grupie nie wiązał się istotnie z płcią respondentów.

Tabela 36. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród chłopców (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	16,0	15,6
Substancje wziewne	4,5	4,6
Ecstasy	2,6	4,6
Amfetamina	3,3	5,0
Metamfetamina	2,6	4,4
Kokaina	2,1	4,1
Crack	2,0	3,9

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 37. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród chłopców (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	34,7	27,3
Substancje wziewne	3,3	5,3
Ecstasy	4,5	4,8
Amfetamina	3,4	5,1
Metamfetamina	2,6	4,5
Kokaina	2,6	4,9
Crack	1,6	3,5

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 38. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród dziewcząt (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	11,0	9,4
Substancje wziewne	2,5	4,8
Ecstasy	1,3	1,5
Amfetamina	1,0	2,1
Metamfetamina	0,7	1,7
Kokaina	1,1	1,4
Crack	0,2	0,8

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 39. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród dziewcząt (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	28,1	17,1
Substancje wziewne	1,6	1,5
Ecstasy	2,9	0,4
Amfetamina	1,4	1,0
Metamfetamina	1,8	0,9
Kokaina	1,0	0,9
Crack	0,5	0,3

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków, podobnie jak

spożywanie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni na pewno używają jej, co najmniej raz na miesiąc. Można jednak założyć, z pewnym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali w ostatnim miesiącu są równe proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu można uznać, że 6,6% młodszych uczniów i 10,0% starszych uczniów używa marihuany lub haszyszu, co najmniej raz w miesiącu (tabela 40-41). Analogiczne odsetki dla substancji wziewnych wynoszą – 2,9% oraz 2,0%.

Tabela 40. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	5,8	6,6
Substancje wziewne	1,3	2,9

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 41. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	16,7	10,0
Substancje wziewne	1,2	2,0

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

W województwie mazowieckim w młodszej kohorcie odnotowujemy mniejszy odsetek młodzieży używającej przetworów konopi indyjskich w czasie ostatnich 30 dni w porównaniu do całego kraju. W starszej kohorcie natomiast nie obserwujemy różnic. Częste używanie przetworów konopi zróżnicowane jest ze względu na płeć – chłopcy w większym odsetku niż dziewczęta sięgają często po te substancje (tabele nr 42-45). Różnica jest szczególnie duża w starszej kohorcie.

Tabela 42. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród chłopców (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	6,9	9,4
Substancje wziewne	2,1	3,5

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 43. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród chłopców (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	19,9	14,2
Substancje wziewne	1,9	3,8

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 44. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród dziewcząt (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	4,8	3,6

Wyszczególnienie	2019	2024
Substancje wziewne	0,6	2,1

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 45. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród dziewcząt (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Marihuana lub haszysz	12,9	5,9
Substancje wziewne	0,4	0,3

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Przetwory konopi indyjskich jako najbardziej rozpowszechnione substancje nielegalne mogły stać się przedmiotem głębszych analiz skierowanych na identyfikację wzoru intensywnego używania. Wśród młodzieży szkolnej odsetek użytkowników innych substancji jest zbyt mały, żeby grupa bardziej intensywnych użytkowników była dostatecznie liczna. W próbie analizy intensywnego używania przetworów konopi posłużono się pytaniami zaczerpniętymi z dwóch testów.

Pierwszy z nich to test przesiewowy skonstruowany w Polsce do identyfikacji wśród nastolatków sięgających po tę substancję[21]. Skrócona wersja tego testu przeznaczona do badań ankietowych składa się z czterech pytań, na które odpowiedzieć można tylko „tak" lub „nie". Każde z pytań dotyczy występowania określonego symptomu w czasie ostatnich 12 miesięcy. Badanie walidacyjne testu przesiewowego PUM (Problemowego Używania Marihuany) zrealizowane w 2003 r. wykazało, ż wśród nastolatków wystąpienie 2 lub więcej symptomów świadczy o problemowym używaniu marihuany.

Drugim testem zastosowanym w badaniu ESPAD jest test służący do identyfikowania nadużywania przetworów konopi (Cannabis Abuse Screening Test – CAST). Test ten został opracowany we Francji przez zespół badaczy z Francuskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Test składa się z sześciu pytań o częstotliwość występowania poszczególnych symptomów nadużywania przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy, na które odpowiada się przy użyciu pięciopunktowej skali od „nigdy" do „bardzo często".

Test ten nie był walidowany w Polsce, stąd też jego wyniki należy traktować z ostrożnością. Rozkłady odpowiedzi na pytanie pierwszego testu pokazują, że 6,1% uczniów z klas młodszych i 7,8% uczniów z klas starszych samodzielnie dokonywało zakupu marihuany (tabela nr 46 i 47). W przypadku 4,9% uczniów z młodszej kohorty oraz 4,9% uczniów ze starszej, palenie jest nie tylko elementem życia towarzyskiego, ale zdarza się też w samotności. Warto zauważyć, że z powodu używania marihuany lub haszyszu 6,4% badanych z młodszej kohorty oraz 6,8% ze starszej chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy nie poszło do szkoły lub spóźniło się do niej. Często odczuwana potrzeba palenia marihuany stała się udziałem 4,0% badanych z młodszej grupy oraz 4,7% ze starszej. Rozpowszechnienie symptomów problemowego używania marihuany w gronie piętnasto-szesnastolatków, jak również siedemnasto-osiemnastolatków w 2024 r. kształtuje się na poziomie zbliżonym do obserwowanego w 2019 r. Jedyna istotna zmiana to niemal dwukrotny spadek odsetka badanych, którzy dokonywali samodzielnego zakupu marihuany.

[21] https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/testy-pun-i-pum.pdf (15.09.2025)

Tabela 46. Symptomy problemowego używania marihuany – test przesiewowy PUM (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Nie pójście lub spóźnienie się do szkoły z powodu marihuany	2,9	6,4
Częsta potrzeba użycia marihuany	2,7	4,0
Samodzielny zakup marihuany	6,4	6,1
Palenie konopi samotnie	3,4	4,9
Pozytywny wynik testu (co najmniej 2 symptomy)	3,7	6,4

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 47. Symptomy problemowego używania marihuany – test przesiewowy PUM (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Wyszczególnienie	2019	2024
Nie pójście lub spóźnienie się do szkoły z powodu marihuany	4,0	6,8
Częsta potrzeba użycia marihuany	4,8	4,7
Samodzielny zakup marihuany	15,1	7,8
Palenie konopi samotnie	7,2	4,9
Pozytywny wynik testu (co najmniej 2 symptomy)	7,9	6,8

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Pozytywny wynik testu przesiewowego, czyli potwierdzenie co najmniej 2 symptomów, uzyskało 6,4% uczniów z młodszej grupy oraz 6,8% uczniów ze starszej kohorty. W 2019 r. analogiczne wyniki uzyskało 3,7% uczniów z młodszej grupy oraz 7,9% uczniów ze starszej kohorty. Oznacza to spadek tego wskaźnika w starszej kohorcie, co koresponduje ze spadkiem wszystkich pozostałych wskaźników używania tych substancji przez starszą młodzież.

Jak wynika z danych zestawionych w tabeli nr 48 oraz nr 49 w 2019 r. najczęściej zgłaszanym symptomem zaczerpniętym z drugiego testu było palenie przedpołudniem (6,2% uczniów młodszych i 16,2% uczniów starszych). W obu kohortach na drugim miejscu znalazły się problemy z pamięcią po paleniu (4,4% uczniów młodszych i 12,5% uczniów starszych), a na trzecim – palenie samotne (4,0% uczniów młodszych i 10,1% uczniów starszych). Symptomy problemowego używania przetworów konopi jako występujące często były deklarowane przez uczniów z obu poziomów nauczania w bardzo ograniczonym zakresie.

Tabela 48. Symptomy problemowego używania przetworów konopi – test przesiewowy CAST (województwo mazowieckie) (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Raczej często	Bardzo często
Palenie przedpołudniem	93,8	2,9	1,2	1,0	1,1
Palenie samotnie	96,0	1,7	1,1	0,4	0,8
Problemy z pamięcią po paleniu	95,6	1,8	1,1	0,5	1,0
Przyjaciele lub krewni mówili żeby ograniczyć używanie	97,7	0,7	0,2	0,6	0,7
Bezowocne próby ograniczenia używania	97,0	0,7	0,7	0,7	0,9
Problemy z powodu Używania	97,9	0,9	0,4	0,1	0,7

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 49. Symptomy problemowego używania przetworów konopi – test przesiewowy CAST (województwo mazowieckie) (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Wyszczególnienie	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Raczej często	Bardzo często
Palenie przedpołudniem	83,8	9,1	3,6	1,1	2,3
Palenie samotnie	90,0	5,7	2,4	0,9	1,1
Problemy z pamięcią po paleniu	87,6	6,2	4,0	1,4	0,9
Przyjaciele lub krewni mówili żeby ograniczyć używanie	93,5	3,5	1,4	0,7	0,9
Bezowocne próby ograniczenia używania	93,0	3,0	1,2	1,4	1,4
Problemy z powodu używania	95,5	2,4	0,9	0,7	0,5

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Dane zestawione w poniższych dwóch tabelach nr 50 i nr 51 przedstawiają wyniki uzyskane w 2024 r. Sugerują one brak zmiany w młodszej kohorcie oraz pewne przetasowania w wynikach uzyskanych w starszej kohorcie. Tutaj na pierwsze miejsce wysunęły się problemy z pamięcią po paleniu (7,6%), zaś palenie przedpołudniem ulokowało się na drugiej pozycji (7,5%). W 2024 r., podobnie, jak przed pięciu laty, symptomy problemowego używania przetworów konopi jako występujące często były deklarowane przez uczniów w bardzo ograniczonym zakresie. Dotyczy to obu kohort.

Tabela 50. Symptomy problemowego używania przetworów konopi – test przesiewowy CAST (Polska) (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)

Wyszczególnienie	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Raczej często	Bardzo często
Palenie przedpołudniem	93,7	2,4	1,7	0,4	1,7

Wyszczególnienie	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Raczej często	Bardzo często
Palenie samotnie	95,5	1,5	0,6	0,3	2,1
Problemy z pamięcią po paleniu	95,0	1,5	1,1	0,5	1,9
Przyjaciele lub krewni mówili żeby ograniczyć używanie	96,0	0,8	0,6	0,9	1,8
Bezowocne próby ograniczenia używania	95,1	1,5	0,8	0,4	2,2
Problemy z powodu Używania	96,5	1,0	0,6	0,3	1,6

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 51. Symptomy problemowego używania przetworów konopi – test przesiewowy CAST (Polska) (%) – starsza kohorta (17–18 lat)

Wyszczególnienie	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Raczej często	Bardzo często
Palenie przedpołudniem	92,5	4,3	0,5	1,2	1,5
Palenie samotnie	93,4	2,6	2,1	0,5	1,4
Problemy z pamięcią po paleniu	92,3	3,2	1,7	1,2	1,5
Przyjaciele lub krewni mówili żeby ograniczyć używanie	94,9	1,4	1,4	0,5	1,8
Bezowocne próby ograniczenia używania	94,5	1,7	0,9	0,8	2,0
Problemy z powodu Używania	94,9	1,7	1,5	0,8	1,1

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

W województwie mazowieckim do problemu używania „dopalaczy", chociaż raz w życiu, przyznało się 6,4% piętnasto-szesnastolatków i 6,3% siedemnasto-osiemnastolatków (tabele nr 52 i 53). Odsetek aktualnych użytkowników są niższe od wspomnianych (wśród młodszych – 5,5%, wśród starszych – 4,5%). W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało 4,3% badanych z pierwszej grupy i 3,1% z drugiej grupy. Rozpowszechnianie używania dopalaczy w 2024 r. lokuje się na podobnym poziomie, jak w 2019 r.

Tabela 52. Używanie dopalaczy (województwo mazowieckie) (%) – trzecie klasy gimnazjum

Wyszczególnienie	2011	2015	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	7,7	11,8	4,9	6,4
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	5,7	8,6	3,2	5,5
W czasie 30 dni przed badaniem	2,2	6,2	2,7	4,3

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

Tabela 53. Używanie dopalaczy (województwo mazowieckie) (%) – drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych

Wyszczególnienie	2011	2015	2019	2024
Kiedykolwiek w życiu	16,9	13,3	5,4	6,3
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	9,2	8,0	4,0	4,5
W czasie 30 dni przed badaniem	2,9	4,5	2,9	3,1

Źródło: Raport z badania ESPAD 2024

2.5. Rozmiar przestępczości narkotykowej

Województwo mazowieckie, jako region o największej liczbie ludności oraz największym skupisku miejskim (Warszawa i jej aglomeracja), stoi w obliczu poważnych wyzwań związanych z przestępczością narkotykową. Skala problemu jest wyraźnie widoczna zarówno w statystykach policyjnych, jak i w działaniach podejmowanych przez administrację publiczną oraz organizacje społeczne.

W 2024 r. mazowiecka policja zabezpieczyła rekordową ilość narkotyków – ponad 2,8 tony różnego rodzaju substancji psychoaktywnych. To znaczny wzrost w porównaniu z rokiem 2023, kiedy to funkcjonariusze zabezpieczyli 430 kg narkotyków, w tym dużą ilość marihuany, amfetaminy i mefedronu. Dane te pokazują, że województwo mazowieckie stanowi istotny obszar zarówno konsumpcji, jak i dystrybucji środków odurzających. Tylko w 2023 r. w regionie zlikwidowano trzy laboratoria syntetycznych narkotyków – dwa produkujące amfetaminę i jedno klefedron, co wskazuje na rozwiniętą działalność przestępczą w tym zakresie. Analiza danych dotyczących przestępstw związanych z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii pokazuje, że województwo mazowieckie wyróżnia się na tle innych regionów kraju zarówno pod względem skali zjawiska, jak i liczby osób zaangażowanych w tego typu przestępczość (tabela nr 54).

Tabela 54. Przestępstwa stwierdzone z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2024 r., osoby podejrzane w tym nieletni

Grupa kwalifikacji	Województwo	Przestępstwa stwierdzone	Podejrzani	w tym nieletni
ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii	dolnośląskie	9 272	4214	168
	kujawsko-pomorskie	4 528	2412	106
	lubelskie	2 463	1718	85
	lubuskie	1 654	1015	20
	mazowieckie	9 733	6949	267
	małopolskie	8 262	2047	98
	opolskie	1 780	754	15
	podkarpackie	1 514	651	46
	podlaskie	1 478	986	43
	pomorskie	3 022	2212	86

Grupa kwalifikacji	Województwo	Przestępstwa stwierdzone	Podejrzani	w tym nieletni
	warmińsko-mazurskie	4 438	937	27
	wielkopolskie	9 219	3398	239
	zachodniopomorskie	3 016	1352	73
	łódzkie	3 688	1688	186
	śląskie	5 711	3480	173
	świętokrzyskie	1 310	704	30
Podsumowanie		**71 088**	**34 517**	**1 662**

Źródło: dane z Komendy Głównej Policji pozyskane przez KCPU

W województwie mazowieckim odnotowano 9 733 przestępstwa, co stanowi najwyższy wynik w Polsce. Dla porównania średnia dla wszystkich województw wynosi około 4,4 tys. przestępstw, a kolejne najwyższe wartości dotyczą województwa dolnośląskiego (9 272 przestępstwa), wielkopolskiego (9 219) oraz małopolskiego (8 262). Najniższy poziom przestępczości narkotykowej w tym zakresie występuje w województwie świętokrzyskim (1 310) oraz podkarpackim (1 514). Podobna sytuacja widoczna jest w przypadku liczby podejrzanych. W województwie mazowieckim odnotowano 6 949 osób, co jest zdecydowanie wyższym wynikiem niż średnia krajowa wynosząca około 2,1 tys. podejrzanych na województwo. Kolejne w rankingu są województwa: dolnośląskie (4 214), wielkopolskie (3 398) oraz śląskie (3 480). Najmniejszą liczbę podejrzanych wykazano w województwie podkarpackim (651) oraz opolskim (754). Szczególną uwagę zwraca liczba nieletnich podejrzanych w województwie mazowieckim, która wyniosła 267 osób. To wynik ponad dwukrotnie wyższy od średniej krajowej (około 104 nieletnich). Na kolejnych miejscach plasują się województwa wielkopolskie (239 nieletnich) oraz łódzkie (186). Najniższe wartości notowane są w województwach opolskim (15) i lubuskim (20).

Podsumowując, województwo mazowieckie charakteryzuje się najwyższą aktywnością przestępczą w zakresie przestępstw narkotykowych w kraju, zarówno pod względem liczby przestępstw, jak i liczby osób podejrzanych, w tym nieletnich. Dane te wskazują na skalę problemu, który w województwie mazowieckim jest zdecydowanie bardziej nasilony niż w innych częściach kraju. Z kolei województwa takie jak świętokrzyskie, podkarpackie czy opolskie należą do regionów, gdzie skala tego typu przestępczości jest najmniejsza. Województwo mazowieckie pełni kluczową rolę jako rynek konsumencki oraz centrum produkcji (tabela nr 56), magazynowania i tranzytu narkotyków w Polsce.

Tabela 55. Przestępstwa stwierdzone oraz osoby podejrzane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – porównanie 2019 oraz 2024 roku województwo mazowieckie

Rok	Przestępstwa stwierdzone	Osoby podejrzane
2019	8 917	6 273
2024	9733	6949

Źródło: dane z Komendy Głównej Policji pozyskane przez KCPU

Tabela 56. Produkcja narkotyków w województwie mazowieckim - przykłady zabezpieczonych nielegalnych laboratoriów

Rok	Lokalizacja / powiat	Rodzaj narkotyku	Opis działań / znaleziska
2024	Powiat mławski	Klofedron / Klefedron	Zlikwidowano laboratorium, zabezpieczono ponad 200 kg kryształów klofedronu i około 1,5 tony substancji płynnych
2024	Powiat makowski	3-CMC (klofedron)	Zabezpieczono ponad 800 kg substancji, odczynniki, sprzęt i pełną linię produkcyjną
2024	Okolice Działdowa	Amfetamina	Zabezpieczono 10 l płynnej amfetaminy oraz 1,5 kg gotowego narkotyku wraz z odczynnikami i sprzętem laboratoryjnym
2024	Garwolin (Gocław)	Klefedron (4-CMC)	Laboratorium w stodole, zabezpieczono ponad 420 l cieczy z 4-CMC i około 3 kg gotowego klefedronu
2025	Powiat płoński	Klefedron	Zlikwidowano profesjonalne laboratorium, zabezpieczono sprzęt: reaktory, kanistry, kuwety z narkotykiem
2025	Powiat mławski	Klofedron	Zlikwidowano laboratorium produkujące klofedron, zabezpieczono narkotyk o wartości ponad 25 mln zł

Źródło: dane Policji pozyskane przez KCPU

Województwo mazowieckie jest głównym centrum dystrybucyjnym dla wielu substancji. Warszawa pełni kluczową rolę w dystrybucji hurtowej oraz jako miejsce działalności zorganizowanych grup przestępczych. W tabeli nr 57 przedstawiona została charakterystyka rynku narkotykowego.

Tabela 57. Charakterystyka rynku narkotykowego w województwie mazowieckim

Substancja	Charakterystyka rynku
Marihuana	Często zabezpieczana substancja, dostępna w różnych formach, w tym produkty o wysokiej mocy z wysoką zawartością THC. Najpopularniejszy narkotyk.
Amfetamina	Produkowana lokalnie, rozprowadzana w regionie i poza nim. Najpopularniejszy narkotyk stymulujący.
Katynony (3-CMC, 4-CMC, mefedron)	Produkowane w laboratoriach, wysoki poziom ryzyka zdrowotnego. Wzrastająca popularność. Duże zabezpieczenia przez Policję i wysoka dostępność.
Kokaina	Importowana, dystrybucja głównie w Warszawie, wysoka cena. Ograniczona skala używania.
Ecstasy (MDMA)	Popularna wśród młodzieży i w środowiskach klubowych. Duże stężenie MDMA w tabletkach ecstasy.

Źródło: dane Policji pozyskane przez KCPU

Dostępność narkotyków w województwie mazowieckim jest bardzo wysoka. Potwierdzają to liczne zabezpieczenia hurtowe, wysoka liczba postępowań oraz pojawianie się nowych form używania, takich jak waporyzacja. Ceny w województwie mazowieckim są zbliżone do średnich krajowych, z niewielkimi odchyleniami w Warszawie z powodu wyższego popytu i ryzyka (tabela nr 58).

Tabela 58. Ceny detaliczne narkotyków w województwie mazowieckim

Substancja	Cena detaliczna (zł)	Uwagi
Marihuana / Haszysz	40 zł/g	Najpopularniejsza jest marihuana, różna moc THC.
Amfetamina	35 zł/g	Duża dostępność, lokalna produkcja.
Metamfetamina	72 zł/g	Mniej popularna, obecna w dużych miastach.
Heroina	240 zł/g	Mały rynek, głównie duże miasta.
Kokaina	270 zł/g	Droga, dystrybucja głównie w Warszawie.
Ecstasy (tabletka)	16 zł/szt.	Popularna w klubach i na imprezach.
LSD	23 zł/dawka	-

Źródło: dane Policji pozyskane przez KCPU

Podsumowując wojewódzkie mazowieckie jest kluczowym województwem pod względem przestępczości narkotykowej. Jest to obszar o dużej dostępności różnych substancji psychoaktywnych, z rozwiniętym rynkiem hurtowym i detalicznym. Ceny są zbliżone do średnich krajowych, a rynek dynamicznie się zmienia, z rosnącą popularnością syntetyków oraz produktów konopnych o wysokiej mocy.

3. Diagnoza skali problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi w województwie mazowieckim

Uzależnienia behawioralne obecnie stanowią jedno z narastających wyzwań zdrowotno-społecznych również w województwie mazowieckim. Choć przez długi czas pozostawały one w cieniu klasycznych uzależnień chemicznych, takich jak alkohol czy narkotyki, obecnie zyskują coraz większą uwagę ze względu na ich skalę, dotkliwość i trudność w wykrywaniu. Źródła danych dotyczących zjawiska uzależnień od zachowań (uzależnień behawioralnych) w województwie mazowieckim są mocno ograniczone. Jednym raportem, w którym możemy znaleźć informacje na temat są badania ESPAD z 2024 r.[22], gdzie badano dwie grupy młodzieży (uczniowie – młodsza grupa to 15-16 latkowie oraz uczniowie ze starszej grupy 17-18 latkowie).

[22] Sierosławski J., Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie mazowieckim w 2024 r. – badanie ESPAD, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2024.

W kwestionariuszu z 2024 r. badania ESPAD problematykę korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype ograniczono do jednego pytania, skierowanego na identyfikację symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype. W młodszej grupie (15-16 lat) 54,4% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu w tych mediach, około 38,6% jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęca na tą aktywność za dużo czasu. Co dwunasty badany (8,2%) ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych mediów. W starszej grupie (17-18 lat) rozkład odpowiedzi jest podobny - analogiczne odsetki wynoszą 58,3%, 29,9% oraz 14,2%. Szerzej potraktowana została problematyka grania w gry na urządzeniach elektronicznych, takich jak komputer, smartfon, konsola. W kwestii czasu poświęconego na gry na urządzeniach elektronicznych pytano o liczbę dni w tygodniu, w których respondent grał oraz o symptomy nadmiernego grania. W obu badanych kohortach najliczniejsze frakcje stanowili badani, którzy w ogóle nie korzystali z gier na urządzeniach elektronicznych. W młodszej kohorcie stanowili oni 18,9%, zaś w starszej – 28,1%. Przez wszystkie 7 dni grało 23,6% uczniów z młodszej kohorty oraz 19,0% uczniów ze starszej. Porównanie wyników z 2024 r. z wynikami z 2019 r. sugeruje wzrost zainteresowania grami w młodszej kohorcie oraz w starszej grupie. Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak: komputer, smartfon, konsola. W młodszej grupie 23,1% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tą aktywność za dużo czasu, 23,8% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 9,2% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetek jest niższy. 15,3% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tą aktywność za dużo czasu, 15,4% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 7,8% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. Jeśli natomiast spojrzeć na sektor gier i zakładów wzajemnych w Polsce obejmuje takie formy działalności jak: loterie pieniężne, gry liczbowe, zakłady wzajemne, salony gry bingo, kasyna, salony gry na automatach, punkty gry na automatach o niskich wygranych. Gry hazardowe uprawiać można w Internecie oraz poprzez uczestnictwo w loteriach SMS.

Dane badania ESPAD sugerują, że 23,6% uczniów z młodszej kohorty oraz 27,9% uczniów ze starszej kohorty ma za sobą doświadczenia gry na pieniądze. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 12,4% piętnasto-szesnastolatków i 15,6% siedemnasto-osiemnastolatków. Porównanie wyników badań uzyskanych w 2024 r. z wynikami z 2019 r. ujawnia wzrost odsetek w obu grupach. W ramach badania analizowano częstotliwości stawiania pieniędzy w grach hazardowych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Najliczniejszą frakcję w obu badanych kohortach stanowiły osoby, które grały raz na miesiąc lub rzadziej (7,5% w młodszej kohorcie i 11,0% w starszej kohorcie). Odsetek badanych, którzy grali 2-3 razy w tygodniu wynosił w młodszej kohorcie 5,3% oraz w starszej kohorcie 6,4%. Wyniki uzyskane w obu kohortach w 2024 r. sugerują nie tylko zwiększenie się rozpowszechniania grania w gry hazardowe, ale także częstotliwości grania. Uczniowie, jeśli grają w gry hazardowe najczęściej poświęcają na to mniej niż 30 minut w ciągu dnia. Dotyczy to 6,6% uczniów z młodszej kohorty oraz 11,7% uczniów ze starszej kohorty. Pod tym względem, w czasie ostatnich 5 lat, nie nastąpiły większe zmiany. W grach na miejscu w młodszej kohorcie największą popularnością cieszyły się zakłady sportowe (13,8%) Najczęściej respondenci grali w nie raz na miesiąc lub rzadziej (6,2%). Najmniejszą popularnością cieszyły się karty lub kości (9,5%), w które również najczęściej grano raz w miesiącu (4,8%). W starszej kohorcie najczęściej deklarowano zakłady sportowe (15,4%), a najrzadziej grę na automatach (7,4%). W Internecie badani z obu grup najczęściej wskazywali także zakłady sportowe (12,7% pierwszoklasistów oraz 18,2% trzecioklasistów). W badaniu zastosowano dwa wskaźniki grania

problemowego. Pierwszy to potrzeba stawiania w grze coraz większych pieniędzy, a drugi to okłamywanie kogoś ważnego dla respondenta w sprawie tego jak dużo gra w gry hazardowe. Potrzebę stawiania coraz większych pieniędzy wyraziło 8,9% uczniów z młodszej kohorty oraz 11,9% uczniów ze starszej kohorty. Kłamanie w sprawie tego jak wiele się gra okazało się mniej rozpowszechnione, tylko 5,3% uczniów z młodszej kohorty oraz 6,0% ze starszej przyznało się do tego zachowania. Obydwa symptomy problemowego grania przejawiało 3,8% pierwszoklasistów oraz 4,9% trzecioklasistów. Porównanie z 2019 r. wskazuje na narastanie problemu. Od 2019 r. zwiększeniu uległy nie tylko rozpowszechnienie grania ale także odsetek osób zagrożonych hazardem problemowym. W 2019 r. tylko 1,6% badanych w młodszej kohorcie oraz 1,1% – w starszej uzyskało pozytywny wynik testu. Oznacza to wielokrotny wzrost w czasie ostatnich 5 lat.

Wyniki badania ESPAD 2024 pokazują, że około jednej piątej uczniów z młodszej kohorty (19,1% 15–16 latków) oraz jednej czwartej uczniów ze starszej kohorty (25,6% 17–18 latków) ma za sobą doświadczenia gry na pieniądze. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 5,2% piętnasto-szesnastolatków i 9,2% siedemnasto-osiemnastolatków. Porównanie wyników uzyskanych w województwie mazowieckim z wynikami w całym kraju nie ujawnia znaczących różnic w młodszej kohorcie, natomiast sugeruje większe rozpowszechnianie grania w gry hazardowe kiedykolwiek w życiu w starszej kohorcie w województwie, niż średnio w kraju. Pozostałe wskaźniki pozostają na podobnym poziomie jak w całym kraju. W województwie mazowieckim, będącym regionem o największym zaludnieniu i silnie zurbanizowanym charakterze, obserwuje się wyraźny wzrost problemów związanych z kompulsywnym korzystaniem z Internetu, mediów społecznościowych, gier komputerowych, hazardem (w tym internetowym), a także zakupoholizmem czy pracoholizmem. Szczególnie dotyczy to młodzieży i młodych dorosłych, ale problem występuje również wśród osób starszych. Przestrzeń cyfrowa – łatwo dostępna i stale obecna w życiu codziennym – stwarza warunki do rozwoju uzależnień, które są trudne do jednoznacznego zdiagnozowania i często przez długi czas pozostają niezauważone.

Chociaż nie prowadzi się jeszcze systematycznych i reprezentatywnych badań ogólnopolskich, które pozwalałyby dokładnie określić liczbę osób z uzależnieniem behawioralnym w podziale na województwa, dane cząstkowe oraz obserwacje terapeutów i placówek pomocowych wskazują, że województwo mazowieckie znajduje się w czołówce regionów mierzących się z tym problemem. W Warszawie i większych miastach regionu działa już wiele placówek prowadzących terapię uzależnień behawioralnych, w tym także wyspecjalizowanych w problemach związanych z hazardem czy Internetem. Jednak dostęp do wsparcia w mniejszych miejscowościach wciąż bywa ograniczony. Zgłaszane przypadki wskazują na nasilający się problem nadużywania nowych technologii, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Coraz częściej także pedagodzy i psycholodzy szkolni raportują trudności wychowawcze i psychiczne, których źródłem są m.in. długotrwałe, kompulsywne korzystanie z gier czy sieci społecznościowych. Wzrost tych zjawisk zbiegł się z czasem pandemii COVID-19 i upowszechnieniem zdalnych form nauki oraz pracy, co dodatkowo przyspieszyło rozwój niekontrolowanych zachowań ekranowych.

Województwo mazowieckie jako region, w którym skupia się wiele instytucji oświatowych, zdrowotnych i społecznych, ma też większą zdolność identyfikowania problemu. Jednak nadal istnieje potrzeba zbudowania spójnego systemu monitorowania uzależnień behawioralnych, prowadzenia badań na poziomie wojewódzkim i lokalnym oraz opracowania odpowiednich narzędzi profilaktycznych, edukacyjnych i terapeutycznych. Kluczowe będzie również zwiększenie dostępności

do terapii i wsparcia psychologicznego, zwłaszcza dla rodzin z dziećmi i młodzieżą, dla których uzależnienia behawioralne mogą być trudne do rozpoznania i skutecznego leczenia.

W perspektywie najbliższych lat województwo mazowieckie powinno przyjąć aktywną rolę lidera w działaniach na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym, rozwijając ofertę edukacyjną, profilaktyczną i terapeutyczną adekwatną do zmieniających się realiów cyfrowego społeczeństwa. NGO odgrywają kluczową rolę w przeciwdziałaniu uzależnieniom behawioralnym – zarówno na poziomie lokalnym, jak i ogólnokrajowym. Ich działania uzupełniają system publiczny, nierzadko będąc pierwszym punktem kontaktu dla osób dotkniętych uzależnieniem lub ich rodzin.

W województwie mazowieckim, gdzie skala problemów behawioralnych rośnie, obecność aktywnych NGO ma szczególne znaczenie.

Edukacja i profilaktyka
NGO prowadzą kampanie informacyjne i edukacyjne dotyczące zagrożeń wynikających z nadużywania technologii, hazardu czy zakupów kompulsywnych. Organizują warsztaty w szkołach, domach kultury i bibliotekach, skierowane do dzieci, młodzieży, nauczycieli i rodziców. Ich celem jest zwiększanie świadomości, rozpoznawanie wczesnych objawów uzależnień behawioralnych oraz promowanie zdrowych form spędzania czasu wolnego.

Wsparcie terapeutyczne i pomoc psychologiczna
Wiele NGO prowadzi poradnie psychologiczne, grupy wsparcia oraz programy terapeutyczne dla osób zmagających się z uzależnieniami behawioralnymi (np. od gier, Internetu, zakupów). Często są to organizacje, które specjalizują się w wybranych obszarach np. fundacje pomagające młodzieży uzależnionej od gier komputerowych, stowarzyszenia zajmujące się terapią hazardu czy ośrodki wspierające osoby uzależnione od pracy.

Działania rzeczniczce i systemowe
NGO są także ważnym głosem w debacie publicznej – zabiegają o wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych, np. ograniczeń w reklamie hazardu, czy kontroli nad dostępnością aplikacji zawierających elementy uzależniające. Współpracują z samorządami i instytucjami publicznymi przy tworzeniu lokalnych i regionalnych strategii przeciwdziałania uzależnieniom.

Innowacyjność i elastyczność
Dzięki niezależności od struktur administracyjnych, NGO często szybciej reagują na nowe zjawiska i potrzeby społeczne – np. prowadzą działania w mediach społecznościowych, tworzą aplikacje edukacyjne, poradniki online czy infolinie. Są też bardziej dostępne dla osób, które nie chcą lub nie mogą skorzystać z pomocy instytucjonalnej. W województwie mazowieckim działa wiele organizacji aktywnych w tej tematyce, m.in. Fundacja Praesterno, Stowarzyszenie Monar, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę czy Fundacja Dbam o Mój Zasięg. Organizacje te realizują projekty finansowane ze środków publicznych, jak również z grantów międzynarodowych czy darowizn.

Dane przedstawione w diagnozie pokazują, że problem uzależnień jak również działania z zakresu redukcji popytu oraz podaży na narkotyki wymagają współpracy wielu służb i organizacji. Działania Centrum stanowią ważne wsparcie dla wielu podmiotów zajmujących się tematyką uzależnień w województwie mazowieckim. Diagnoza powinna być punktem wyjścia do planowania efektywnych działań mających na celu ograniczenie szkód związanych z problemami uzależnień w województwie mazowieckim.

XI. Spis tabel i wykresów

Tabele:

Tabela 1. Podsumowanie realizacji Wojewódzkiego Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2025 w latach 2022-2024. 33

Tabela 2. Liczba placówek leczenia uzależnienia różnych typów w województwie mazowieckim w latach 2015–2018 (dane PARPA) oraz dane z 2025 bazy pomocowej Poradni Uzależnień oraz NFZ..... 43

Tabela 3. Liczba pacjentów uzależnionych od alkoholu (F10) leczonych w placówkach odwykowych... 43

w latach 2023-2025 (do maja) według województw oraz dla całego kraju 43

Tabela 4. Wskaźnik liczby pacjentów uzależnionych od alkoholu leczonych w placówkach odwykowych na 100 tys. populacji w podziale na województwa w latach 2023-2024 oraz w Polsce . 44

Tabela 5. Liczba zezwoleń wydanych w roku 2024 r..... 47

Tabela 6. Picie napojów alkoholowych przez młodzież – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)..... 49

Tabela 7. Picie napojów alkoholowych przez młodzież – starsza kohorta (17–18 lat) (%)..... 50

Tabela 8. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)..... 50

Tabela 9. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo – starsza kohorta (17–18 lat) (%)..... 50

Tabela 10. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców – młodsza kohorta (15–16 lat) (%). 51

Tabela 11. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców – starsza kohorta (17–18 lat) (%)..... 51

Tabela 12. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt – młodsza kohorta (15–16 lat) (%). 51

Tabela 13. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt – starsza kohorta (17–18 lat) (%). 52

Tabela 14. Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – młodsza kohorta (15–16 lat) (%). 52

Tabela 15. Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – starsza kohorta (17–18 lat) (%). 52

Tabela 16. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – młodsza kohorta (15–16 lat) (%). 53

Tabela 17. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – starsza kohorta (17–18 lat) (%). 53

Tabela 18. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)..... 53

Tabela 19. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców – starsza kohorta (17–18 lat) (%)..... 54

Tabela 20. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt – młodsza kohorta (15–16 lat) (%)..... 54

Tabela 21. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt – starsza kohorta (17–18 lat) (%). ... 55

Tabela 22. Wypadki drogowe z udziałem uczestników pod wpływem alkoholu – podział na województwa (2022–2024). ... 56

Tabela 23. Liczba zgonów spowodowanych narkotykami w Polsce w latach, kody ICD-10: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14 (2015-2023). ... 57

Tabela 24. Zakażenia HIV oraz zachorowalność na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2022–2024 ... 59

Tabela 25. Liczba osób uzależnionych od narkotyków objętych działaniami pomocy społecznej w 2024 r. ... 62

Tabela 26. Liczba osób uzależnionych od narkotyków objętych działaniami pomocy społecznej w 2023 r. ... 63

Tabela 27. Liczba pacjentów z rozpoznaniem F11-F16 F18-F19 oraz wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. populacji województwa w 2023-2024 oraz 2025 (styczeń-maj). ... 64

Tabela 28. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). ... 65

Tabela 29. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu (%) – starsza kohorta (17–18 lat). ... 66

Tabela 30. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród chłopców (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). ... 67

Tabela 31. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród chłopców (%) – starsza kohorta (17–18 lat). ... 68

Tabela 32. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). ... 68

Tabela 33. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt (%) – starsza kohorta (17–18 lat). ... 69

Tabela 34. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)... 70

Tabela 35. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy (%) – starsza kohorta (17–18 lat)..... 71

Tabela 36. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród chłopców (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). ... 71

Tabela 37. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród chłopców (%) – starsza kohorta (17–18 lat). ... 72

Tabela 38. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród dziewcząt (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). ... 72

Tabela 39. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród dziewcząt (%) – starsza kohorta (17–18 lat). ... 72

Tabela 40. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni (%) – młodsza kohorta (15–16 lat)..... 73

Tabela 41. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni (%) – starsza kohorta (17–18 lat)..... 73

Tabela 42. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród chłopców (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). ... 73

Tabela 43. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród chłopców (%) – starsza kohorta (17–18 lat). ... 73

Tabela 44. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród dziewcząt (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). ... 73

Tabela 45. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród dziewcząt (%) – starsza kohorta (17–18 lat). 74

Tabela 46. Symptomy problemowego używania marihuany – test przesiewowy PUM (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). 75

Tabela 47. Symptomy problemowego używania marihuany – test przesiewowy PUM (%) – starsza kohorta (17–18 lat). 75

Tabela 48. Symptomy problemowego używania przetworów konopi – test przesiewowy CAST (województwo mazowieckie) (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). 76

Tabela 49. Symptomy problemowego używania przetworów konopi – test przesiewowy CAST (województwo mazowieckie) (%) – starsza kohorta (17–18 lat). 76

Tabela 50. Symptomy problemowego używania przetworów konopi – test przesiewowy CAST (Polska) (%) – młodsza kohorta (15–16 lat). 76

Tabela 51. Symptomy problemowego używania przetworów konopi – test przesiewowy CAST (Polska) (%) – starsza kohorta (17–18 lat). 77

Tabela 52. Używanie dopalaczy (województwo mazowieckie) (%) – trzecie klasy gimnazjum. 77

Tabela 53. Używanie dopalaczy (województwo mazowieckie) (%) – drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych. 78

Tabela 54. Przestępstwa stwierdzone z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2024 r., osoby podejrzane w tym nieletni. 78

Tabela 55. Przestępstwa stwierdzone oraz osoby podejrzane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – porównanie 2019 oraz 2024 roku województwo mazowieckie. 79

Tabela 56. Produkcja narkotyków w województwie mazowieckim - przykłady zabezpieczonych nielegalnych laboratoriów. 80

Tabela 57. Charakterystyka rynku narkotykowego w województwie mazowieckim 80

Tabela 58. Ceny detaliczne narkotyków w województwie mazowieckim 81

Wykresy:

Wykres 1. Wskaźnik zgonów na 100 tys. mieszkańców – wojewódzko mazowieckie vs. średnia krajowa (2015–2023). 58

Wykres 2. Zakażenia HIV oraz zachorowalność na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. 60

XII. Bibliografia

Raporty i publikacje

- Health Promotion Glossary, WHO, Geneva 1998: https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua (15.08.2025)
- https://poradniauzaleznienia.pl/baza-placowek/ (15.08.2025)
- Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska, (red.) Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2018.
- Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Profilaktyka i rozwiązywanie problemów uzależnień w Polsce w samorządach lokalnych w 2023 roku – zestawienia statystyczne na podstawie: KCPU-G1 - sprawozdanie z działalności samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień w 2023 r., Warszawa: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
- Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Profilaktyka i rozwiązywanie problemów uzależnień w Polsce w samorządach lokalnych w 2022 roku - zestawienia statystyczne na podstawie: KCPU-G1 - sprawozdanie z działalności samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień w 2022 r., Warszawa: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
- Malczewski A., Szmidt J., Polska prezydencja w obszarze narkotyków – wyzwania i osiągnięcia Serwis Informacyjny Uzależnienia 2005 nr 2.
- Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym oraz przeciwdziałanie narkotykom i „dopalaczom", (red.) Malczewski A., Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej 2016.
- Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Monitoring Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Przemocy Domowej raport za 2024 r. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Nutt D., J., King L., A., Phillips L.,D., Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. "The Lancet" 2010 tom. 6
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2025 roku. Wydawnictwo KCPU
- Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenie opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Medycyna Praktyczna, Pediatria,
- Sierosławski J., Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie mazowieckim w 2024 r. – badanie ESPAD, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2024.
- Sprawozdania z poza leczniczej działalności Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia za lata 2015–2018, PARPA
- System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego www.programyrekomendowane.pl (15.08.2025).
- Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, red. Bogdan Wojtyniak i Anna Smaga. Warszawa 2025: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Narodowy Instytut Badawczy.

Źródła danych:

- Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom – dane dotyczące problematyki uzależnień.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – dane dotyczące pomocy społecznej dostępne na stronie internetowej: https://www.gov.pl/web/rodzina.
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – dane dotyczące zakażeń HIV dostępne na stronie internetowej: https://www.pzh.gov.pl/.