

Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2026-2030

Opole, marzec 2026 r.

Spis treści

1. Wprowadzenie, uwarunkowania oraz elementy diagnostyczne	4
1.1 Wprowadzenie - uwarunkowania prawne i merytoryczne	4
1.2. Uwarunkowania finansowe.....	6
1.3. Elementy diagnostyczne – wstęp	7
1.4. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”. Zagadnienia - zgony, leczeni z rozpoznaniem F10, F11-F19, obciążenie chorobowe - wskaźnik DALLY	7
1.5. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022”. Zagadnienie - pijący ryzykownie	11
1.6. Elementy diagnostyczne na podstawie materiału „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD”. Zagadnienia - picie napojów alkoholowych, silne upijanie się, używanie innych niż alkohol substancji, problemowe używanie marihuany, nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych i z gier na urządzeniach elektronicznych oraz udział w zajęciach profilaktycznych przez młodzież	11
1.7. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II” dotyczącego badań zrealizowanych w latach 2018-2019. Zagadnienia - używanie substancji, zaburzenia związane z używaniem substancji i piciem alkoholu przez młodzież	22
1.8. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania Profilaktyka uzależnień w gminach województwa opolskiego w 2024 r. Raport wojewódzki 2025. Zagadnienia realizacja programów profilaktycznych, dostępność realizatorów rekomendowanych programów profilaktycznych, plany gmin na 2025 r., potrzeby gmin w zakresie profilaktyki	24
1.9. Elementy diagnostyczne na podstawie materiałów policji. Zagadnienia - wypadki drogowe i alkohol, przemoc domowa	31
2. Przedsięwzięcia i realizacje.....	33
2.1 Cele programu	33
2.1.1 Cel strategiczny.....	33
2.1.2 Cele operacyjne Programu	34
2.2 Zadania Programu inspirowane Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2026	34
2.3 Wskaźniki.....	37
3. Finansowanie i organizacja realizacji Programu.....	38
3.1 Finansowanie Programu. Ramy finansowe realizacji Programu	38
3.2 Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji Programu.....	38
3.3 Organizacja i realizacja Programu	38
3.4 Elementy ewaluacji Programu.....	38
4. Spis tabel	39

Wykaz skrótów i nazw skróconych

- **ESPAD 2024** - używanie alkoholu, narkotyków, papierosów, mediów społecznościowych oraz gier na urządzeniach elektronicznych przez młodzież szkolną - ogólnopolskie badania ankietowe zrealizowane w 2024 r. w ramach Europejskiego programu badań ankietowych w szkołach ESPAD
- **FAS** – Alkoholowy Zespół Płodowy (ang. Fetal Alcohol Syndrome)
- **FAE** – Alkoholowy Efekt Płodowy (ang. Fetal Alcohol Effect)
- **JST lub jst** – jednostki samorządu terytorialnego
- **NPZ 2021-26** – Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026
- **NSP** – nowe substancje psychoaktywne
- **OOW NFZ** – Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
- **Program lub program** – Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2026-2030
- **ust-alk** - ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi
- **ust-nar** - ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
- **Strategia lub strategia** - Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego Opolskie 2030

1. Wprowadzenie, uwarunkowania oraz elementy diagnostyczne

1.1 Wprowadzenie - uwarunkowania prawne i merytoryczne

Podstawą opracowania nowego wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2026-2030 (dalej program) są zapisy art. 4 ust 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi (dalej ust-alk) - stanowiącymi, że samorząd województwa realizuje zadania „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”. Ponadto na taką realizację zadań/celów dotyczących przeciwdziałania narkomanii wskazuje art.9 ust.1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej ust-nar).

W roku 2025 wskazania do merytorycznej zawartości programu zawarte były w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2026 (dalej NPZ 2021-26), który został przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026. Wskazania te zawarte były w NPZ 2021-26 w części VI „Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka uzależnień” w czterech działaniach „Zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom”, „Uzależnienie od alkoholu”, „Uzależnienia od zachowań (uzależnienia behawioralne)” oraz „Uzależnienia od narkotyków”. Cztery wskazane wyżej działania zawierają konkretne zadania, z których część jest wskazana jako możliwa do realizacji między innymi przez jednostki samorządu terytorialnego (dalej jst).

Poniżej przedstawione zostanie zestawienie w/w działań NPZ 2021-26 ze wskazaniem zadań dla jst.

Tabela 1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2026 – działania i zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie problematyki alkoholowej, narkotykowej oraz uzależnień behawioralnych

Nazwa działania z NPZ 2021-26	Nazwa zadania dla jst z NPZ 2021-26
Zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom	1.Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom
	2.Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu)
	3.Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień

	4. Poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego
	5. Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin
	6. Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy domowej
	7. Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich
Uzależnienie od alkoholu	8. Wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej
	9. Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz na temat FASD
	10. Zmniejszanie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu
	11. Zwiększanie skuteczności w przestrzeganiu prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, sprzedaży, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych
Uzależnienia od zachowań (uzależnienia behawioralne)	12. Upowszechnianie wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, prowadzenie kampanii społecznych, strony i poradni internetowej oraz telefonu zaufania
Uzależnienia od narkotyków	13. Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP

Dla realizacji przez jst było przeznaczonych 13 zadań wskazanych w NPZ 2021-26. Dla Samorządu Województwa Opolskiego oznacza to konieczność dobrego i trafnego wyboru priorytetów i zadań między innymi w związku z ograniczonymi zasobami finansowymi, które mogą być przeznaczone na realizację zadań. Inne ograniczenia z którymi mieliśmy i mamy do czynienia w przypadku realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, to różnego rodzaju ograniczenia kadrowe, zarówno własne jak i zewnętrzne. Przykładowo odnośnie ograniczeń - w ogłoszonym w 2025 r. konkursie ofert „Opolska Profilaktyka Uzależnień – Pomoc ma Moc – Edycja 2025-2026” w przypadku zadania „Przygotowanie do realizacji i/lub realizacja w szkołach województwa opolskiego – z preferencjami dla szkół z terenów wiejskich oraz z gmin dotkniętych powodzią w 2024 r. - rekomendowanych programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki uniwersalnej lub selektywnej, zawartych w bazie systemu rekomendacji

programów profilaktycznych i promocji zdrowia...” nie złożył oferty żaden podmiot z województwa opolskiego. Swoje znaczenie miała w tym przypadku pandemia COVID-19, która doprowadziła do zakończenia działalności jednego z najlepszych w województwie opolskim podmiotu aktywnego w obszarze profilaktyki, tzn. Stowarzyszenia Pracownia Rozwoju Osobistego.

W przypadku działania NPZ 2021-26 „Uzależnienie od tytoniu (nikotyny)”, nie było wskazanych zadań dla jst.

1.2. Uwarunkowania finansowe

W przypadku samorządów województw dysponują one specjalnymi dochodami, które przeznaczone są na realizację wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Zgodnie z zapisami art.9, ust.2 ust-alk „Obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu może być prowadzony tylko na podstawie zezwolenia wydanego przez marszałka województwa. Wydawanie zezwoleń, decyzji wprowadzających zmiany w tych zezwoleniach oraz duplikatów tych zezwoleń należy do zadań własnych województw”. Jak stanowi art.9², ust.1 ust-alk „Za zezwolenia, o których mowa w art. 9 ust. 1 i 2, decyzji wprowadzających w zezwoleniach zmiany oraz wydawanie duplikatów pobiera się opłaty”, a zgodnie z art.9³, ust.1, pkt.1 „Opłaty, o których mowa w art. 9² ust. 1, przeznacza się wyłącznie na finansowanie zadań: 1) określonych w wojewódzkich programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, o których mowa w art. 4 ust. 1”. Realizacja programu ma zapewnione środki finansowe, przy czym należy podkreślić, że samorząd województwa może na realizację programu przeznaczyć dodatkowe środki finansowe pochodzące z innych dochodów niż wskazane wyżej.

Dochody budżetu województwa opolskiego z tytułu opłat za wydawanie zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu w ostatnich latach przedstawiały się następująco:

Tabela 2. Dochody budżetu województwa opolskiego z tytułu wydawania zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu wraz z dochodami powiązanymi oraz realne wydatki na realizację wojewódzkich programów dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Rok	2022	2023	2024	2025
Dochody wykonane w zł	154 600	433 700	115 200	500 100
Realne wydatki	417 960	574 040	586 800	315 380

Biorąc pod uwagę np. obciążenie wydatków dotacjami wynikającymi z rozstrzygnięć konkursów ofert realizowanych w oparciu o ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym – wysokość powyżej wskazanych dochodów powoduje ograniczenia w zakresie podejmowanych działań, także w sytuacji w której na realizację zadań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień przeznaczane są dodatkowe środki finansowe. Jak wynika z powyższego zestawienia, roczna wysokość środków finansowych będących w ostatnich latach do dyspozycji z dochodów związanych z zezwoleniami na hurtowy obrót napojami alkoholowymi - przewyższała wydatki w związku z większymi potrzebami oraz możliwością dodatkowego wsparcia finansowego w tym zakresie.

1.3. Elementy diagnostyczne – wstęp

W przypadku problemów alkoholowych i narkotykowych dostępnych jest bardzo dużo informacji zawierających różnego rodzaju dane, które mogą być jeszcze dodatkowo przetwarzane i grupowane w różne zestawienia.

Problemem staje się więc taki dobór danych, by mogło to ilustrować różnorodne problemy ich skalę i specyfikę. Niektóre dane – np. wynikające z badań – dotyczą Polski, w znacznej części przypadków istnieje jednak możliwość ich zastosowania dla dokumentów programowych odnoszących się do województwa.

Poniżej zaprezentowany zostanie wybór elementów diagnostycznych, z założenia ma to być:

- 1) diagnostyczne ujęcie, które nie spowoduje zagubienia się w gąszczu mniej, czy bardziej przydatnych liczb i zestawień,
- 2) zestawienie danych pomocne w zrozumieniu rodzajów i skali różnego rodzaju problemów związanych z używaniem substancji i tzw. uzależnieniami od czynności (behawioralnymi) - jest to o tyle ważne, że program niniejszy ma spełniać także funkcję edukacyjną i inspirującą dla innych podmiotów zaangażowanych w profilaktykę i rozwiązywanie problemów uzależnień,
- 3) zestawienie dające podstawę do planowania możliwych i potrzebnych do realizacji przedsięwzięć,
- 4) ujęcie wskazujące kierunki działań w dłuższej perspektywie czasowej.

W niniejszym programie przyjęto rozwiązanie, że wstępne wskazania związane z zadaniami i przedsięwzięciami do realizacji przez Samorząd Województwa Opolskiego znajdować się będą obok prezentowanych elementów diagnostycznych.

1.4. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”. Zagadnienia - zgony, leczeni z rozpoznaniem F10, F11-F19, obciążenie chorobowe - wskaźnik DALLY

Nowoczesne podejście do zaprezentowania problemów wynikających z używania napojów alkoholowych i innych substancji zostało zawarte opracowaniu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”. Poniżej zaprezentowane zostaną niektóre dane zawarte we wskazanym opracowaniu.

Tabela 3. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2019, 2022 i 2023 na 100 tys. ludności w Polsce¹

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019 r.	2022 r.	2023 r.	2019 r.	2022 r.	2023 r.
Ostry zawał serca	40,7	40,6	37,2	25,5	23,1	23,5
Przewlekłe choroby wątroby	28,6	33,4	30,4	11,8	13,2	12,0

¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Anny Smagi, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025, obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS, ss.110-111.

Przyczyny bezpośrednio związane z alkoholem	50,3	58,8	51,7	14,5	16,5	14,3
---	------	------	------	------	------	------

Już pierwsze zaprezentowane powyżej dane wskazują na poważny charakter strat jakie związane są z konsumpcją alkoholu. Wskazane do realizacji byłyby więc działania, które prowadziłyby do zmniejszenia konsumpcji alkoholu zarówno w wymiarze populacyjnym jak i jednostkowym. To ostatnie jest szczególnie ważne w przypadku osób, których używanie alkoholu osiągnęło wysoki poziom destrukcyjności. Na potrzebę takich działań wskazują również dane zawarte w dwóch następnych tabelach.

Dla porównania w tabelach dotyczących przyczyn zgonów zaprezentowano informacje dotyczące kilku przyczyn.

Tabela 4. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2023 r. na 100 tys. ludności w Polsce²

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Ostry zawał serca	32,6	26,5	40,4	32,7	25,5	20,3
Przewlekłe choroby wątroby	22,7	18,1	32,4	27,6	14,0	8,7
Przyczyny bezpośrednio związane z alkoholem	33,5	30,8	52,3	51,0	16,8	10,6

Powyższa tabela wskazuje na znacznie bardziej destrukcyjne modele picia mężczyzn niż kobiet. W destrukcyjnych modelach picia w grę wchodzi picie mocniejszych alkoholi, picie w większych dawkach, długie ciągi picia, częstsze upijanie się i upijanie się do utraty kontroli lub świadomości, wreszcie podejmowanie pod wpływem alkoholu różnego rodzaju ryzykownych zachowań, czy też łączenie alkoholu z lekami i/lub narkotykami.

Tabela 5. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w latach 1999 i 2023 na 100 tys. ludności w Polsce³

Mężczyźni		Kobiety	
1999 r.	2023 r.	1999 r.	2023 r.
42,6	51,6	9,8	12,9

Znaczący wzrost współczynników zgonów związanych bezpośrednio z konsumpcją alkoholu jest wyraźny. W zasięgu oddziaływania samorządu województwa jest wspieranie i inspirowanie wspierania środowisk i organizacji trzeźwościowych, by mogły one lepiej oddziaływać na osoby z nimi związane i jednocześnie być atrakcyjne dla nowych osób z grupy uzależnionych, których destrukcyjne picie napojów alkoholowych stanowi realne zagrożenie dla życia i zdrowia – swojego i innych.

² Sytuacja zdrowotna ludności Polski...2025, op. cit., obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS, ss.112-113.

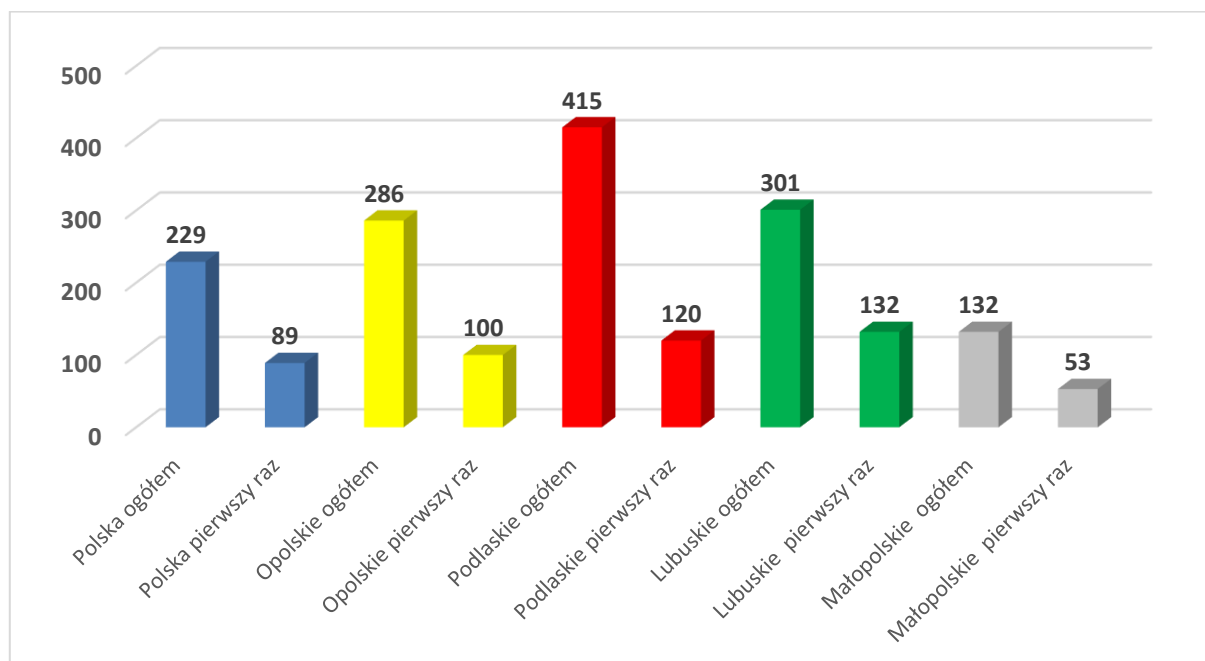
³ Sytuacja zdrowotna ludności Polski...2025, op. cit., obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS, ss.172-173.

Tabela 6. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań w latach 2019–2022 (współczynniki na 100 tys. ludności) ⁴

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)	269,9	177,2	190,8	232,0	152,6	96,8	80,3	89,8
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)	66,6	44,7	56,4	66,8	40,2	25,9	20,9	24,0

Współczynniki chorych leczonych w związku z zaburzeniami spowodowanymi alkoholem oraz środkami psychoaktywnymi po znacznym spadku związanym z pandemią Covid-19 wzrastają, a w przypadku leczonych ogółem w związku z zaburzeniami spowodowanymi środkami psychoaktywnymi – wróciły do stanu sprzed pandemii. Związane z tym obciążenie leczenia uzależnień szybko wzrastało. Ze strony samorządu województwa możliwa i potrzebna jest kontynuacja wsparcia dla kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób pracujących w leczeniu uzależnień.

Wykres 1. Psychiatryczne oddziały całodobowe - chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu według województwa zamieszkania w 2022 r. na 100 tys. ludności (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii) ⁵



⁴ Sytuacja zdrowotna ludności Polski...2025, op. cit., na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, s.261.

⁵ Sytuacja zdrowotna ludności Polski...2025, op. cit., dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii, s.264

Odsetki leczonych przedstawiono w porównaniu do Polski oraz do trzech województw podlaskiego z najwyższymi odsetkami, małopolskiego z najniższymi odsetkami oraz lubuskiego ze względu na jego podobieństwa do województwa opolskiego.

Kolejna tabela przedstawia kwestię obciążenia chorobowego wyrażonego wskaźnikiem DALLY, tj. utraconego roku życia w zdrowiu (ang. Disability Adjusted Life Years), co jest ujmowane w wielu profesjonalnych opracowaniach.

Tabela 7. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u mężczyzn w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone rzeczywistym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności (górne liczby) oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu chorobowym (dolne liczby z %) ⁶

Przyczyna	Polska	Opolskie	Lubuskie	Łódzkie
Zaburzenia związane z używaniem substancji	1496,72 3,3%	940,41 2,1%	1485,53 3,2%	2088,43 4,1%
Zaburzenia psychiczne	1611,16 3,6%	1626,46 3,7%	1623,08 3,5%	1607,16 3,1%

Powyższa tabela pokazuje wyjątkową sytuację dotyczącą województwa opolskiego i obciążeń chorobowych mężczyzn wynikających z zaburzeń związanych z używaniem substancji – **jest to najniższe obciążenie w Polsce**. Województwo łódzkie jest województwem z największym obciążeniem chorobowym mężczyzn wynikającym z zaburzeń związanych z używaniem substancji. Przyczynę „zaburzenia psychiczne” umieszczono dla porównania.

Tabela 8. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u kobiet w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone rzeczywistym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności (górne liczby) oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu chorobowym (dolne liczby z %) ⁷

Przyczyna	Polska	Opolskie	Lubuskie	Łódzkie
Zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych	467,62 1,3%	397,40 1,1%	497,57 1,3%	568,08 1,4%
Zaburzenia psychiczne	1880,10 5,2%	1898,39 5,3%	1898,89 5,1%	1879,90 4,6%

W przypadku obciążeń chorobowych kobiet wynikających z zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych, w czterech województwach – lubelskim, małopolskim, podkarpackim i świętokrzyskim – obciążenie to jest mniejsze niż w województwie opolskim. Województwo łódzkie jest województwem z największym obciążeniem chorobowym kobiet wynikającym z zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych. Przyczynę „zaburzenia psychiczne” umieszczono dla porównania.

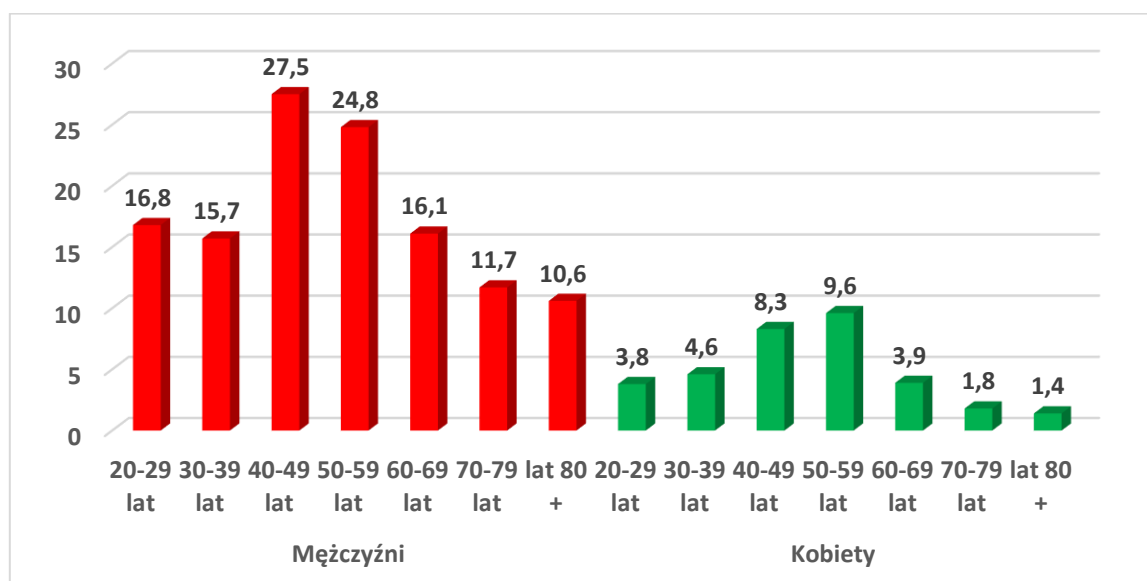
⁶ Sytuacja zdrowotna ludności Polski...2025, op. cit., s.542-543.

⁷ Sytuacja zdrowotna ludności Polski...2025, op. cit., s.544-545.

1.5. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022”. Zagadnienie - pijący ryzykownie

W opracowaniu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022” znajduje się oszacowanie osób pijących ryzykownie, którego nie ma w kolejnym opracowaniu o sytuacji zdrowotnej ludności Polski przygotowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy w 2025 r. – oszacowanie dotyczące 2022 r., przedstawione jest poniżej.

Wykres 2. Odsetek pijących ryzykownie wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w roku 2022 według płci i wieku (dane Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy)⁸



Odsetki pijących ryzykownie – szczególnie wysokie w przypadku mężczyzn – wskazują na potrzebę przedsięwzięć adresowanych bezpośrednio lub pośrednio tej grupy. Podobnie jak wcześniej wskazać należy na możliwość i potrzebę wspierania środowisk i organizacji trzeźwościowych.

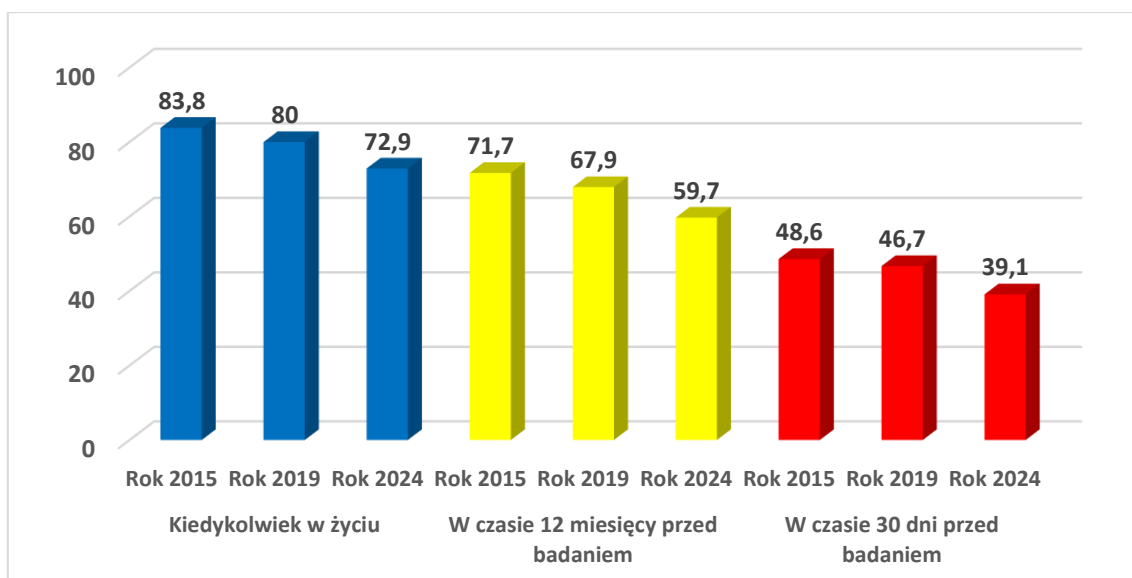
1.6. Elementy diagnostyczne na podstawie materiału „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD”. Zagadnienia - picie napojów alkoholowych, silne upijanie się, używanie innych niż alkohol substancji, problemowe używanie marihuany, nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych i z gier na urządzeniach elektronicznych oraz udział w zajęciach profilaktycznych przez młodzież

Najnowsze badanie ESPAD dotyczące używania alkoholu, narkotyków oraz mediów społecznościowych i gier przez młodzież szkolną nie było realizowane na próbie reprezentatywnej z województwa opolskiego, było natomiast realizowane w skali Polski.

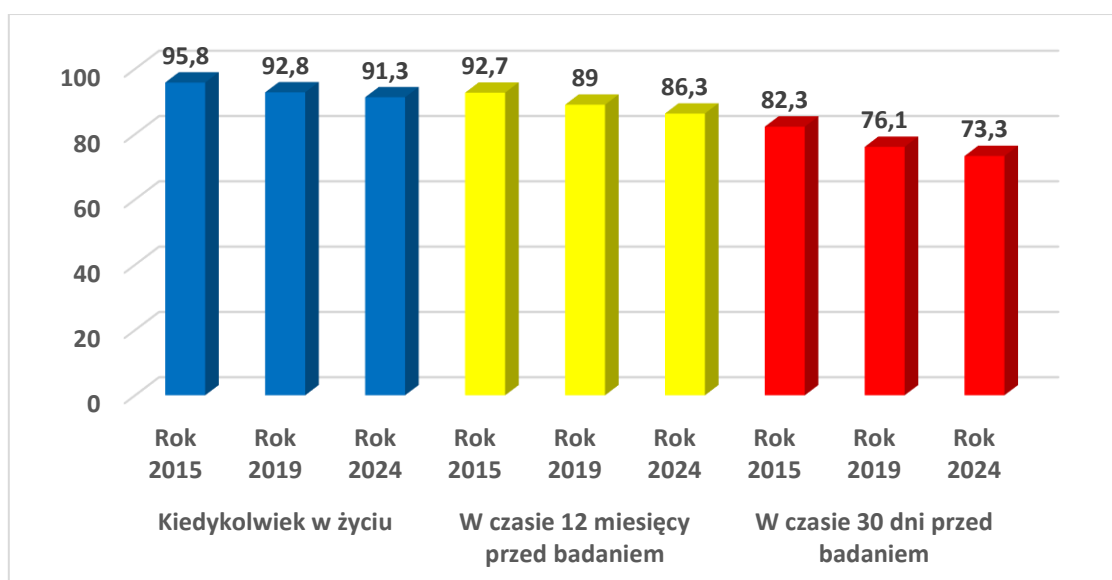
⁸ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025, obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS, s.502.

Biorąc pod uwagę doświadczenia wcześniejszych edycji badań – brak poważniejszych różnic pomiędzy wynikami badań ogólnopolskich, a badaniami w województwie opolskim – można posłużyć się badaniami ogólnopolskimi dla ilustracji problematyki w województwie opolskim.

Wykres 3. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez młodzież w wieku 15–16 lat w Polsce⁹



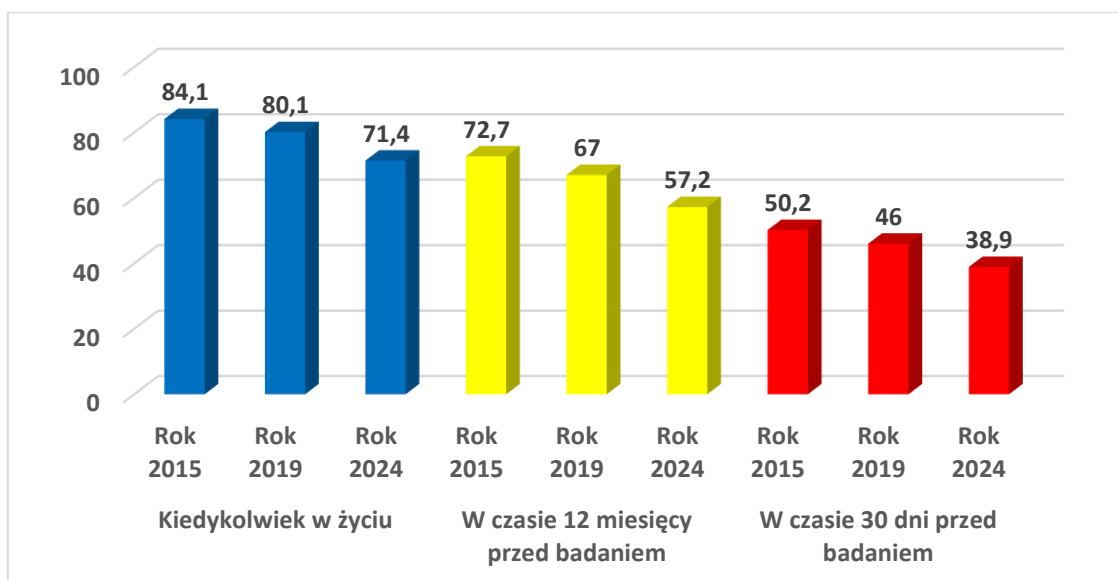
Wykres 4. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez młodzież w wieku 17–18 lat w Polsce¹⁰



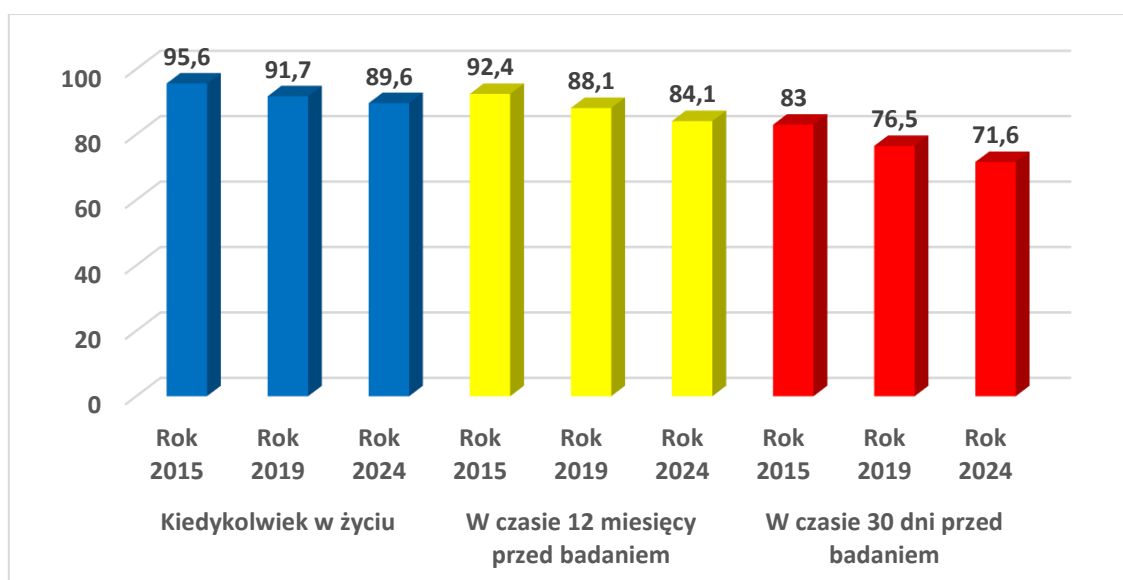
⁹ Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD, Janusz Sierosławski, Urszula Sierosławska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2024, s.22. Pobrane z <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf>, data pobrania 15.09.2025 r.

¹⁰ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.22.

Wykres 5. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez chłopców w wieku 15–16 lat w Polsce ¹¹



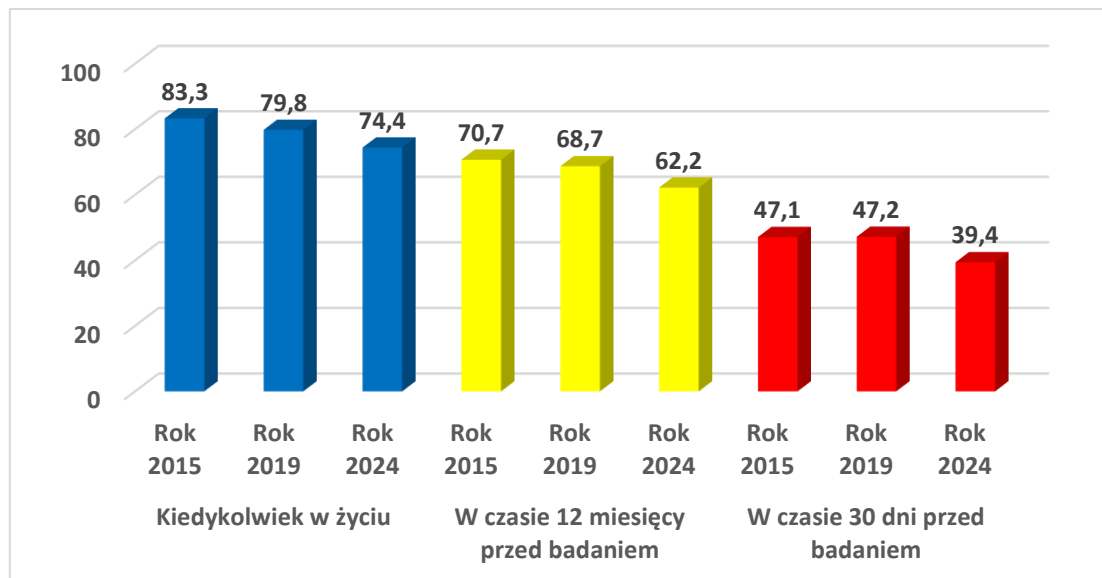
Wykres 6. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez chłopców w wieku 17–18 lat w Polsce ¹²



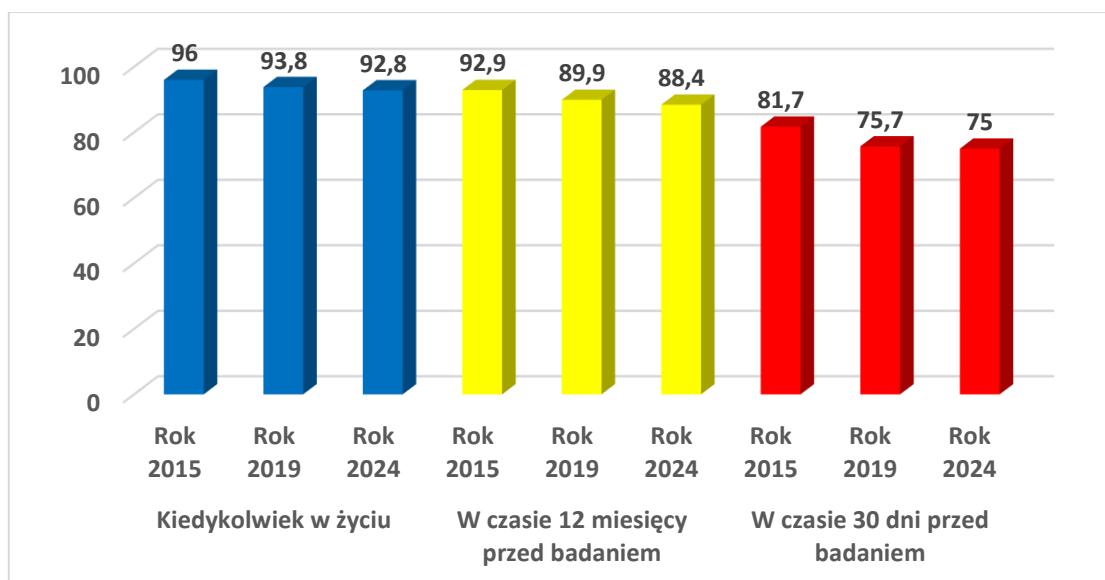
¹¹ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.23.

¹² Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.23.

Wykres 7. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez dziewczęta w wieku 15–16 lat w Polsce ¹³



Wykres 8. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez dziewczęta w wieku 17–18 lat w Polsce ¹⁴



Wszystkie zaprezentowane wyżej wykresy odnoszące do picia napojów alkoholowych wskazują na mniejsze lub większe spadki tego używania, które pozostaje jednak na wysokim poziomie i zapewne na zbliżonym poziomie pozostanie w przyszłości z mniejszymi czy

¹³ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.24.

¹⁴ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.24.

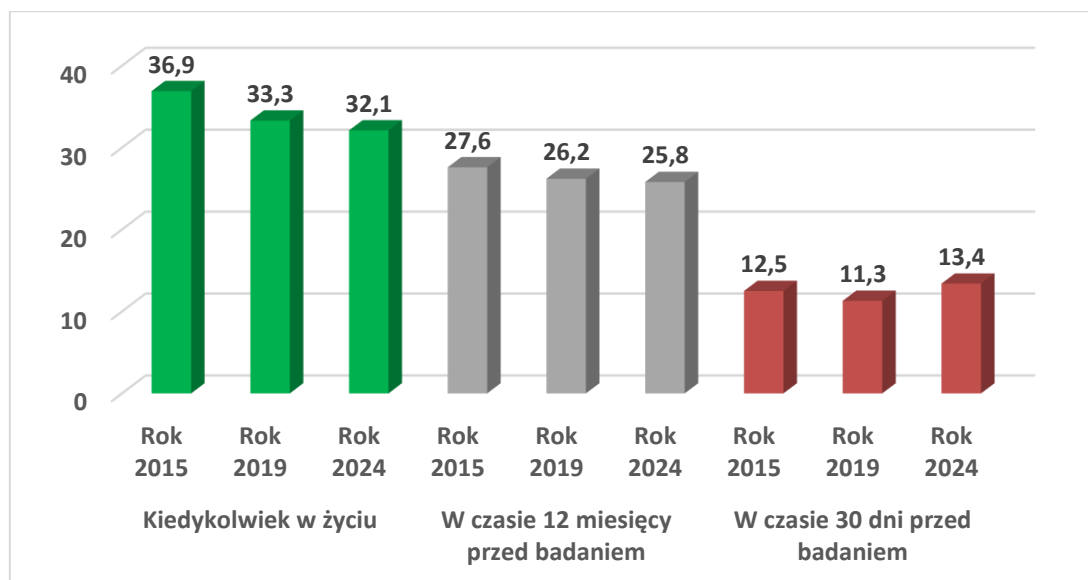
większymi wahaniami. Tak więc do stylu życia nastolatków przypisane jest picie napojów alkoholowych – trzeba założyć, że opcja abstynencyjna nastolatków nie jest i nie będzie możliwa do osiągnięcia. Uwagę zwracają wysokie wskaźniki używania napojów alkoholowych przez 15-16 latków. To wszystko wskazuje na potrzebę przemyślanych działań profilaktycznych, które powinny:

- 1) opierać się na profesjonalnych działaniach o udokumentowanej skuteczności,
- 2) zaczynać się w jak najwcześniejszym okresie życia/edukacji,
- 3) w przypadku oddziaływań adresowanych do nastolatków być przygotowywane i realizowane z jak największym udziałem młodych ludzi.

Przedstawione na kolejnych sześciu wykresach dane dotyczące silnego upicia się nastolatków są wysoce niepokojące ze względu na:

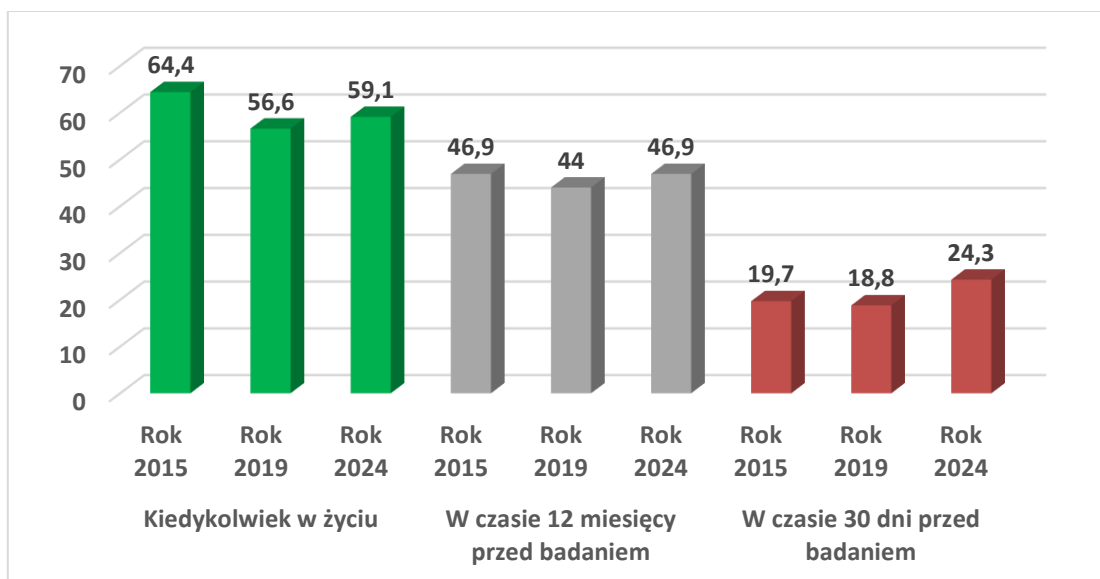
- 1) wysokie odsetki młodzieży, która się silnie upija,
- 2) występujące wyraźne tendencje wzrostowe zjawiska, także wśród dziewcząt (!),
- 3) możliwe negatywne konsekwencje, w postaci szkód doraźnych o różnym charakterze.

Wykres 9. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetek badanych), przez młodzież w wieku 15-16 lat w Polsce ¹⁵

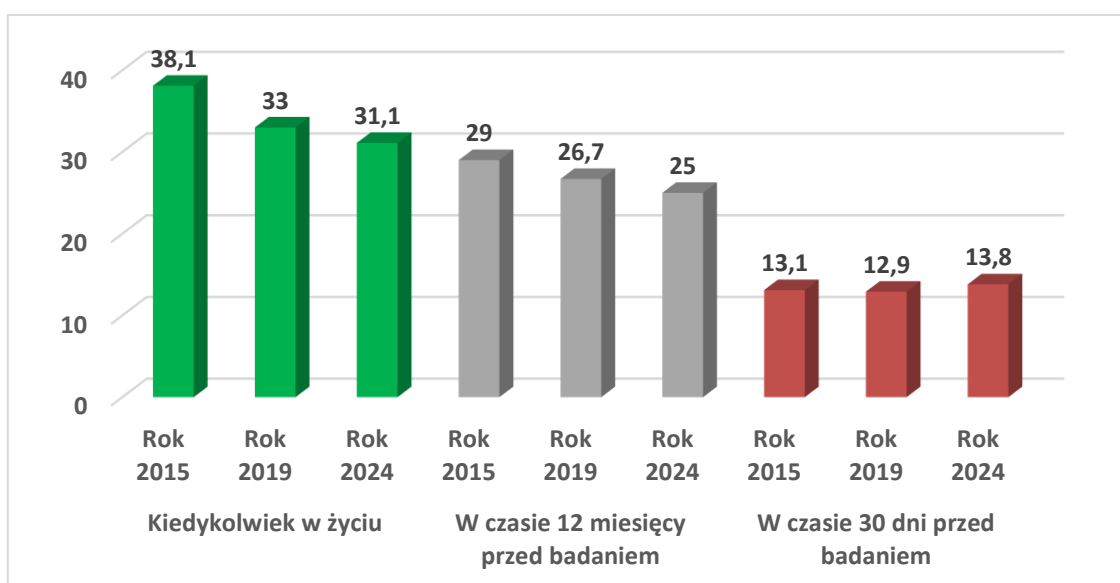


¹⁵ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.28.

Wykres 10. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez młodzież w wieku 17-18 lat w Polsce ¹⁶



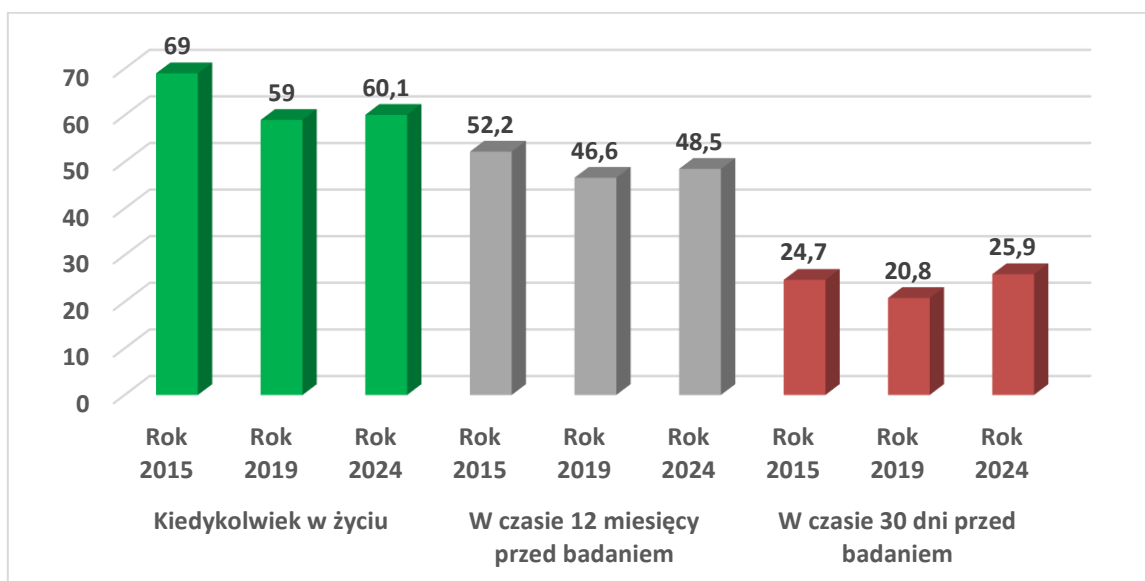
Wykres 11. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez chłopców w wieku 15–16 lat w Polsce ¹⁷



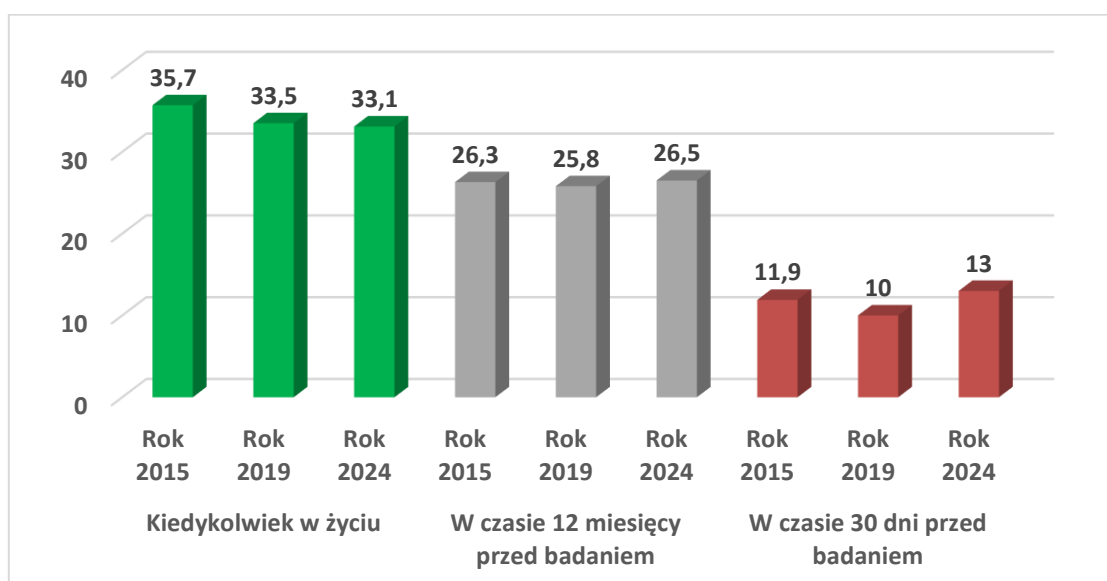
¹⁶ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.28.

¹⁷ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.29.

Wykres 12. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez chłopców w wieku 17–18 lat w Polsce ¹⁸



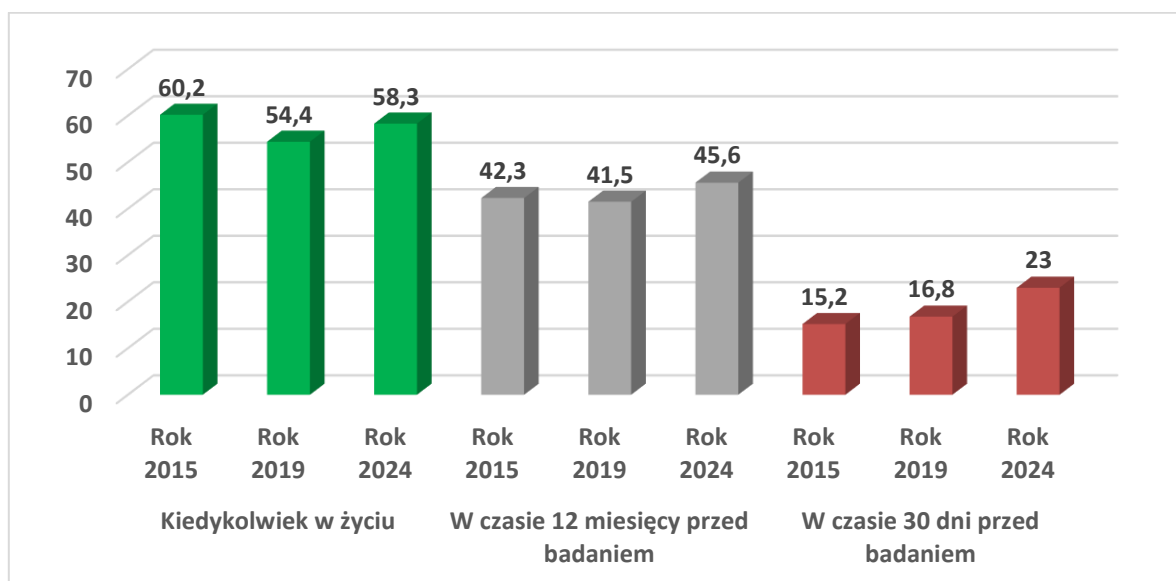
Wykres 13. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez dziewczęta w wieku 15–16 lat w Polsce ¹⁹



¹⁸ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.29.

¹⁹ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.30.

Wykres 14. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez dziewczęta w wieku 17–18 lat w Polsce ²⁰



Dane dotyczące upijania się nastolatków jeszcze dobitniej wskazują na potrzebę realizacji, wspierania i promowania skutecznych profesjonalnych przedsięwzięć profilaktycznych, które powinny:

- 1) być przygotowywane i realizowane z udziałem młodzieży,
- 2) posługiwać się nowymi, używanymi na co dzień przez młodzież sposobami komunikowania się,
- 3) zawierać komponenty harm reduction,
- 4) zawierać komponenty wsparcia rówieśniczego
- 5) wspierać rodziców w sposób praktyczny i atrakcyjny dla nich.

Dane dotyczące używania alkoholu i upijania się dziewcząt wskazują na potrzebę realizacji przedsięwzięć edukacyjnych dotyczących FAS (ang. Fetal Alcohol Syndrome), tj. Alkoholowego Zespołu Płodowego oraz FAE (ang. Fetal Alcohol Effect), tj. Alkoholowego Efektu Płodowego. Należałoby także promować i wspierać powstawanie w województwie profesjonalnego i systemowego diagnozowania i terapii FAS/FAE.

Kwestii używania narkotyków przez młodzież dotyczyć będą kolejne tabele. W badaniach ESPAD 2024 uwzględniono 19 substancji lub ich kombinacji używanych przez młodzież – do tabeli wybrano 6 z nich, kierując się ich rozpowszechnieniem.

Tabela 9. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu przez młodzież w wieku 15–16 oraz 17–18 lat (odsetki badanych) ²¹

Wiek	Substancje	2015	2019	2024
15-16 lat	Marihuana lub haszysz	25	21,4	16,9
	Substancje wziewne	11,2	8,6	6,7
	Amfetamina	5,3	4,2	4,2
	LSD lub inne halucynogeny	5,5	3,2	4

²⁰ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.30.

²¹ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.33-34.

17-18 lat	Kokaina	4,4	2,9	3,7
	Ecstasy	3,9	3,3	3,8
	Marihuana lub haszysz	43	37,2	33,1
	Substancje wziewne	7,6	6,9	6,3
	Amfetamina	7,1	4,7	4,5
	LSD lub inne halucynogeny	5,2	4,2	4
	Kokaina	4,3	3,1	3,1
	Ecstasy	4	5,1	4

Tabela 10. Używanie substancji chociaż raz w życiu przez chłopców w wieku 15–16 oraz 17–18 lat (odsetki badanych) ²²

Wiek	Substancje	2015	2019	2024
15-16 lat	Marihuana lub haszysz	29,5	24,8	19,7
	Substancje wziewne	11,2	8,5	5,9
	Amfetamina	5,9	4,8	5,1
	LSD lub inne halucynogeny	6,1	4,2	5,4
	Kokaina	4,9	3,5	4,7
	Ecstasy	4,4	4,4	5
17-18 lat	Marihuana lub haszysz	48,8	41,4	37,9
	Substancje wziewne	7,4	7,3	6,5
	Amfetamina	8,3	5,3	5,3
	LSD lub inne halucynogeny	6,2	5,6	5,1
	Kokaina	5,2	3,7	4,1
	Ecstasy	5,4	5,9	5,1

Tabela 11. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt w wieku 15–16 lat oraz 17–18 lat (odsetki badanych) ²³

Wiek	Substancje	2015	2019	2024
15-16 lat	Marihuana lub haszysz	20,6	18,2	14,1
	Substancje wziewne	11,1	8,7	7,4
	Amfetamina	4,7	3,6	3,3
	LSD lub inne halucynogeny	4,8	2,3	2,7
	Kokaina	3,8	2,2	2,7
	Ecstasy	3,4	2,2	2,6
17-18 lat	Marihuana lub haszysz	37,9	33,1	29,4
	Substancje wziewne	7,7	6,5	6
	Amfetamina	6,1	4,1	3,7
	LSD lub inne halucynogeny	4,3	2,7	3
	Kokaina	3,6	2,6	2,1
	Ecstasy	2,8	4,2	3

²² Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.37-38.

²³ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.39-40.

W przypadku używania substancji przez chłopców i dziewczęta mamy do czynienia – za wyjątkiem marihuany lub haszyszu – z niewielkimi odsetkami, które mają tendencje do zmniejszania się od 2015 r. do 2024 r. Przy czym odsetki używania substancji przez młodsze grupy badanych chłopców i dziewcząt bywają niekiedy większe od odsetek używania przez starsze grupy badanych, co jest niepokojące.

Odnosnie zjawiska używania substancji innych niż alkohol adekwatne są wyżej zaprezentowane wskazania odnoszące się do działań związanych z używaniem alkoholu przez młodzież, tzn. potrzebna jest realizacja, wspieranie i promowanie profesjonalnych przedsięwzięć profilaktycznych, które powinny:

- 1) być przygotowywane i realizowane z udziałem młodzieży,
- 2) posługiwać się nowymi, używanymi na co dzień przez młodzież sposobami komunikowania się,
- 3) zawierać komponenty harm reduction,
- 4) zawierać komponenty wsparcia rówieśniczego
- 5) wspierać rodziców w sposób praktyczny i atrakcyjny dla nich.

Tabela 12. Symptomy problemowego używania marihuany przez chłopców i dziewczęta w wieku 15–16 i 17–18 lat – test przesiewowy PUM (odsetki badanych). Pozytywny wynik testu (co najmniej dwa symptomy) ²⁴

Badana grupa młodzieży	2015	2019	2024
Ogółem 15-16 lat	7	5,2	5,8
Ogółem 17-18 lat	7,6	6,7	6,6
Chłopcy 15-16 lat	8,8	7,2	7,6
Chłopcy 17-18 lat	11,2	8,7	8,3
Dziewczęta 15-16 lat	5,1	3,3	4
Dziewczęta 17-18 lat	4,4	4,6	5,1

Odsetki problemowego używania marihuany stanowią przesłankę do promowania i realizacji programów profilaktyki selektywnej i wskazującej, tzn. odnoszących się do osób z grupy ryzyka pod względem używania substancji.

Tabela 13. Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook, Skype przez młodzież w wieku 15-16 i 17-18 lat (odsetki badanych) ²⁵

Grupa badanej młodzieży	Symptom	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Razem tak
15-16 lat	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	23,7	26,9	50,6
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	16,3	21	37,3
17-18 lat	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	27,6	27,6	55,2
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	12,4	19,6	32

W powyższej tabeli zwracają uwagę spore różnice pomiędzy postrzeganiem aktywności młodzieży w mediach społecznościowych przez samą młodzież i rodziców, którzy

²⁴ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.47-49.

²⁵ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.98.

w jakiejś części nie są w stanie realnie dostrzec zbyt dużego/intensywnego zaangażowania czasowego swoich dzieci w media społecznościowe.

Tabela 14. Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak komputer, smartfon, konsola przez młodzież w wieku 15-16 i 17-18 lat (odsetki badanych)

26

Grupa badanej młodzieży	Symptom	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Razem tak
15-16 lat	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	7,9	14,6	22,5
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu	9,7	12,6	22,3
17-18 lat	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	6,5	10,3	16,8
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu	7	9,2	16,2

Kwestia nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych oraz z gier na urządzeniach elektronicznych jest bardzo trudna do rozwiązania z wielu powodów – współczesny świat wymusza niejako i wymaga korzystania z mediów społecznościowych, a urządzenia elektronicznego komunikowania się, są częścią codzienności, nie ma też zbyt wielu profesjonalnych narzędzi profilaktycznych, te zaś które istnieją nie wykorzystywane na dużą skalę. Ponadto jak wynika z zaprezentowanych danych, rodzice często nie są w stanie zawsze zauważyć nadmiernego korzystania dzieci z mediów społecznościowych. To wszystko wskazuje na potrzebę wspierania i realizacji działań profilaktycznych dotyczących mediów społecznościowych i gier na urządzeniach elektronicznych. Potrzebne jest też poszukiwanie i kreowanie nowych rozwiązań profilaktycznych adresowanych zarówno do dzieci i młodzieży, jak i do ich rodziców.

Tabela 15. Udział w zajęciach profilaktycznych na temat skutków i możliwych szkód przez młodzież w wieku 15–16 i 17–18 lat (odsetki badanych) ²⁷

Grupa badanej młodzieży	Substancje lub zachowanie	Nie, nigdy	Jeden raz	Więcej niż jeden raz
15-16 lat	Alkohol	38,7	30,8	30,5
	Tytoń	46,2	26,8	27
	Narkotyki	53,1	24,1	22,8
	Hazard	59,9	23	17,1
17-18 lat	Alkohol	30,1	35,5	34,4
	Tytoń	39,5	33,1	27,4
	Narkotyki	43,3	33	23,7
	Hazard	61,7	24,1	14,2

Wskazane wyżej odsetki udziału w zajęciach profilaktycznych wskazują na ich zbyt małe rozpowszechnienie i deficyty jakościowe, trudno bowiem uznać jednorazowe zajęcia

²⁶ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.101.

²⁷ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.110.

profilaktyczne za skuteczne, a w takich zajęciach młodzież uczestniczyła częściej niż w zajęciach o charakterze cyklicznym.

Para autorów opracowania „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD” w jego końcowej części zawarła wnioski i rekomendacje, które zostaną poniżej w części przytoczone.

„Spadkowi rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród młodzieży towarzyszy wzrost zainteresowania nowymi wyrobami nikotynowymi, zwłaszcza e-papierosami. Nawet jeśli uznać, że są one mniej szkodliwą zdrowotnie alternatywą tytoniu, to wyniki wielu badań obalają tezę o ich całkowitej nieszkodliwości. Należy zatem zintensyfikować działania profilaktyczne adresowane do młodzieży w tym zakresie”²⁸.

„Różnice związane z płcią w zakresie używania substancji psychoaktywnych ulegają zatarciu w przypadku napojów alkoholowych oraz wyrobów nikotynowych, włączając w to tytoń. Jak dotychczas, proces ten w obszarze używania innych substancji psychoaktywnych, zwłaszcza przetworów konopi, nie jest tak zaawansowany. Wydaje się zatem, iż postulat podjęcia prac nad profilaktyką adresowaną specyficznie do dziewcząt pozostaje nadal aktualny. Punktem wyjścia takich prac należy uczynić badania nad specyficznymi dla dziewcząt czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi”²⁹.

„W zakresie rozpowszechnienia używania nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. »dopalaczy« nie obserwujemy istotnych zmian, natomiast warto podkreślić jest postrzeganie przez młodzież ryzyka związanego z używaniem tych substancji jako podobnie dużego, jak w przypadku najcięższych narkotyków. Pod tym względem w latach 2011-2019 osiągnięto znaczny postęp, co należy uznać za sukces profilaktyki skierowanej na ograniczanie popytu”³⁰.

„Wyniki badania zdają się wskazywać na skokowe narastanie problemu gier hazardowych, co wymagałoby zintensyfikowania działań profilaktycznych. Znaczne rozmiary frakcji rodziców nieskorych, aby bezwarunkowo zabraniać swoim pociechom picia napojów alkoholowych stanowią aktualne wyzwanie dla profilaktyki. Zainicjowanie debaty na temat abstynencyjnego paradygmatu polskiej profilaktyki wydaje się obecnie potrzebą chwili”³¹.

„Udział w programach profilaktycznych raportowany przez nastolatków skłania do zastanowienia. W obu kohortach na czoło wyłania się profilaktyka problemów alkoholowych, zaś na końcu znajdujemy profilaktykę hazardu. Biorąc po uwagę trendy w zakresie zagrożeń – spadkowy w przypadku alkoholu i wzrostowy w przypadku hazardu warto rozważyć priorytety w zakresie profilaktyki”³².

1.7. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II” dotyczącego badań zrealizowanych w latach 2018-2019. Zagadnienia - używanie substancji, zaburzenia związane z używaniem substancji i piciem alkoholu przez młodzież

²⁸ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.114-115.

²⁹ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.115.

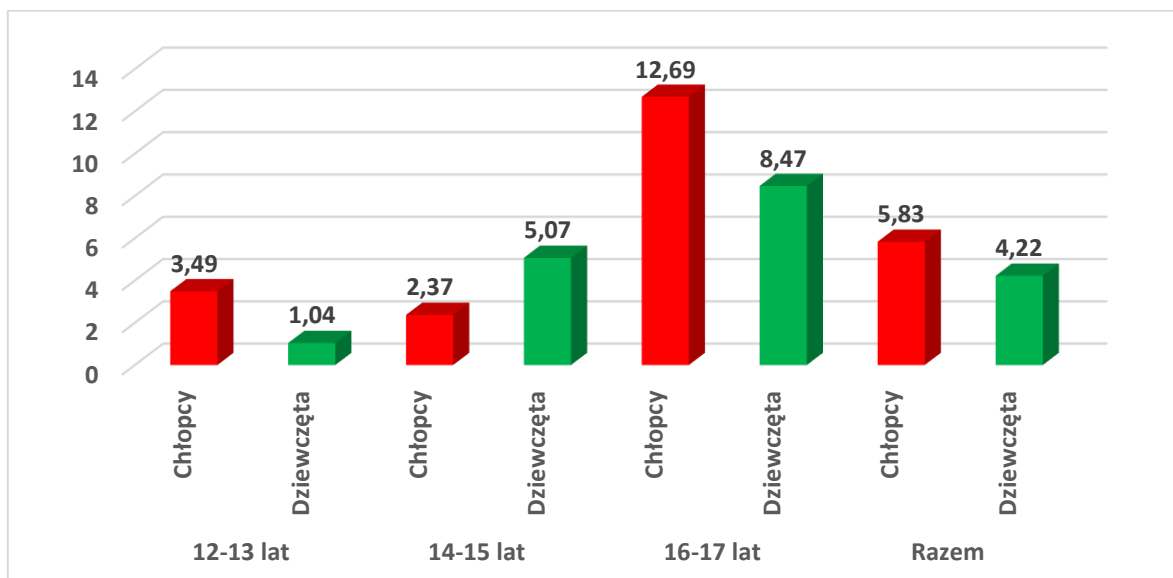
³⁰ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., ss.115-116.

³¹ Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.116.

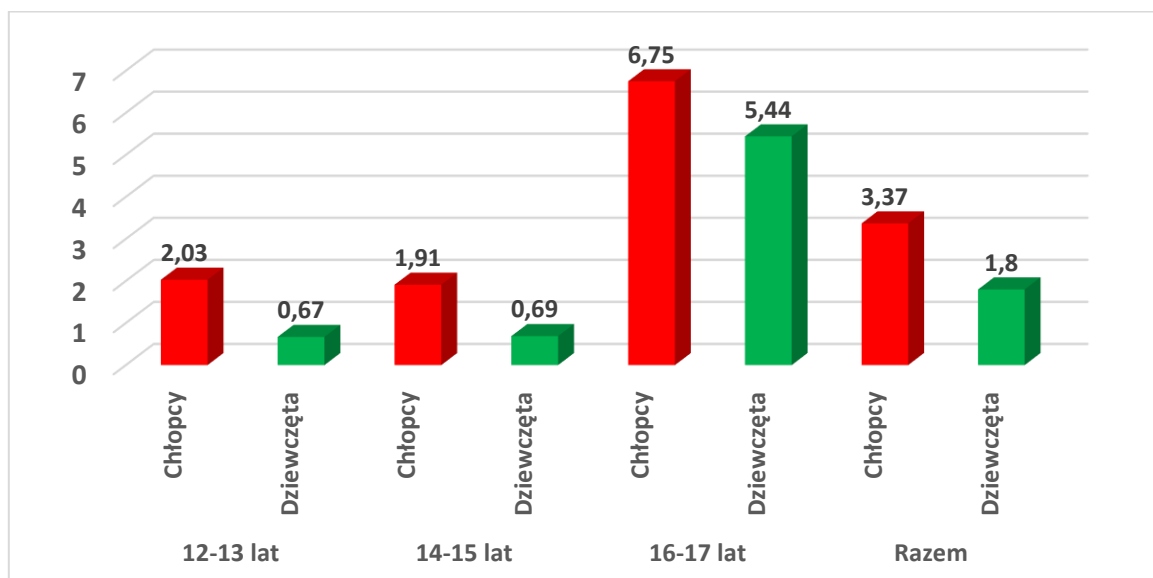
³² Używanie alkoholu i narkotyków..., op. cit., s.116.

Wykres 15. Używanie substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i tytoń) – rozpowszechnienie (odsetki) jakichkolwiek substancji w ostatnich 12 miesiącach w populacji młodzieży w wieku 12–17 lat według trzech grup wiekowych oraz płci - oszacowanie punktowe

33



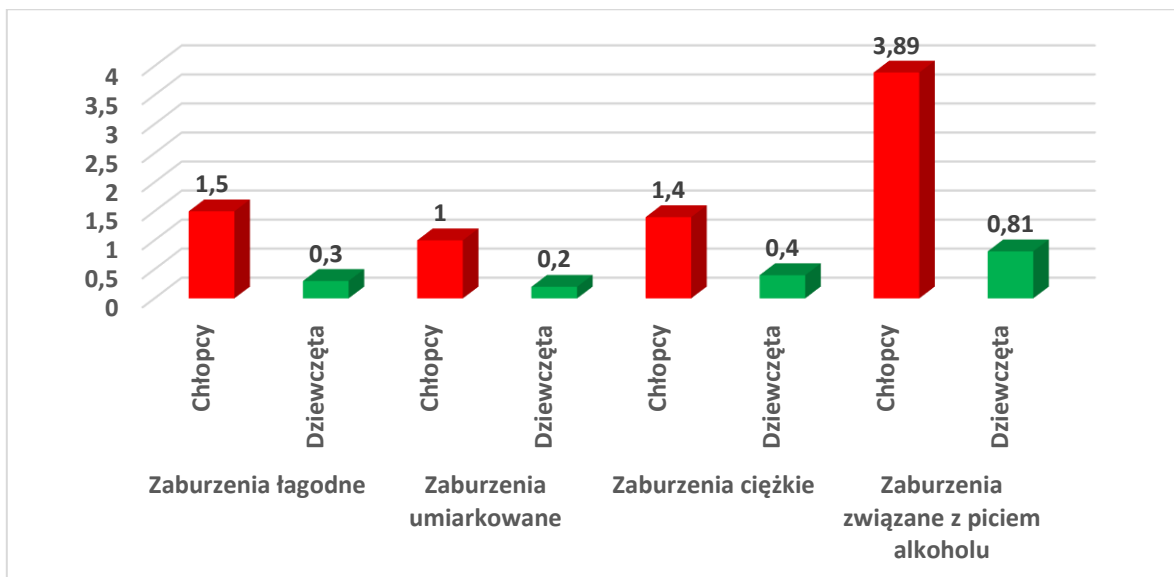
Wykres 16. Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i tytoń) – rozpowszechnienie (odsetki) w ostatnich 12 miesiącach w populacji młodzieży w wieku 12–17 lat według płci i wieku (trzy grupy wiekowe) – oszacowanie punktowe ³⁴



³³ Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II” (realizacja badań 2018-2019), redakcja naukowa Jacek Moskalewicz i Jacek Wciórka, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, s.659.

³⁴ Kondycja psychiczna mieszkańców..., op. cit., s.663.

Wykres 17. Zaburzenia związane z piciem alkoholu – rozpowszechnienie (odsetki) w ostatnich 12 miesiącach w populacji młodzieży w wieku 12–17 lat ogółem i według stopnia nasilenia i płci – oszacowanie punktowe ³⁵

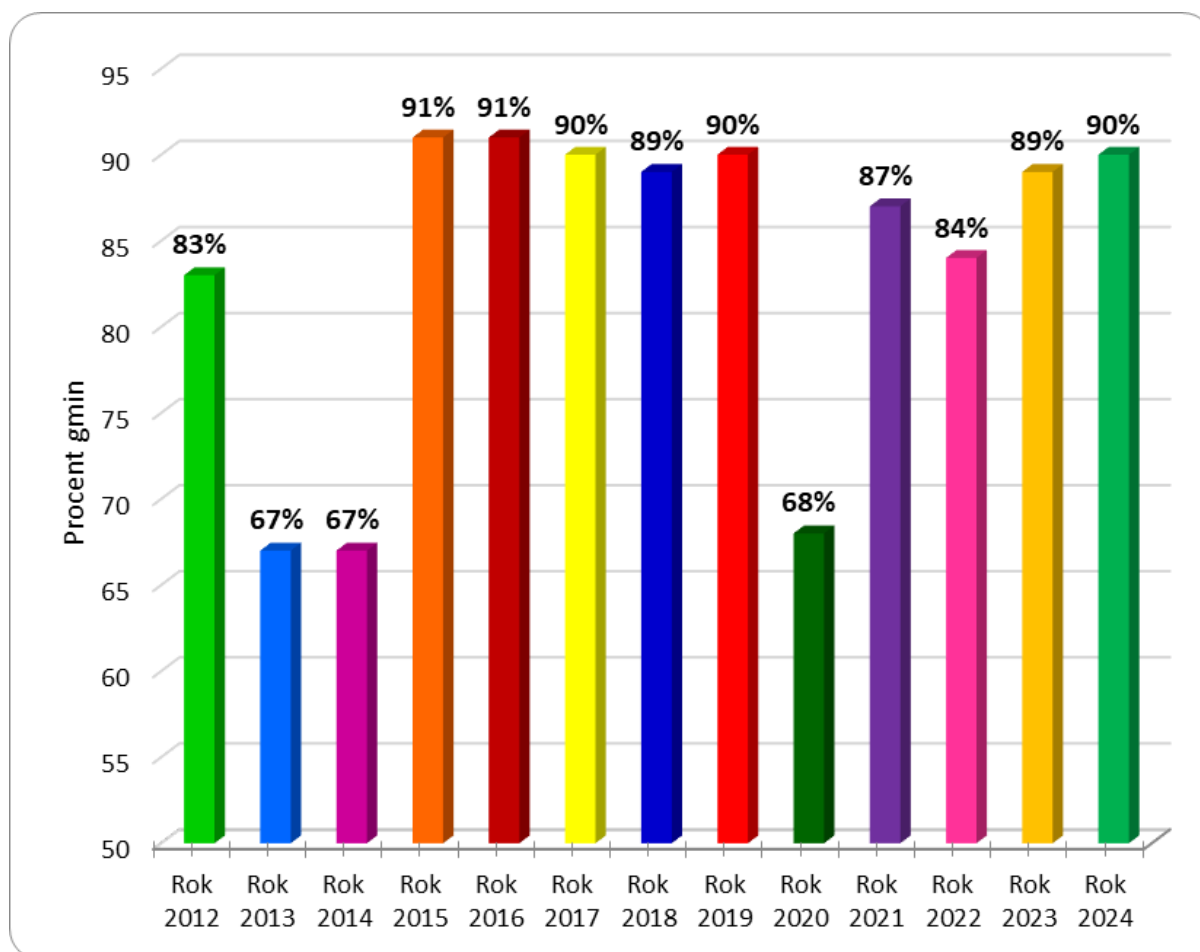


Zaprezentowane wyżej dane dotyczące występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i z piciem alkoholu przez młodzież, wskazują na potrzebę funkcjonowania profesjonalnych podmiotów psychoterapeutycznych oraz rozwiązań, które umożliwiłyby identyfikację osób z problemami oraz poza lecznicze wspieranie takich osób oraz ich rodzin. Dla samorządu województwa jest to wskazanie do realizacji działań podnoszących kompetencje merytoryczne osób pracujących w lecznictwie uzależnień oraz szkoleń podnoszących kompetencje osób zawodowo mających kontakt z młodzieżą doświadczającą problemów.

1.8. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania Profilaktyka uzależnień w gminach województwa opolskiego w 2024 r. Raport wojewódzki 2025. Zagadnienia realizacja programów profilaktycznych, dostępność realizatorów rekomendowanych programów profilaktycznych, plany gmin na 2025 r., potrzeby gmin w zakresie profilaktyki

³⁵ Kondycja psychiczna mieszkańców..., op. cit., s.650.

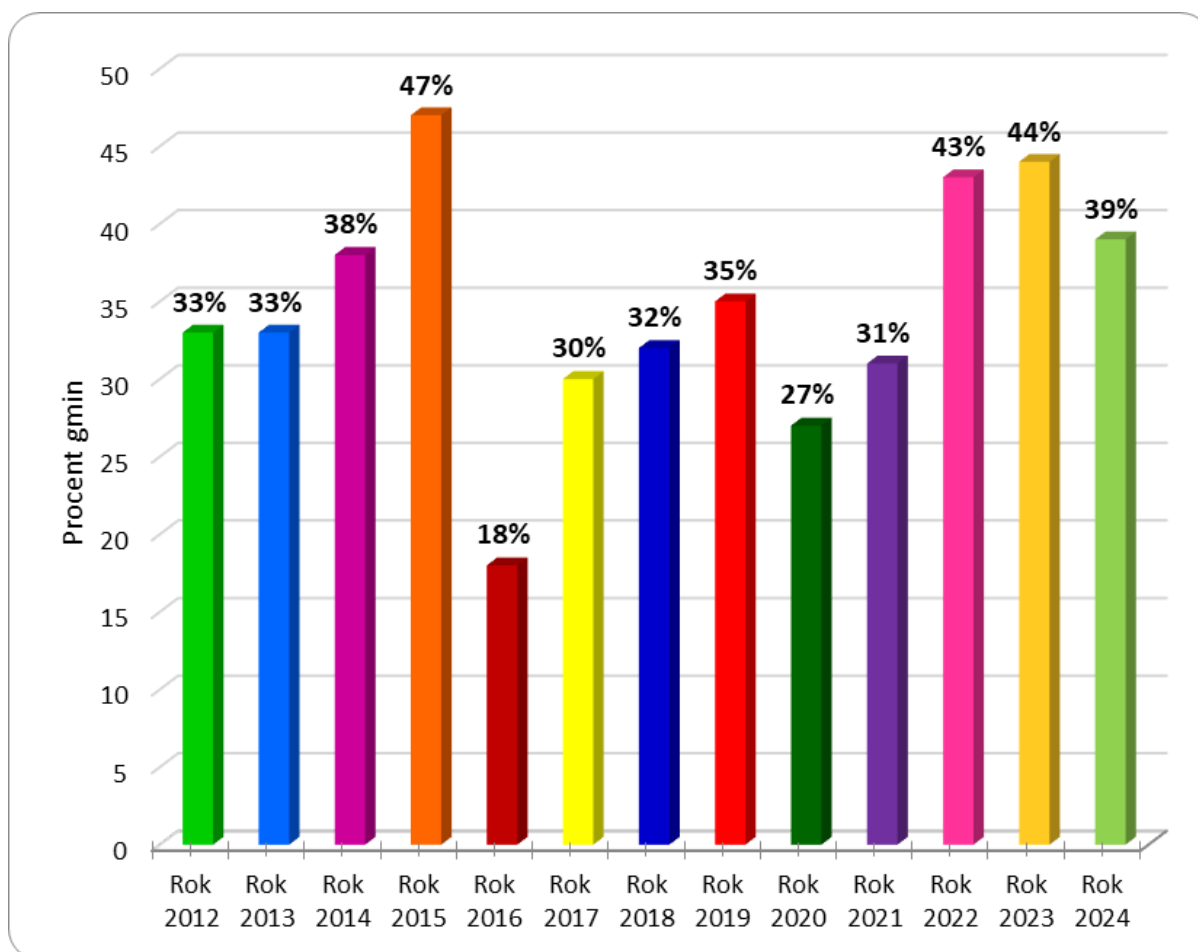
Wykres 18. Procent gmin realizujących (wspierających realizację) programy profilaktyczne w jednostkach edukacyjnych w latach 2012–2024 ³⁶



Jak wynika z zaprezentowanego wykresu zdecydowana większość gmin w województwie opolskim realizuje jakieś programy profilaktyczne w obszarze uzależnień. Jest to w ostatnich latach mniej więcej stały odsetek gmin zbliżony do 90%.

³⁶ Profilaktyka uzależnień w gminach województwa opolskiego w 2024 r. Raport wojewódzki 2025, Machał Wanke, Dariusz Zawora, Opole 2025 r., realizacja badania 2025 r., s.5.

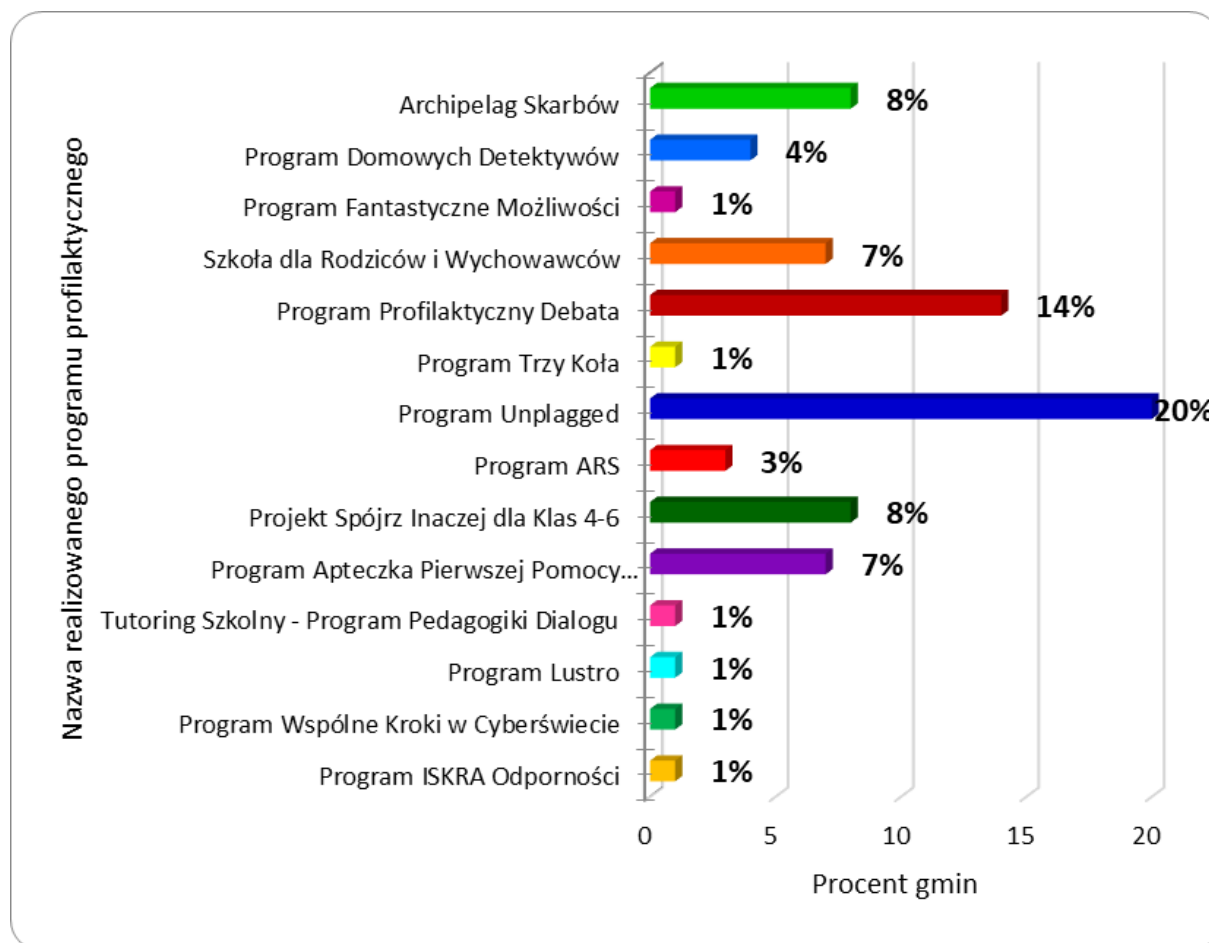
Wykres 19. Procent gmin deklarujących realizację rekomendowanych programów profilaktycznych na ich terenie w latach 2012–2024 ³⁷



W przypadku realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych odsetek gmin jest znacznie mniejszy niż na poprzednim wykresie, realizuje je około połowy gmin realizujących w ogóle programy profilaktyczne – w ostatnich trzech latach jest to przedział 39-44% ogółu gmin. Liczba gmin województwa opolskiego realizujących rekomendowane programy profilaktyczne nigdy nie przekroczyła 50%. Dzieje się tak mimo posiadanych przez gminy środków finansowych i mimo gwarancji merytorycznej poprawności jaką daje wpisanie programu profilaktycznego na listę programów rekomendowanych.

³⁷ Profilaktyka uzależnień w gminach..., op. cit., s.9.

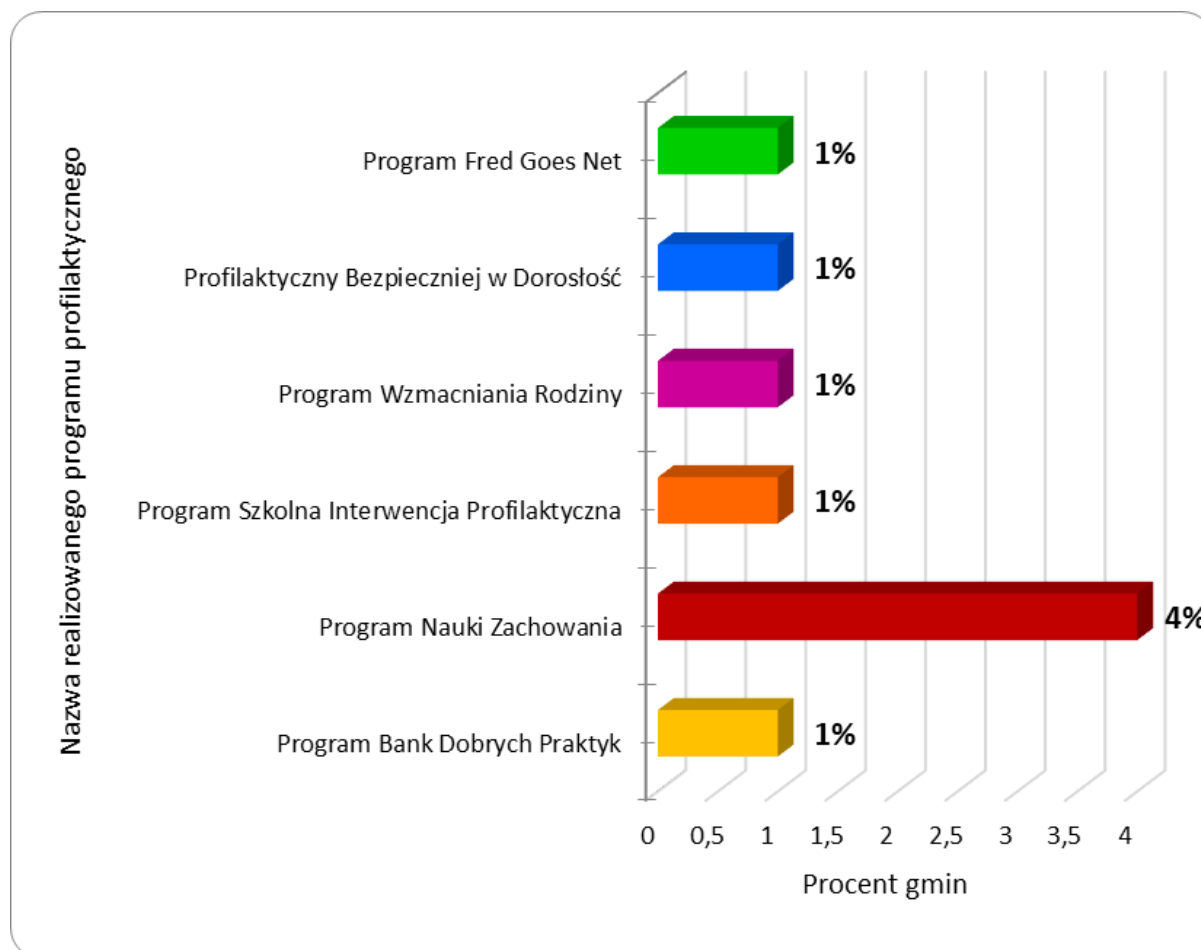
Wykres 20. Procent gmin wspierających realizację wybranych rekomendowanych programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki uniwersalnej w roku 2024 ³⁸



Generalnie zaprezentowane wykresy dotyczące realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych wskazują na ich zbyt słabe rozpowszechnienie, jeszcze bardziej jest to widoczne w przypadku programów odnoszących się do korzystania z Internetu, mediów społecznościowych, czy mobilnych urządzeń elektronicznych. Ważna w świetle zaprezentowanych danych jest promocja, wspieranie i realizacja profesjonalnych programów i oddziaływań profilaktycznych odnoszących się do nadmiernego korzystania z Internetu, mediów społecznościowych i mobilnych urządzeń elektronicznych.

³⁸ Profilaktyka uzależnień w gminach..., op. cit., s.16.

Wykres 21. Procent gmin wspierających realizację wybranych rekomendowanych programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki selektywnej w roku 2024 ³⁹



Realizacja rekomendowanych programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki selektywnej była bardzo słabo rozpowszechniona wśród gmin województwa opolskiego, przy czym rozpowszechnienie rekomendowanych programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki wskazującej było jeszcze mniejsze. Stąd też ważna jest i będzie realizacja przez samorząd województwa przedsięwzięć promujących i wspierających realizację takich programów.

W badaniach dotyczących roku 2024, zrealizowanych w roku 2025 wprowadzono nowy element, który dotyczył skali/zasięgu realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych w gminach województwa opolskiego. Oto, co na ten temat pisali autorzy raportu:

„W przypadku przedszkoli, liczby jednostek kształtują się podobnie we wszystkich rodzajach gmin - średnio nieco ponad jedna placówka została objęta takim programem. Należy interpretować to, że kiedy już realizowano programy rekomendowane, a jest to niecałe 40% gmin (...), to przeciętnie w jednym przedszkolu w danej gminie. Wśród przedszkolaków objętych programami rekomendowanymi widać różnice w liczebnościach grup biorących udział w poszczególnych typach gmin - najmniejsze są w gminach wiejskich - średnio 33 osoby, a największe w gminach-miastach - średnio 50 przedszkolaków.

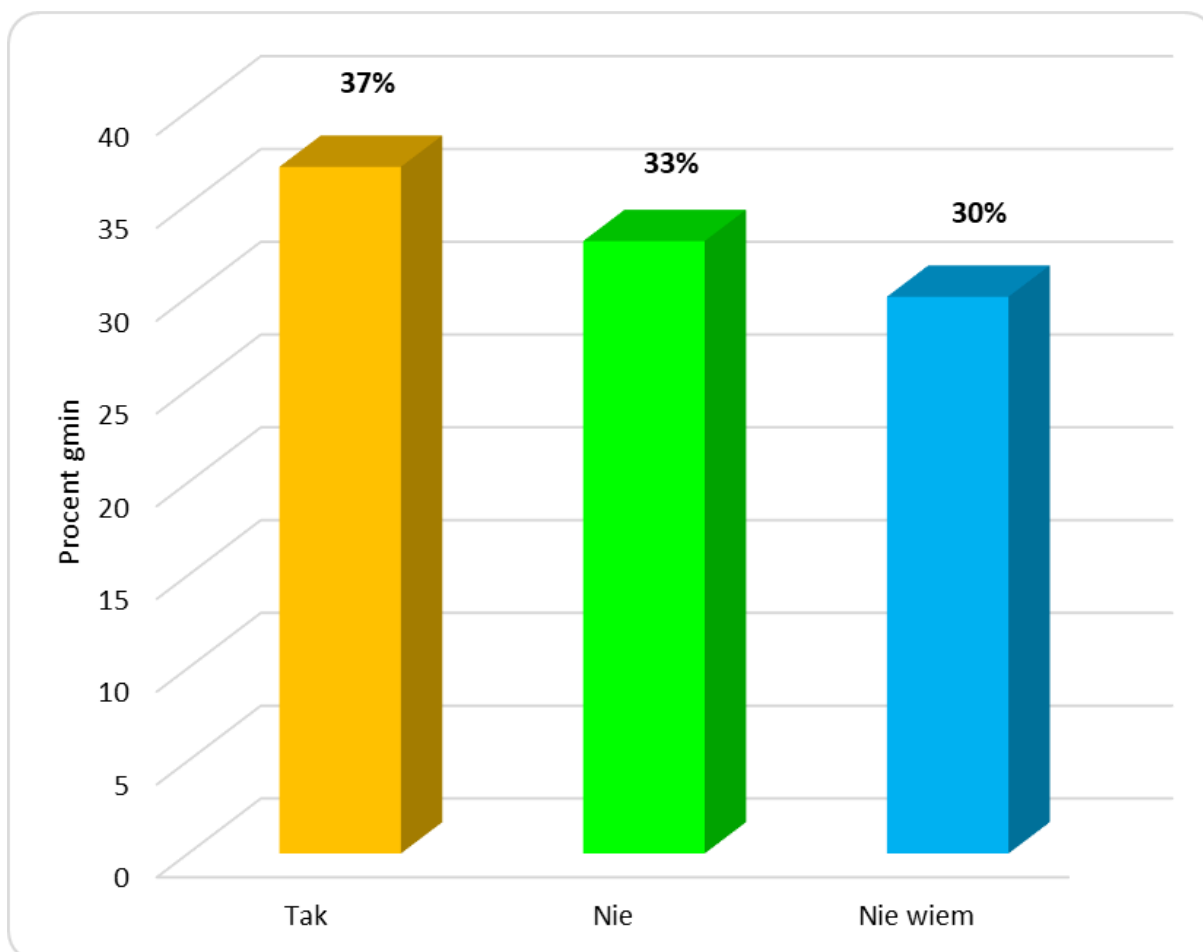
W przypadku szkół podstawowych średnie liczby jednostek znacznie różnią się w zależności od stopnia urbanizacji gminy - w gminach wiejskich nieco ponad 2 szkoły na gminę

³⁹ Profilaktyka uzależnień w gminach..., op. cit., s.17.

realizowały taki program, a w miastach-siedzibach powiatu przeciętnie ponad 7 szkół na gminę. Podobnie, znaczne różnice odnotowano w liczebnościach uczniów objętych programami rekomendowanymi, co znów należy interpretować różnicą skali pomiędzy rodzajami gmin.

W przypadku szkół ponadpodstawowych, które skoncentrowane są w większych ośrodkach miejskich, widoczna jest podobna tendencja: w gminach wiejskich nie realizowano takich programów w szkołach ponadpodstawowych, w gminach miejsko-wiejskich tylko jedna szkoła tego typu była objęta takim programem, a w miastach-siedzibach powiatu było to średnio 1,5 szkoły na gminę. Co zwraca uwagę, to różnica w liczbie uczniów - na poziomie gmin-miast, pomiędzy szkołami podstawowymi i ponadpodstawowymi: w tych pierwszych ponad 1000 uczniów przeciętnie brało udział w programach rekomendowanych, podczas gdy na poziomie szkół ponadpodstawowych było już tylko średnio ponad 200 uczniów⁴⁰.

Wykres 22. Procent gmin deklarujących wiedzę na temat dostępności osób kompetentnych w realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych w roku 2024 ⁴¹

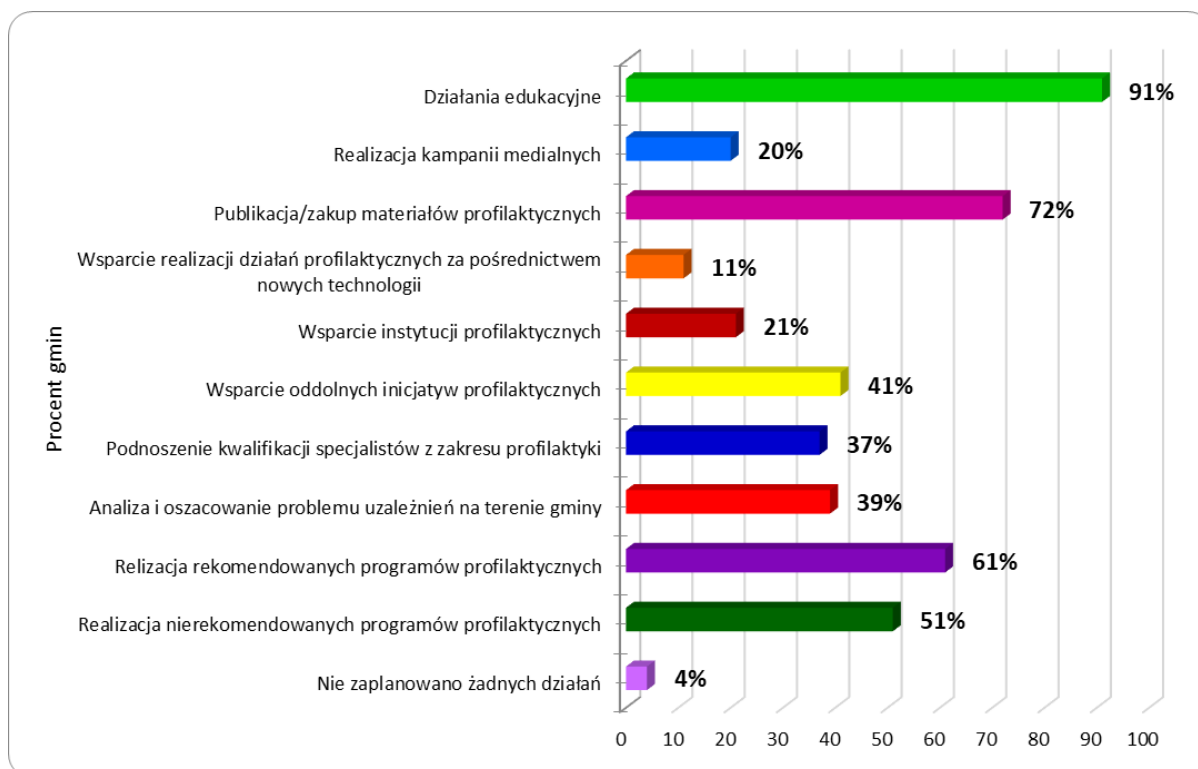


W świetle powyższych danych przedsięwzięcia dotyczące rekomendowanych programów profilaktycznych winny koncentrować się na dostarczaniu kompetencji i uprawnień do realizacji tych programów.

⁴⁰ Profilaktyka uzależnień w gminach..., op. cit., s.19-20.

⁴¹ Profilaktyka uzależnień w gminach..., op. cit., s.22.

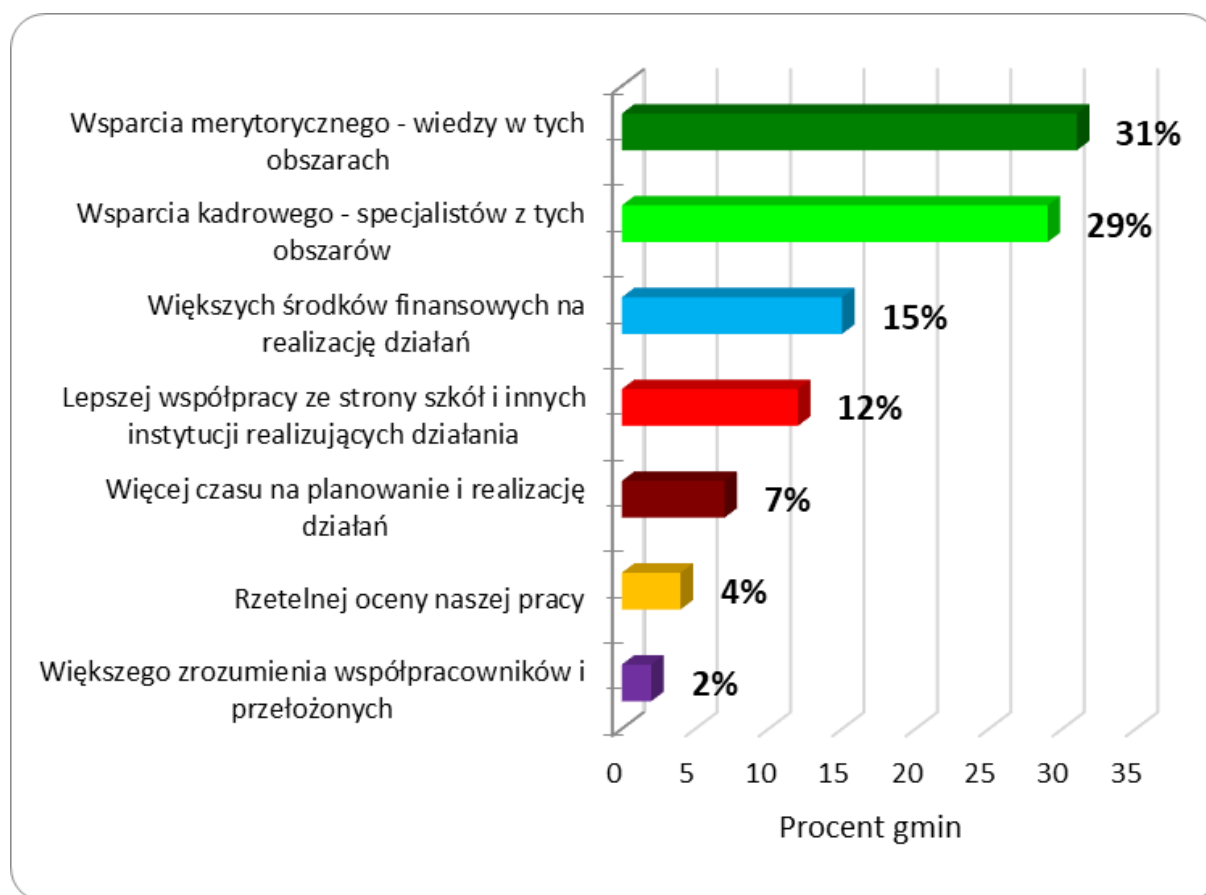
Wykres 23. Działania profilaktyczne zaplanowane w roku 2025 ⁴²



Powyższy wykres pokazuje dominującą pozycję „działań edukacyjnych” i „publikacji/zakupu materiałów profilaktycznych”, tj. przedsięwzięć, które trudno uznać za działania o wysokiej skuteczności. Niezależnie od tego należałoby przyjąć, że działania te będą cieszyć się popularnością w przyszłości. Stwarza to przestrzeń dla przedsięwzięć, które będą zwiększały autentyczne zaangażowanie młodzieży w „działania edukacyjne” oraz w tworzenie materiałów profilaktycznych. Byłoby to oddziaływanie w kierunku profesjonalizacji i uatrakcyjnienia dla odbiorców wskazanych wyżej przedsięwzięć w postaci „działań edukacyjnych” oraz „publikacji/zakupu materiałów profilaktycznych”.

⁴² Profilaktyka uzależnień w gminach..., op. cit., s.61.

Wykres 24. Czego gminy potrzebują najbardziej w realizacji zadań profilaktycznych ⁴³



Podstawowym wnioskiem wynikającym z zaprezentowanego wyżej wykresu jest potrzeba realizacji dla gmin profesjonalnych przedsięwzięć szkoleniowych będących odpowiedzią na konkretne zapotrzebowanie z gmin.

1.9. Elementy diagnostyczne na podstawie materiałów policji. Zagadnienia - wypadki drogowe i alkohol, przemoc domowa

Tabela 16. wypadki drogowe i ich skutki z udziałem uczestników ruchu będących pod działaniem alkoholu w 2024 r. ⁴⁴

Obszar	Wypadki	Zabici	Ranni
Lubuskie	40	7	45
Opolskie	43	9	48
Polska	1944	258	2176
% udział opolskiego	2,2%	3,5%	2,2%

Tragiczne skutki używania alkoholu przez uczestników ruchu drogowego są oczywiste. W tym przypadku otwiera się pole do współpracy samorządu województwa ze środowiskami i organizacjami trzeźwościowymi.

⁴³ Profilaktyka uzależnień w gminach..., op. cit., s.113.

⁴⁴ Wypadki drogowe w Polsce w 2024 roku, Komenda Główna Policji Biuro Ruchu Drogowego, Warszawa 2025, s.62.

Tabela 17. Dane dotyczące przemocy domowej w 2024 r. w Polsce według statystyk policji ⁴⁵

L.p.	Kategorie	Osoby + %
1.	Liczba wypełnionych formularzy „Niebieska Karta – A” (ogółem), w tym:	59 174
a)	liczba formularzy wszczynających procedurę	51 794
b)	liczba formularzy dotyczących kolejnych przypadków przemocy domowej w trakcie trwającej procedury	7 380
2.	Liczba osób doznających przemocy domowej (ogółem), w tym:	86 920
a)	kobiet	50 638
b)	mężczyzn	10 559
c)	małoletnich	25 723
3.	Liczba osób stosujących przemoc domową (ogółem), w tym:	60 535
a)	kobiet	8 124
b)	mężczyzn	52 411
4.	Liczba osób stosujących przemoc domową będących pod wpływem alkoholu (ogółem), w tym:	25 704 42,5 % stosujących
a)	kobiet	1 992 24,5 % stosujących kobiet
b)	mężczyzn	23 712 45,2 % stosujących mężczyzn
5.	Liczba osób stosujących przemoc domową będących pod wpływem środka działającego podobnie do alkoholu	935 1,5 % stosujących
a)	kobiet	84 1 % stosujących kobiet
b)	mężczyzn	851 1,6 % stosujących mężczyzn
6.	Liczba osób stosujących przemoc domową będących jednocześnie pod wpływem alk. i środka działającego podobnie do alkoholu	296
a)	kobiet	37
b)	mężczyzn	259
7.	Liczba dzieci umieszczonych w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo – wychowawczej	490
Źródło danych w policji: Formularz III/8, Sprawozdanie z podjętych przez policję działań wobec przemocy domowej dotyczące procedury „Niebieskie Karty”.		

Biorąc pod uwagę silny związek alkoholu i stosowania przemocy domowej, należałoby brać pod uwagę realizację profesjonalnych przedsięwzięć szkoleniowych adresowanych do osób pracujących i funkcjonujących w instytucjach stykających się z przemocą domową.

Podsumowując część Programu zawierającą elementy diagnostyczne należy stwierdzić, że:

⁴⁵ <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-domowa/50867,Przemoc-domowa-dane-od-2023-roku.html>, data pobrania 28.09.2025 r.

- 1) zaprezentowane informacje w dużym stopniu odnosiły się do sytuacji młodzieży, czy też dzieci i młodzieży, bowiem na tej grupie skoncentrowane będą działania realizowane w oparciu o program,
- 2) w zaprezentowanych elementach diagnostycznych zwrócono także uwagę na aspekty zdrowotne używania napojów alkoholowych i narkotyków, tak ważne jak współczynniki zgonów bezpośrednio związane z alkoholem, czy obciążenia chorobowe związane z używaniem substancji – ilustrujące straty powodowane używaniem napojów alkoholowych i innych substancji psychoaktywnych,
- 3) w trakcie realizacji programu zbierane i analizowane będą nowe dane odnoszące się do zagadnień programu.
- 4) w trakcie realizacji programu realizowane będą badania odnoszące się do zagadnień programu,
- 5) zaprezentowane w części diagnostycznej dane generalnie wskazują na trendy spadkowe, lub na stabilizację używania napojów alkoholowych i narkotyków przez młodzież,
- 6) zaniepokojenie powinno budzić używanie alkoholu i narkotyków przez dziewczęta oraz tendencje wzrostowe dotyczące silnego upijania się młodzieży,
- 7) współwystępowanie w przypadku młodzieży różnego rodzaju zachowań ryzykownych wskazuje na potrzebę realizacji przedsięwzięć dotyczących profilaktyki zachowań ryzykownych, bez dzielenia profilaktyki na profilaktykę alkoholową, narkotykową, czy tytoniową - mono profilowy charakter przedsięwzięć byłby zachowany w merytorycznie uzasadnionych przypadkach, np. w profilaktyce zakażeń HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową,
- 8) zaprezentowane dane wskazują na potrzebę dużej profesjonalizacji przedsięwzięć profilaktycznych oraz na związaną z tym potrzebę wsparcia osób realizujących profilaktykę w zakresie potrzebnych kompetencji, wiedzy i umiejętności – w tym zdobywania uprawnień i umiejętności do realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych,
- 9) należy brać pod uwagę realizację profesjonalnych oddziaływań łączących profilaktykę zachowań ryzykownych młodzieży oraz wspieranie, wzmacnianie dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży,
- 10) deficytowa jest realizacja programów profilaktyki selektywnej i wskazującej,
- 11) deficytowa jest realizacja programów profilaktycznych odnoszących się do korzystania z Internetu, mediów społecznościowych oraz mobilnych urządzeń elektronicznych.

2. Przedsięwzięcia i realizacje

2.1 Cele programu

2.1.1 Cel strategiczny

Cel strategiczny Programu jest zmodyfikowaną wersją celu strategicznego Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania narkomanii na lata 2022-2025.

Cel strategiczny Programu jest następujący:

Inspirowanie i kreowanie przedsięwzięć oddziaływujących w kierunku profesjonalnego rozwiązywania problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego związanych z piciem napojów alkoholowych, używaniem narkotyków oraz z uzależnieniami behawioralnymi, a także z nadmiernym korzystaniem z mediów społecznościowych, Internetu i z mobilnych urządzeń komunikacji elektronicznej

2.1.2 Cele operacyjne Programu

Cele operacyjne Programu są zmodyfikowanymi celami operacyjnymi Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2025.

Program ma następujące cele operacyjne:

- 1) inspirowanie i kreowanie profesjonalnych działań w kierunku edukacji prozdrowotnej w obszarze dotyczącym używania alkoholu, narkotyków, uzależnień behawioralnych oraz innych zachowań ryzykownych, w tym we współpracy ze środowiskami i przedstawicielami młodzieży oraz ze środowiskami i organizacjami trzeźwościowymi w regionie,
- 2) inspirowanie i kreowanie profesjonalnych działań w kierunku rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i leczenia uzależnienia od alkoholu, narkotyków, uzależnień behawioralnych oraz przeciwdziałania przemocy domowej,
- 3) inspirowanie i kreowanie działań w kierunku rozwoju inicjatyw profilaktycznych oraz upowszechnienia profesjonalnych standardów profilaktycznych, w tym we współpracy ze środowiskami i przedstawicielami młodzieży,
- 4) inspirowanie i kreowanie profesjonalnych działań w kierunku redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej, związanych z używaniem alkoholu, narkotyków oraz uzależnień behawioralnych, w tym we współpracy ze środowiskami i przedstawicielami młodzieży oraz ze środowiskami i organizacjami trzeźwościowymi w regionie,
- 5) inspirowanie, kreowanie i realizowanie działań w kierunku monitorowania i badania różnych aspektów problematyki alkoholowej, narkotykowej, uzależnień behawioralnych i innych zachowań ryzykownych.

2.2 Zadania Programu inspirowane Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2026

Zakres merytorycznych zadań dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień dla poprzedniego programu wojewódzkiego zawarty był w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2026 przyjętym Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. Zapisy NPZ 2021-2026 potraktowane zostały jako wskazania i inspiracja dla nowego wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Szeroki zakres zadań samorządów województw w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, który zawarty jest w NPZ 2021-26 w praktyce podlega pewnym ograniczeniom ze względu na stosunkowo niewielkie dochody budżetu województwa opolskiego z tytułu wydawania zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi. Z drugiej strony istnieje możliwość skoncentrowania się na wybranych przedsięwzięciach istotnych ze względu na sytuację. Doświadczenia poprzednich lat wskazują również na ograniczenia wynikające z możliwych do wykorzystania profesjonalnych zasobów kadrowych np. w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży.

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień zawarte są w VI części NPZ 2021-26 „Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka uzależnień”. VI część NPZ 2021-26 składa się z pięciu elementów, zadania jednostek samorządu terytorialnego wskazane w następujących czterech elementach:

1. Zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom.
2. Uzależnienie od alkoholu.

3. Uzależnienia od zachowań (uzależnienia behawioralne).
4. Uzależnienia od narkotyków⁴⁶.

Jeszcze raz zaznaczmy, że zakres zadań dla jst wynikał z zapisów NPZ 2021-2026 i został przyjęty dla niniejszego programu. Zadania mogą być realizowane jako zadania własne, także współorganizowane z innymi podmiotami oraz poprzez powierzanie w trybie konkursowym. Dla zadań Programu przyjęto możliwość realizacji w obu trybach w zależności od potrzeb, czy też możliwości. W oparciu o zadania ujęte w NPZ 2021-26 do realizacji w ramach Programu przyjętych zostało następujących 9 zadań:

Tabela 18. Zadania Samorządu Województwa Opolskiego w oparciu o zadania Narodowego Programu Zdrowia

L.p.	Nazwa zadania
1	Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom
2	Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu)
3	Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień
4	Wspieranie poszerzania i udoskonalania oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego
5	Wspieranie zwiększanie dostępności i podniesienia jakości specjalistycznej pomocy dla osób doświadczających przemocy domowej
6	Wspieranie podmiotów w zakresie redukcji szkód, leczenia, rehabilitacji i reintegracji społecznej osób uzależnionych oraz ich bliskich
7	Propagowanie oraz wspieranie wdrożenia i upowszechniania standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej
8	Upowszechnianie wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych
9	Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP

Wskazane wyżej cele operacyjne oraz zadania Programu zostały powiązane w poniższej tabeli.

⁴⁶ Wszystkie zadania jednostek samorządu terytorialnego zapisane w NPZ i dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień zostały w dosłownych brzmieniach z NPZ ujęte w Tabeli 1.

Tabela 19. Cele operacyjne oraz zadania Samorządu Województwa Opolskiego w oparciu o zadania Narodowego Programu Zdrowia

L.p.	Cel operacyjny	Nazwa zadania
1	Cel nr 1: Inspirowanie i kreowanie profesjonalnych działań w kierunku edukacji prozdrowotnej w obszarze dotyczącym używania alkoholu, narkotyków, uzależnień behawioralnych oraz innych zachowań ryzykownych, w tym we współpracy ze środowiskami i przedstawicielami młodzieży oraz ze środowiskami i organizacjami trzeźwościowymi w regionie	1. Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom
		8. Upowszechnianie wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych
		9. Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP
2.	Cel nr 2: Inspirowanie i kreowanie profesjonalnych działań w kierunku rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i leczenia uzależnienia od alkoholu, narkotyków, uzależnień behawioralnych oraz przeciwdziałania przemocy domowej	3. Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień
		5. Wspieranie zwiększanie dostępności i podniesienia jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie
		7. Propagowanie oraz wspieranie wdrożenia i upowszechniania standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej
		9. Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP
3.	Cel nr 3: Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku rozwoju inicjatyw profilaktycznych oraz upowszechnienia profesjonalnych standardów profilaktycznych, w tym we współpracy ze środowiskami i przedstawicielami młodzieży	4. Wspieranie poszerzania i udoskonalania oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego
		9. Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP

L.p.	Cel operacyjny	Nazwa zadania
4.	Cel nr 4: Inspirowanie i kreowanie profesjonalnych działań w kierunku redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej, związanych z używaniem alkoholu, narkotyków oraz uzależnień behawioralnych, w tym we współpracy ze środowiskami i przedstawicielami młodzieży oraz ze środowiskami i organizacjami trzeźwociowymi w regionie	6. Wspieranie podmiotów w zakresie redukcji szkód, leczenia, rehabilitacji i reintegracji społecznej osób uzależnionych oraz ich bliskich
		9. Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP
5.	Cel nr 5: Inspirowanie, kreowanie i realizowanie działań w kierunku monitorowania i badania różnych aspektów problematyki alkoholowej, narkotykowej, uzależnień behawioralnych i innych zachowań ryzykownych	2. Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu)

2.3 Wskaźniki

Założeniem Programu jest posługiwanie się wskaźnikami jak najbardziej uproszczonymi, a jednocześnie uniwersalnymi dla wszystkich lub większości celów operacyjnych. Jednocześnie dane do wskaźników powinny być możliwe do osiągnięcia. Zakłada się też możliwość dodania w trakcie realizacji programu nowych wskaźników oraz modyfikacji już przyjętych. Ponadto wskaźniki powinny wiązać się realnie z zadaniami. Zakłada się tendencję wzrostową wskaźników w sytuacji zwiększonych nakładów finansowych. Możliwymi do zastosowania wskaźnikami są:

1. Liczba podmiotów współpracujących.
2. Liczba podmiotów wspartych finansowo, także w formie pośredniej.
3. Liczba podmiotów wspartych pozafinansowo.
4. Liczba osób, beneficjentów udzielonego wsparcia.

Do zadań o charakterze szkoleniowym i edukacyjnym mogą zostać zastosowane dedykowane im następujące wskaźniki:

1. Liczba uczestników szkolenia.
2. Liczba dni szkoleniowych.
3. Liczba godzin szkolenia.
4. Liczba podmiotów, które reprezentowali uczestnicy szkolenia.

5. Ocena zawartości szkolenia i jego prowadzenia przez uczestników.

Należy przyjąć, że część wskaźników będzie możliwa do osiągnięcia dla przedsięwzięć realizowanych na żywo lub też, że ich osiągnięcie dla przedsięwzięć realizowanych on line będzie ograniczone. Wskaźniki zliczane będą w okresach rocznych na podstawie danych z realizacji poszczególnych przedsięwzięć.

3. Finansowanie i organizacja realizacji Programu

3.1 Finansowanie Programu. Ramy finansowe realizacji Programu

Ramy finansowe dla realizacji Programu stanowi kwota zaplanowana w budżecie województwa.

Program finansowany będzie między innymi z dochodów budżetu województwa pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu ujętych w dochodach budżetu województwa.

Przyjmuje się, że na realizację Programu przeznaczone zostaną dodatkowe środki finansowe z budżetu województwa opolskiego.

Wydatki realizowane w ramach Programu ujęte będą w budżecie województwa w dziale 851, w rozdziałach 85153, 85154, 85120 i/lub w innych działach i rozdziałach zgodnie z potrzebami wynikającymi z formalnych wymogów.

Środki pochodzące z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi nie wykorzystane w danym roku budżetowym na realizację Programu zostaną w pełnej wysokości odtworzone w budżecie następnego roku lub kolejnych lat z przeznaczeniem na realizację Programu.

3.2 Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji Programu

Realizacja Programu w znaczącym stopniu zależy od jakości i intensywności współpracy z zewnętrznymi partnerami. Główni partnerzy w realizacji Programu, to:

1. Gminy i powiaty województwa opolskiego.
2. Organizacje pozarządowe zajmujące się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, narkotykowych i tytoniowych, uzależnieniami behawioralnymi, ochroną zdrowia psychicznego, przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie i/lub przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu w województwie opolskim.
3. Podmioty lecznictwa uzależnień w województwie opolskim.
4. Krajowe Centrum ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom.
5. Instytucje szczebla wojewódzkiego stykające się z problemami uzależnień, ochroną zdrowia psychicznego i przemocą w rodzinie.

3.3 Organizacja i realizacja Programu

1. Program realizowany jest przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego.
2. Za realizację Programu odpowiada Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień.

3.4 Elementy ewaluacji Programu

Jako elementy ewaluacji Programu przewiduje się następujące działania nie generujące kosztów, poza kosztami pracy :

1. Ocena szkoleń i innych przedsięwzięć edukacyjnych prowadzonych na żywo.
2. Analiza realizacji programu pod względem adekwatności do potrzeb, efektywności, użyteczności i trwałości.
3. Ewaluacja procesu i/lub ewaluacja wyniku części realizowanych przedsięwzięć.

4. Spis tabel

Tabela 1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2026 – działania i zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie problematyki alkoholowej, narkotykowej oraz uzależnień behawioralnych	4
Tabela 2. Dochody budżetu województwa opolskiego z tytułu wydawania zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu wraz z dochodami powiązanymi oraz realne wydatki na realizację wojewódzkich programów dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii	6
Tabela 3. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2019, 2022 i 2023 na 100 tys. ludności w Polsce	7
Tabela 4. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2023 r. na 100 tys. ludności w Polsce	8
Tabela 5. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w latach 1999 i 2023 na 100 tys. ludności w Polsce	8
Tabela 6. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań w latach 2019–2022 (współczynniki na 100 tys. ludności) ..	9
Tabela 7. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u mężczyzn w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone rzeczywistym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności (górne liczby) oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu chorobowym (dolne liczby z %)	10
Tabela 8. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u kobiet w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone rzeczywistym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności (górne liczby) oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu chorobowym (dolne liczby z %)	10
Tabela 9. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu przez młodzież w wieku 15–16 oraz 17–18 lat (odsetki badanych)	18
Tabela 10. Używanie substancji chociaż raz w życiu przez chłopców w wieku 15–16 oraz 17–18 lat (odsetki badanych)	19
Tabela 11. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt w wieku 15–16 lat oraz 17–18 lat (odsetki badanych)	19
Tabela 12. Symptomy problemowego używania marihuany przez chłopców i dziewczęta w wieku 15–16 i 17–18 lat – test przesiewowy PUM (odsetki badanych). Pozytywny wynik testu (co najmniej dwa symptomy)	20
Tabela 13. Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook, Skype przez młodzież w wieku 15-16 i 17-18 lat (odsetki badanych)	20
Tabela 14. Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak komputer, smartfon, konsola przez młodzież w wieku 15-16 i 17-18 lat (odsetki badanych)	21

Tabela 15. Udział w zajęciach profilaktycznych na temat skutków i możliwych szkód przez młodzież w wieku 15–16 i 17–18 lat (odsetki badanych)	21
Tabela 16. Wypadki drogowe i ich skutki z udziałem uczestników ruchu będących pod działaniem alkoholu w 2024 r.	31
Tabela 17. Dane dotyczące przemocy domowej w 2024 r. w Polsce według statystyk policji	32
Tabela 18. Zadania Samorządu Województwa Opolskiego w oparciu o zadania Narodowego Programu Zdrowia	35
Tabela 19. Cele operacyjne oraz zadania Samorządu Województwa Opolskiego w oparciu o zadania Narodowego Programu Zdrowia.....	36

5. Spis wykresów

Wykres 1. Psychiatryczne oddziały całodobowe - chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu według województwa zamieszkania w 2022 r. na 100 tys. ludności (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)	9
Wykres 2. Odsetek pijących ryzykownie wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w roku 2022 według płci i wieku (dane Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy)	11
Wykres 3. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez młodzież w wieku 15–16 lat w Polsce	12
Wykres 4. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez młodzież w wieku 17–18 lat w Polsce	12
Wykres 5. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez chłopców w wieku 15–16 lat w Polsce	13
Wykres 6. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez chłopców w wieku 17–18 lat w Polsce	13
Wykres 7. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez dziewczęta w wieku 15–16 lat w Polsce	14
Wykres 8. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez dziewczęta w wieku 17–18 lat w Polsce	14
Wykres 9. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetek badanych), przez młodzież w wieku 15-16 lat w Polsce ...	15
Wykres 10. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez młodzież w wieku 17-18 lat w Polsce	16
Wykres 11. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez chłopców w wieku 15–16 lat w Polsce ..	16
Wykres 12. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez chłopców w wieku 17–18 lat w Polsce ..	17
Wykres 13. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez dziewczęta w wieku 15–16 lat w Polsce	17
Wykres 14. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez dziewczęta w wieku 17–18 lat w Polsce	18
Wykres 15. Używanie substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i tytoń) – rozpowszechnienie (odsetki) jakichkolwiek substancji w ostatnich 12 miesiącach w populacji młodzieży w wieku 12–17 lat według trzech grup wiekowych oraz płci – oszacowanie punktowe	23
Wykres 16. Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i tytoń) – rozpowszechnienie (odsetki) w ostatnich 12 miesiącach w populacji	

młodzieży w wieku 12–17 lat według płci i wieku (trzy grupy wiekowe) – oszacowanie punktowe	23
Wykres 17. Zaburzenia związane z piciem alkoholu – rozpowszechnienie (odsetki) w ostatnich 12 miesiącach w populacji młodzieży w wieku 12–17 lat ogółem i według stopnia nasilenia i płci – oszacowanie punktowe	24
Wykres 18. Procent gmin realizujących (wspierających realizację) programy profilaktyczne w jednostkach edukacyjnych w latach 2012–2024	25
Wykres 19. Procent gmin deklarujących realizację rekomendowanych programów profilaktycznych na ich terenie w latach 2012–2024	26
Wykres 20. Procent gmin wspierających realizację wybranych rekomendowanych programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki uniwersalnej w roku 2024	27
Wykres 21. Procent gmin wspierających realizację wybranych rekomendowanych programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki selektywnej w roku 2024	28
Wykres 22. Procent gmin deklarujących wiedzę na temat dostępności osób kompetentnych w realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych w roku 2024	29
Wykres 23. Działania profilaktyczne zaplanowane w roku 2025	30
Wykres 24. Czego gminy potrzebują najbardziej w realizacji zadań profilaktycznych	31