

**UCHWAŁA Nr ...../...../2017**  
**Sejmiku Województwa Opolskiego**  
**z dnia ..... 2017 r.**

**w sprawie zmiany Uchwały Nr XIII/138/2016 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 26 stycznia 2016 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025.**

Na podstawie art. 18 pkt 20 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2017 poz. 2096) w związku z art. 21 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2017 poz. 1769 z późn.zm.), art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2016 poz. 487 z późn.zm.), art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2017 poz. 783 z późn.zm.), Sejmik Województwa Opolskiego uchwala, co następuje:

**§ 1**

W załączniku do Uchwały Nr XIII/138/2016 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 26 stycznia 2016 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025 – Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025, dokonuje się następujących zmian:

1. załącznik nr 2 do Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025 - Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2017, otrzymuje nową nazwę „Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2018-2025” oraz otrzymuje nowe brzmienie jak w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały,
2. załącznik nr 3 do Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025 - Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2016-2017, otrzymuje nową nazwę „Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025” oraz otrzymuje nowe brzmienie jak w załączniku nr 2 do niniejszej uchwały.

**§ 2**

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Opolskiego.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

## Uzasadnienie

Zgodnie z art. 21 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa obejmującej w szczególności programy: przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, współpracy z organizacjami pozarządowymi - po konsultacji z powiatami jest zadaniem samorządu województwa.

Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016–2025 została przyjęta Uchwałą Nr XIII/138/2016 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 26 stycznia 2016 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016–2017 stanowiący załącznik nr 2 do ww. strategii oraz Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2016–2017 stanowiący załącznik nr 3 do ww. strategii, wymagają aktualizacji uwzględniającej zapisy aktualnego Narodowego Programu Zdrowia.

Zgodnie z Uchwałą Nr 4241/2017 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 22 sierpnia 2017 r. w sprawie przyjęcia przez Zarząd Województwa Opolskiego projektów Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2018-2025 i Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025 oraz skierowania dokumentów do konsultacji społecznych - programy zostały poddane konsultacjom społecznym. Z konsultacji społecznych zostało sporządzone sprawozdanie przyjęte Uchwałą Nr 4567/2017 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 31 października 2017 r.

Ostateczne projekty Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2018-2025 oraz Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025 zostały przyjęte uchwałą Zarządu Województwa Opolskiego.

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr ...../...../2017  
Sejmiku Województwa Opolskiego  
z dnia .....2017 r.

Załącznik nr 2 do Wojewódzkiej Strategii  
w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-  
2025 przyjętej Uchwałą Nr XIII/138/2016  
Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia  
26 stycznia 2016 r. w sprawie przyjęcia  
Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki  
Społecznej na lata 2016-2025

# **Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2018 – 2025**

**OPOLE, LISTOPAD 2017 r.**





## Spis treści

1. Wprowadzenie .....	4
2. Zasoby leczenia odwykowego w województwie opolskim, których dotyczą umowy z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia .....	5
3. Rynek napojów alkoholowych w województwie opolskim.....	8
4. Zasoby finansowe przeznaczone na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie opolskim .....	11
5. Diagnoza - problemy alkoholowe.....	13
5.1. Osoby uzależnione od alkoholu oraz osoby pijące szkodliwie lub ryzykownie.....	13
5.2. Osoby dorosłe oraz dzieci i młodzież żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholików .....	17
5.3. Alkoholowa dysfunkcja rodziny.....	19
5.4. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania alkoholu .....	20
5.5. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania tytoniu.....	24
5.6. Alkohol a przestępstwa komunikacyjne i wypadki drogowe .....	25
5.7. Alkohol a przestępczość pospolita.....	26
5.8. Przemoc w rodzinie (przemoc domowa).....	29
6. Cele programu .....	38
6.1 Cel strategiczny.....	38
6.2 Cele operacyjne .....	38
6.3. Wskaźniki oraz wskaźniki szablonowe.....	41
6.4. Komentarz.....	42
7. Finansowanie i organizacja realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.....	42
7.1.Finansowanie programu. Ramy finansowe realizacji programu.....	42
7.2.Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych .....	44
7.3.Organizacja i realizacja Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.....	44
7.4.Elementy ewaluacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych .....	44
8. Spis wykresów .....	45

**Wykaz skrótów**

**ESPAD** - Używanie Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież Szkolną. Europejski Program Badań Ankiety w Szkołach ESPAD

**FASD** - Spektrum (Po)Alkoholowych Uszkodzeń Płodu

**GUS** – Główny Urząd Statystyczny

**NPZ** – Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020

**OLO** – Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych

**OOW NFZ** – Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

**PARPA** – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

**SWSdNiPCh** – Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach im. Księdza Biskupa Józefa Nathana

**UMWO** – Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego

**WPPiRPA** – Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2018-2025

**WPPN** – Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025



## 1. Wprowadzenie

Zagadnienia profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ujęte są w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zgodnie z art. 4 ust.1 przedmiotowej ustawy, samorząd województwa realizuje zadania dotyczące problematyki alkoholowej „w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, określone w Narodowym Programie Zdrowia”.

Poprzedni wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiący załącznik do Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025, obejmował lata 2016-2017. Podyktowane było to zamiarem dopasowania treści kolejnego programu wojewódzkiego do zapisów Narodowego Programu Zdrowia, który nie istniał jeszcze w momencie uchwalenia programu na lata 2016-2017. Niniejszy wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przygotowany został na lata 2018-2025, czyli do końca obowiązywania aktualnej strategii w zakresie polityki społecznej.

W niniejszym programie szczegółowy zakres merytoryczny działań, ich częstotliwość i formy realizacji wynikają zarówno z potrzeb oraz uwarunkowań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, jak i z możliwości finansowych budżetu województwa opolskiego.

Zadania realizowane w ramach niniejszego programu w oparciu o ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawę o zdrowiu publicznym, stanowiąc będą jednocześnie element wsparcia działań samorządu województwa związanych z realizacją:

- 1) Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
- 2) Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
- 3) Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.
- 4) Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- 5) Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
- 6) Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
- 7) Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

Kluczową rolą samorządu województwa w ramach realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych będzie inspirowanie i wspieranie bezpośrednich realizatorów konkretnych zadań w ramach posiadanych możliwości kadrowych i finansowych. Wyżej wymieniony program stanowi merytoryczne i organizacyjne ramy dla realizacji zadań z uwzględnieniem doświadczeń realizacji programu w latach poprzednich.

Zakłada się, że w zakresie związanym z problemami alkoholowymi grupy ryzyka będą jednymi z głównych beneficjentów ostatecznych WPPiRPA.



## 2. Zasoby leczenia odwykowego w województwie opolskim, których dotyczą umowy z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>1</sup>

W 2016 r. Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach rodzaju świadczenia „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, zakontraktował kilka produktów dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu. Do produktów tych według stanu zawartych umów z dnia 17 lipca 2017 r. należą :

- 1) Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu. 13 umów, 13 świadczeniodawców z następujących miejscowości : Brzeg, Głucholazy, Kędzierzyn-Koźle (3 świadczeniodawców), Kluczbork, Krapkowice, Olesno, Opole, Ozimek, Prudnik, Strzelce Opolskie, Woskowice Małe.
- 2) Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne. 2 umowy, 1 świadczeniodawca z Branice.
- 3) Leczenie uzależnień stacjonarne. 2 umowy, 1 świadczeniodawca z Woskowic Małych.
- 4) Leczenie uzależnień. 26 umów, 26 świadczeniodawców z następujących miejscowości : Branice, Brzeg, Głubczyce, Głucholazy (2 świadczeniodawców), Gogolin, Kędzierzyn-Koźle, Kluczbork, Krapkowice, Moszna, Namysłów, Nysa (3 świadczeniodawców), Olesno (2 świadczeniodawców), Opole (4 świadczeniodawców), Ozimek, Strzelce Opolskie, Warszawa, Woskowice Małe, Zbicko, Zimnice Wielkie.
- 5) Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu. 4 umowy, 4 świadczeniodawców z następujących miejscowości: Kędzierzyn-Koźle (2 świadczeniodawców), Nysa, Woskowice Małe.
- 6) Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja). 2 umowy, 2 świadczeniodawców z następujących miejscowości : Branice, Woskowice Małe.
- 7) Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, 1 umowa, 1 świadczeniodawca z Branice.

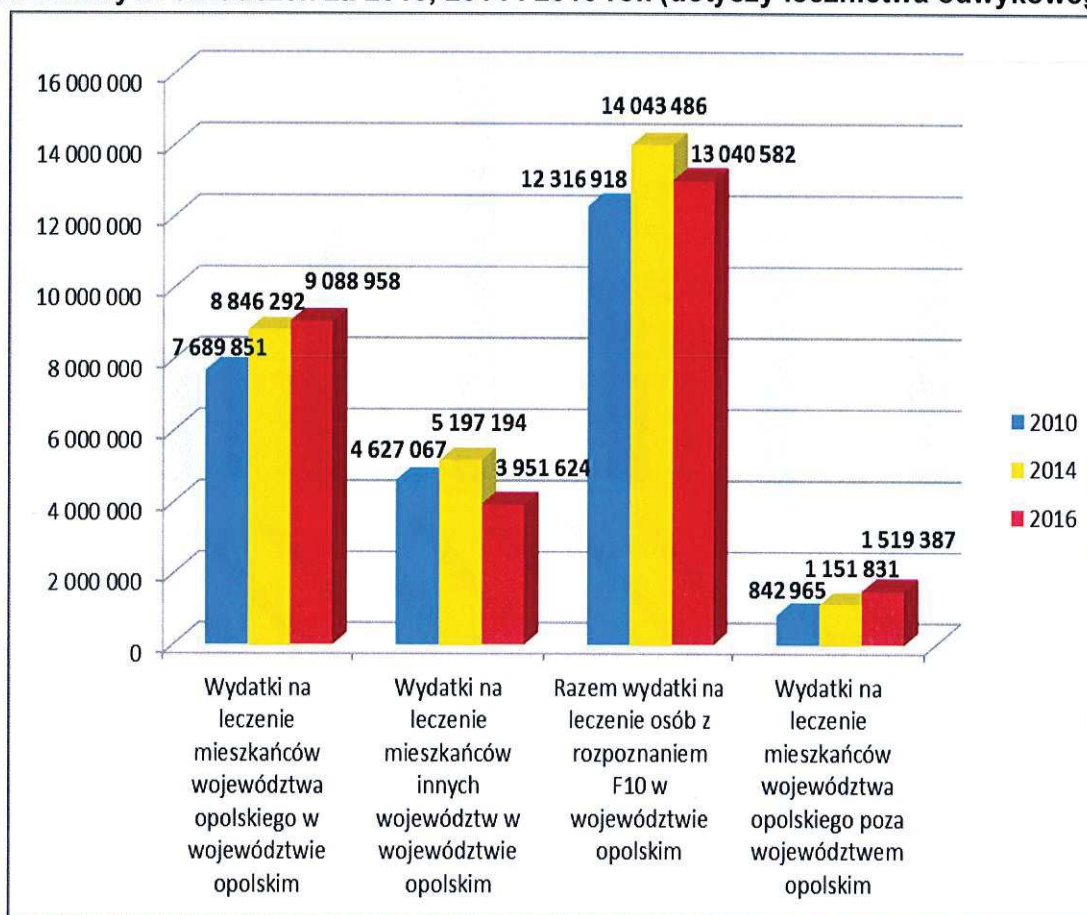
W kategoriach produktów: świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, świadczenia antynikotynowe, świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu, świadczenia dzienne leczenia uzależnień, świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich - w 2016 r. nie zawarto żadnych umów.

Sieć i kształt leczenia odwykowego w dotychczasowej praktyce zależy od wielkości środków finansowych przeznaczanych przez OOW NFZ na to leczenie oraz od rozstrzygnięć konkursów organizowanych przez OOW NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie dotyczącym leczenia/terapii uzależnienia od alkoholu.

Finansowanie leczenia odwykowego przez OOW NFZ w 2010 r., 2014 r. oraz w 2016 r. ilustruje wykres 1.

<sup>1</sup>Zestawienie oparte na danych ze strony www Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ścieżka dostępu : [www.nfz-opole.pl](http://www.nfz-opole.pl) - Informator o zawartych umowach - Wyszukiwanie świadczeń - Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (i dalej). Link <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=08> i dalej. Data pobrania 17.07.2017 r.

**Wykres 1. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim z rozpoznaniem F10 na podstawie miejsca zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010, 2014 i 2016 rok (dotyczy lecznictwa odwykowego).**



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

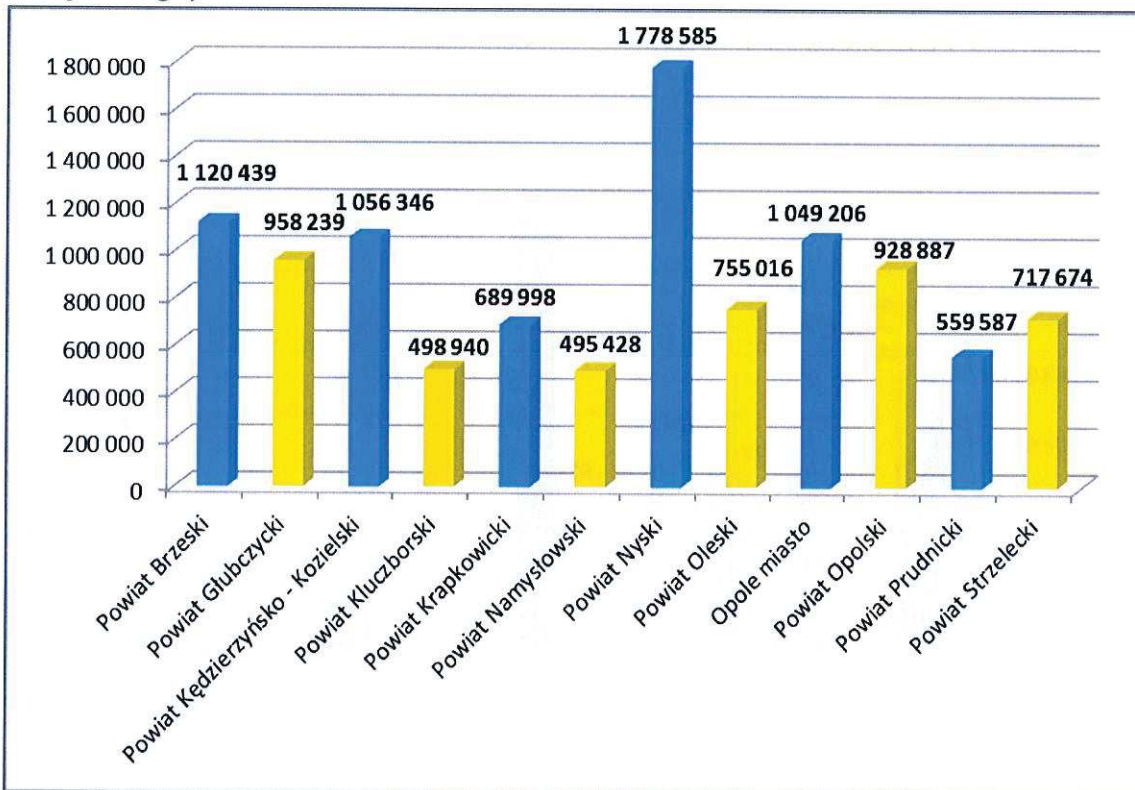
Środki finansowe na leczenie pacjentów z rozpoznaniem F10 w województwie opolskim wyniosły w 2014 r. 14.043.486 zł i uległy w stosunku do 2010 r. zwiększeniu o 1.726.568 zł. Jednak w 2016 r. spadły do poziomu 13.040.582 zł (spadek o 1.002.904 zł). O dobrej jakości świadczeń oferowanych przez lecznictwo odwykowe w województwie opolskim może świadczyć kwota 3.951.624 zł uzyskana w 2016 r. przez OOW NFZ z tytułu leczenia pacjentów z innych województw. O tym samym świadczy również dodatni bilans w rozliczeniach pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ w zakresie leczenia pacjentów z rozpoznaniem F10 – w 2016 r. wyniósł on 2.432.237 zł.

Między rokiem 2010, a rokiem 2016 nie nastąpiły skokowe lub drastyczne zmiany w finansowaniu lecznictwa odwykowego w województwie opolskim. Ważne jest utrzymywanie konkurencyjnej pozycji lecznictwa odwykowego w województwie opolskim w stosunku do lecznictwa odwykowego w innych województwach.

Wydatkowanie środków przez OOW NFZ na leczenie odwykowe pacjentów z poszczególnych powiatów województwa opolskiego przedstawia wykres 2.



**Wykres 2. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego z rozpoznaniem F10 na podstawie powiatu zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok (dotyczy lecznictwa odwykowego).**



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

Wykres 2 dotyczy wydatkowania kwoty 10.608.345 zł na leczenie pacjentów – mieszkańców województwa opolskiego z rozpoznaniem F10 z tego kwota 1.519.387 zł przeznaczona została na leczenie mieszkańców województwa opolskiego poza województwem opolskim.

Podmioty lecznicze samorządu województwa opolskiego zajmujące się leczeniem/terapią uzależnienia od alkoholu to Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych oraz Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Księdza Biskupa Józefa Nathana w Branicach.

W skład OLO w Woskowicach Małych - zgodnie ze statutem - wchodzi następujące jednostki i komórki organizacyjne udzielające świadczeń medycznych w zakresie leczenia/terapii uzależnienia od alkoholu<sup>2</sup>:

- 1) Ośrodek Leczenia Odwykowego
  - a) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (20 łóżek zgodnie z Księgą Rejestrową)
  - b) Oddział Terapii Uzależnień (68 łóżek zgodnie z Księgą Rejestrową)
- 2) Poradnia Odwykowa (funkcjonuje w Woskowicach Małych)

<sup>2</sup>Dane pobrano z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Link: <https://rpwdl.csioz.gov.pl> (i dalej). Data pobrania: 1.08.2017



- 3) Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu (wykonuje zgodnie z przepisami funkcje wspierające i nadzorcze w stosunku do lecznictwa odwykowego w całym województwie). W jego skład wchodzi:
  - a) Ambulatorium
  - b) Wojewódzka Przychodnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu
  - c) Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu (20 miejsc pobytu dziennego zgodnie z Księgą Rejestrową)

W skład SWSdNiPCH w Branicach - zgodnie ze statutem - wchodzi następujące jednostki i komórki organizacyjne udzielające świadczeń medycznych w zakresie leczenia/terapii uzależnienia od alkoholu :

- 1) Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu, w skład którego wchodzi:
  - a) Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych B-7 (Detoksykacyjny) (25 łóżek zgodnie z Księgą Rejestrową)
  - b) Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu B-4 (52 łóżka zgodnie z Księgą Rejestrową)
  - c) Poradnia dla Osób z Problemami Alkoholowymi
- 2) Oddział dla uzależnionych wobec, których orzeczono środek zabezpieczający D-I (30 łóżek zgodnie z Księgą Rejestrową).

### 3. Rynek napojów alkoholowych w województwie opolskim

Skala problemów alkoholowych i ich intensywność zależą od wielkości konsumpcji napojów alkoholowych - im większa konsumpcja, tym więcej problemów. *„Chociaż konsumpcja alkoholu może przynieść wiele przyjemności, to jednak zwiększa ryzyko powstania wielu szkód społecznych. Ryzyko to uzależnione jest od dawki spożywanego alkoholu w taki sposób, że im większe spożycie alkoholu, tym większe ryzyko. Szkody spowodowane przez osobę pijącą alkohol tworzą zróżnicowane kontinuum od hałasów nocnych i budzenia innych do bardziej poważnych konsekwencji, np. przemocy wobec współmałżonka, znęcania się nad dziećmi, przestępstw, aktów przemocy i zabójstw. (...) Alkohol jest używką, która nie tylko uzależnia, ale jest także przyczyną około sześćdziesięciu chorób i stanów chorobowych, w tym uszkodzeń ciała, zaburzeń psychicznych i behawioralnych, chorób układu pokarmowego, nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń odporności, chorób płuc, mięśni i układu kostnego, zaburzeń płodności i uszkodzeń prenatalnych grożących przedwczesnym porodem i powodujących niską wagę urodzeniową. Alkohol zwiększa ryzyko wystąpienia większości tych chorób i zaburzeń, przy czym prawdopodobieństwo to rośnie wraz ze wzrostem spożywanej ilości alkoholu”<sup>3</sup>.*

Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2016 r. w Polsce średnie spożycie w litrach 100% alkoholu na 1 mieszkańca wynosiło 9,37 litra, w 2015 r. – 9,41 litra, w 2014 r. – 9,40 litra, a w 2013 r. wynosiło 9,67 litra, wcześniej - w 2010 r. było wyraźnie mniejsze i wynosiło 9,02 litra<sup>4</sup>. W związku z powyższym można założyć, że w ostatnich latach, mamy do czynienia z względną stabilizacją wskaźnika średniego spożycia 100% alkoholu.

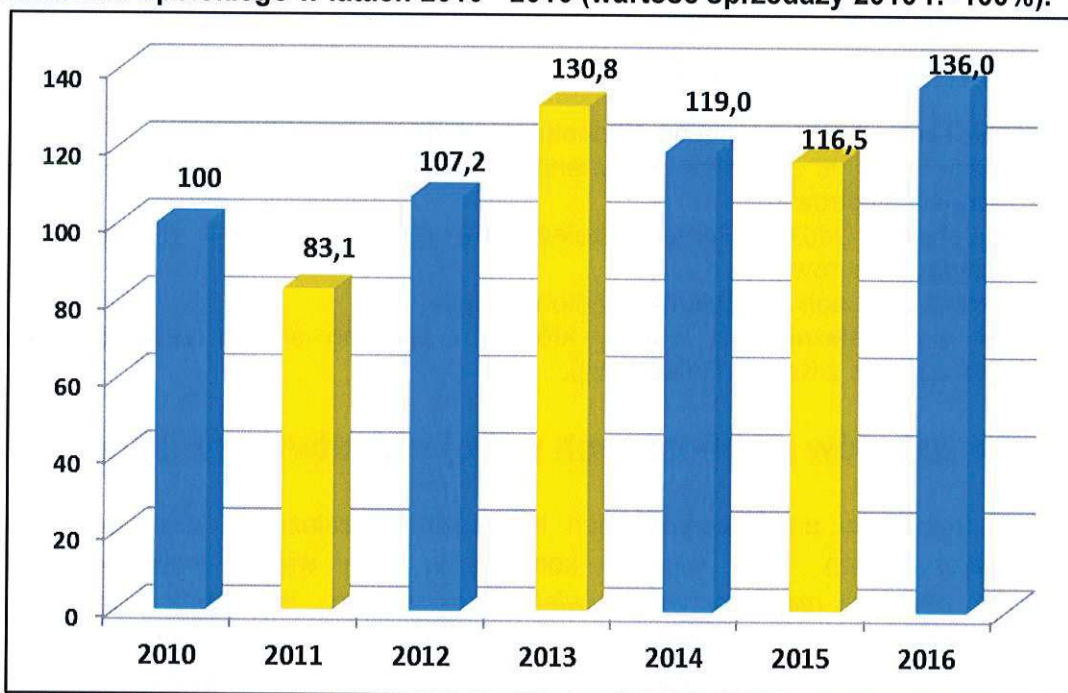
<sup>3</sup>Peter Anderson, Ben Baumberg, *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego przedłożony Komisji Europejskiej*, Instytut Badań nad Alkoholem, Wielka Brytania czerwiec 2006, wydanie polskie Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007, s. 12.

<sup>4</sup>Dane PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) - Analizy, badania, raporty - Spożycie alkoholu. Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> . Data pobrania 14.11.2017 r.



Według tych samych danych struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce w przeliczeniu na 100% alkohol przedstawiała się w 2010 r. następująco : 35,5% wyroby spirytusowe, wino i miody pitne 9,3%, piwo 55,2%, w 2013 r. odpowiednio 37,2%, 7,2% oraz 55,7%, w 2014 r. odpowiednio 34,1%, 8%, 57,9%, w 2015 r. - odpowiednio 34%, 8%, 57,9% a w 2016 – 34,2%, 7,4% oraz 58,4%<sup>5</sup>. Powyższe zestawienie wskazuje na ustabilizowanie struktury spożycia wyrobów alkoholowych w ostatnich latach.

**Wykres 3. Dynamika sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 - 2016 (wartość sprzedaży 2010 r.=100%).**



Źródło : obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego. Link [http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks) (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

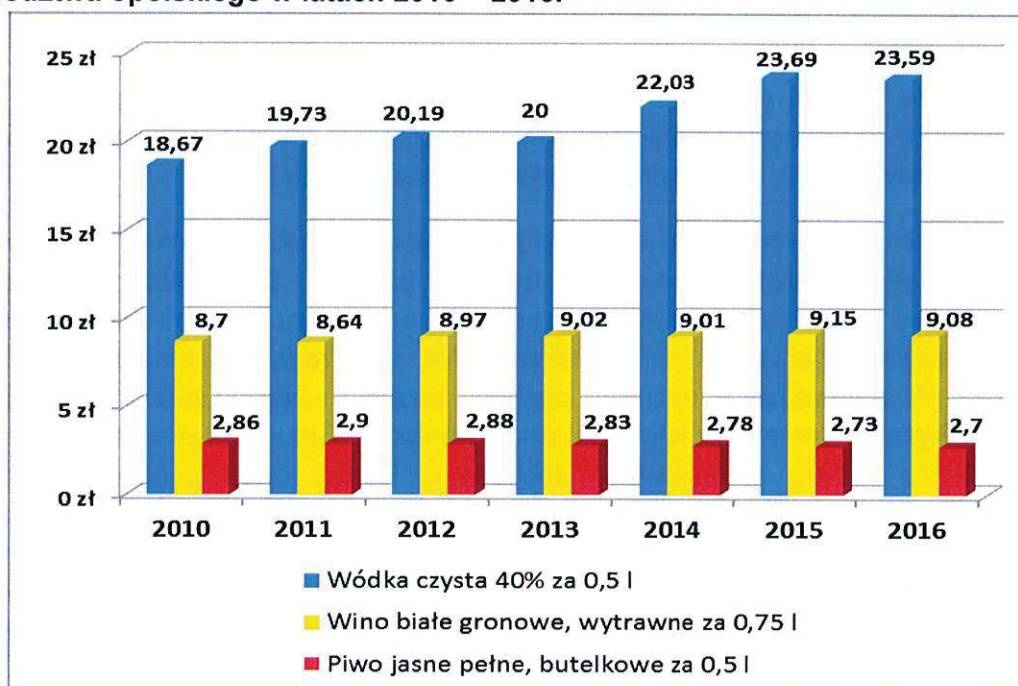
Po okresie niekorzystnego z punktu widzenia zdrowotnego i rozpowszechnienia problemów alkoholowych kształtowania się w województwie opolskim dynamiki sprzedaży napojów alkoholowych - wzrost z 122,8 mln zł w 2010 r., do 160,6 mln zł w roku 2013. W kolejnych latach zanotowano spadek sprzedaży - w 2014 r. sprzedaż wyniosła 146,1 mln zł, a w 2015 r. 143 mln zł. Natomiast w 2016 r. mamy do czynienia ze znacznym wzrostem sprzedaży, która wyniosła 166,9 mln zł.

Wcześniej obserwowany spadek dynamiki sprzedaży może być związany z korzystnym z punktu widzenia zdrowotnego i profilaktyki wzrostem cen na alkohole wysokoprocentowe, przy równoczesnym niewielkim spadku cen alkoholi niskoprocentowych np. piwa. Teoretycznie wzrost cen napojów alkoholowych powinien wpłynąć na mniejszą ich konsumpcję, co powinno przełożyć się na mniejszą liczbę szkód, np. szkód zdrowotnych. Obraz ten zaburzony został przez wzrost sprzedaży napojów alkoholowych w 2016 r., co może być związane z uszczelnianiem granic i wynikającym z tego ograniczaniem wprowadzania do obrotu nieujmowanych w statystykach napojów alkoholowych, które zostały zastąpione przez napoje z legalnych źródeł.

<sup>5</sup>Vide przypis poprzedni.



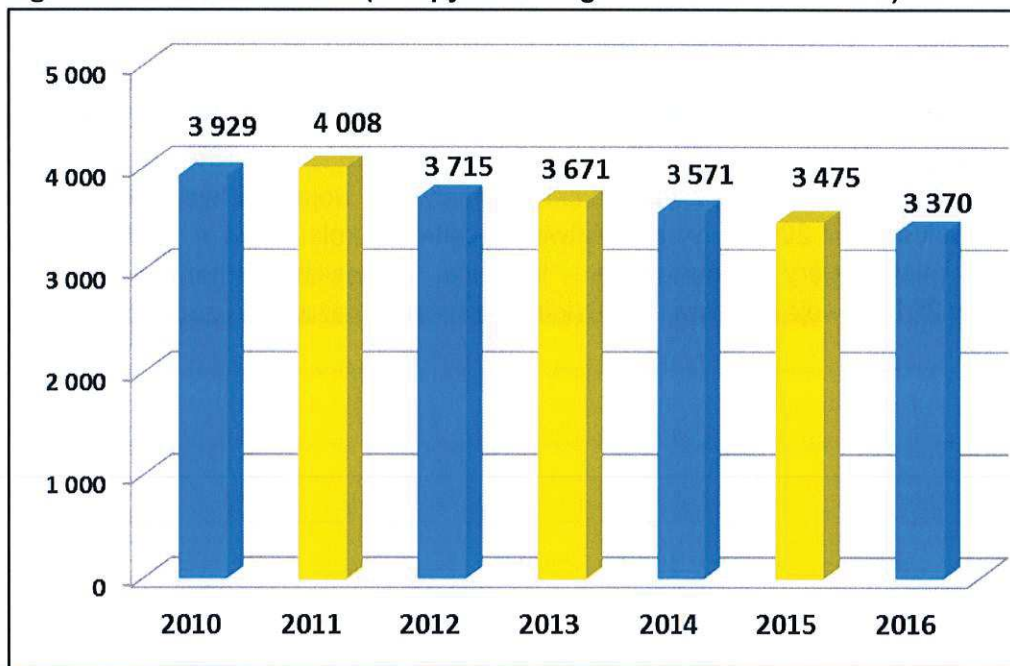
**Wykres 4. Przeciętne ceny detaliczne wybranych towarów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 – 2016.**



Źródło : obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS. Link [http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks) (i dalej). Data pobrania 22.06.2017 r.

Na wysokość spożycia napojów alkoholowych ma również wpływ wielkość sieci punktów sprzedaży napojów alkoholowych. Sytuację w tym zakresie ilustruje wykres 5.

**Wykres 5. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 – 2016 (sklepy i lokale gastronomiczne razem).**



Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2010 roku (i dalsze lata). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

#### **4. Zasoby finansowe przeznaczone na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie opolskim**

Zgodnie ze stanem prawnym wynikającym z ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na realizację zadań województw i gmin wynikających z ww. ustawy przeznaczone są następujące środki :

- 1) W przypadku województw są to opłaty za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu. Środki finansowe pozyskane z ww. opłat mogą być ponadto przeznaczone na realizację wojewódzkiego programu przeciwdziałania narkomanii. Standardowo opłaty wnoszone są raz na dwa lata w jednej transzy. W województwie opolskim dochody budżetu województwa z tytułu ww. opłat charakteryzuje wyraźny dwuletni cykl, w którym rok z większymi dochodami występuje na przemian z rokiem z mniejszymi dochodami. Należy także podkreślić, że między województwami występują bardzo duże różnice w wysokościach dochodów z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi. Różnice te wynikają z rozmieszczenia siedzib dużych sieci hurtowni napojów alkoholowych, województwa, w których mieszczą się takie siedziby uzyskują bardzo duże dochody z opłat za zezwolenia.
- 2) W przypadku gmin są to opłaty za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu lub poza miejscem sprzedaży. Środki finansowe pozyskane z ww. opłat mogą być ponadto przeznaczone na realizację gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. Opłaty wnoszone są za poszczególne lata w rozbiciu na trzy raty w ciągu roku.

W praktyce mamy do czynienia z dużym zróżnicowaniem ww. dochodów, które ilustruje wykres 6. Środki finansowe województwa opolskiego, które mogą być zaangażowane w profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w znaczący sposób ustępują środkom gmin, jak i środkom wielu innych województw. W 2012 r. województwo opolskie uzyskało najmniejsze ze wszystkich województw dochody z opłat za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu. W 2013 r. mniejsze dochody od województwa opolskiego miały trzy województwa - lubuskie, pomorskie i świętokrzyskie, a w 2014 r. województwo lubuskie. Z kolei 2015 r. dochody mniejsze od opolskiego miały cztery województwa - lubuskie, podlaskie, pomorskie i świętokrzyskie, natomiast w 2016 r. województwa – lubuskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie.



**Wykres 6. Dochody gmin województwa opolskiego i Samorządu Województwa Opolskiego z tytułu opłat za wydanie zezwoleń oraz korzystanie z zezwoleń dotyczących obrotu i sprzedaży napojów alkoholowych w latach 2012–2016.**



Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2012 roku (i dalej). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Problemem pozostaje wykorzystywanie środków finansowych przez gminy. Z jednej strony jest to problem jakości podejmowanych działań, a z drugiej wydatkowanie środków na zadania poza merytorycznym obszarem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W „Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015” jako jeden z siedmiu problemów w skali kraju została wskazana „Pogarszająca się jakość działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wydatkowanie środków z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych”<sup>6</sup>. Można przyjąć, że wskazywany wyżej problem jest nadal aktualny.

**Wykres 7. Wydatkowanie przez gminy województwa opolskiego dochodów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w latach 2012–2016.**



Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2012 roku (i dalej). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

<sup>6</sup>PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) – Akty prawne – Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 2011-2015. Link [http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011\\_2015\\_11\\_011.pdf](http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf). Data pobrania 13.10.2015 r.



## 5. Diagnoza - problemy alkoholowe

Przy prezentowaniu poszczególnych elementów diagnozy założono, że najlepszą formą będą ilustracje odpowiednio wybranych danych w formie przejrzystych wykresów z ograniczonym komentarzem, który nie będzie zaburzał przejrzystości przekazu informacji. Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ma bowiem także funkcję edukacyjną i inspirującą dla jego odbiorców i w związku z tym przyjęto taką formę diagnozy, która wydaje się być optymalna.

W diagnozie używane są dane istniejące (zastane), w niektórych przypadkach (np. dane OOW NFZ) wymagające odpowiedniego zestawienia na potrzeby niniejszego programu. Wyjątkiem, w przypadku którego dane zostały wytworzone poprzez przeprowadzenie badań i opracowanie ich wyników, jest używanie alkoholu, narkotyków, tytoniu i innych używek przez młodzież szkolną województwa opolskiego (tzw. badania ESPAD).

Kilkakrotnie posłużono się szacunkami PARPA, które następnie przeliczono dla zilustrowania problematyki w województwie opolskim. Wykorzystano także dane GUS.

Należy zwrócić uwagę na potrzebę i możliwość zaangażowania badawczego opolskich uczelni w obszary wskazane w diagnozie.

Diagnoza zawiera osiem części odnoszących się do grup społecznych wyraźnie związanych z problemami alkoholowymi, np. „Osoby dorosłe oraz dzieci i młodzież żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholików” lub odnoszących się do określonego rodzaju problemów alkoholowych np. „Alkohol a przestępstwa komunikacyjne i wypadki drogowe”.

### 5.1. Osoby uzależnione od alkoholu oraz osoby pijące szkodliwie lub ryzykownie

W latach 2010-2011 zrealizowano w Polsce zakrojone na szeroką skalę badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska”. „W wyniku badania stwierdzono, że 11,9% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym można zaliczyć do ogólnej kategorii nadużywających alkoholu, w tym 2,4% osób spełnia kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu<sup>7</sup> – zgodnie z powyższym oszacowano dla całego kraju liczbę osób nadużywających alkoholu na ponad 3 miliony, w tym ponad 600 tysięcy osób z zespołem uzależnienia od alkoholu. Jeżeli przeniesiemy powyższe odsetki na liczbę osób w wieku produkcyjnym w województwie opolskim w 2014 r. wynoszącą w przybliżeniu 643.300 osób<sup>8</sup> – to liczba osób nadużywających alkoholu bez spełnienia kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu wyniosła ok. **61.100**, a liczba osób spełniających ww. kryteria wyniosła ok. **15.400**. Zaś w 2016 r. liczba osób w wieku produkcyjnym w województwie opolskim wyniosła w przybliżeniu 627.800 osób<sup>9</sup>, więc liczba osób nadużywających alkoholu bez spełniania kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu wyniosła ok. **59.600**, a liczba osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu wyniosła ok. **15.100**.

<sup>7</sup>Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, red. naukowa Moskalewicz Jacek, Kiejna Andrzej, Wojtyniak Bogdan, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, s. 255.

<sup>8</sup>Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link [http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks) (i dalej). Data pobrania 13.10.2015 r.

<sup>9</sup>Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link [http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks) (i dalej). Data pobrania 28.07.2017 r.



Przyjmuje się, że do grupy ryzyka zalicza się mężczyźni konsumujących rocznie powyżej 10 litrów czystego alkoholu oraz kobiety konsumujące rocznie powyżej 7,5 litra czystego alkoholu<sup>10</sup>.

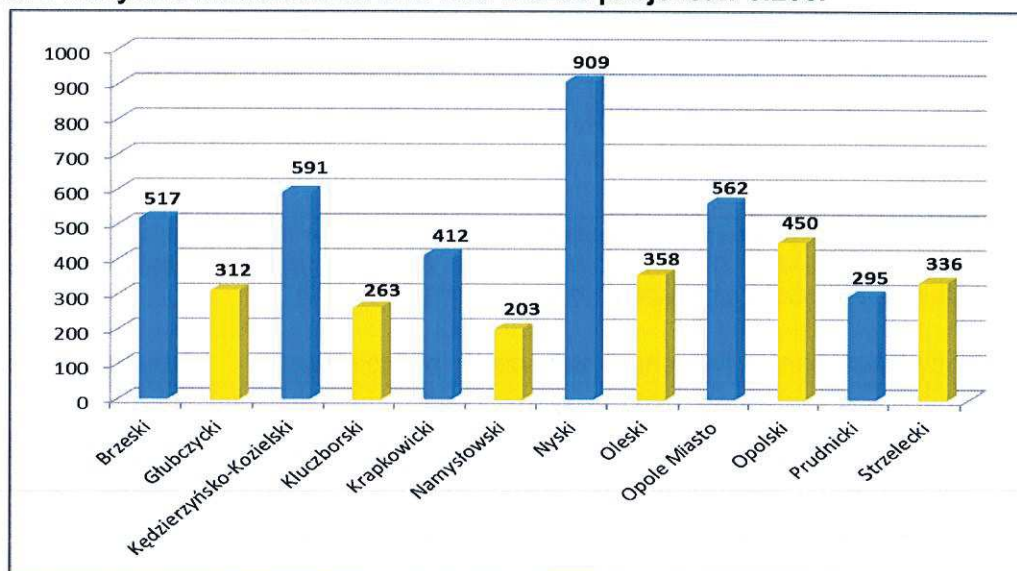
W 2010 r. w województwie opolskim w leczeniu psychiatrycznym (w skład, którego wchodzi leczenie odwykowe) było 4.804 pacjentów mieszkańców województwa z rozpoznaniem F10 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu. W 2014 r. takich pacjentów było 4.843, w 2016 r. ich liczba utrzymywała się na podobnym poziomie i wynosiła 4.800. Liczba pacjentów leczenia psychiatrycznego oraz podstawowej opieki zdrowotnej z rozpoznaniem F10 z województwa opolskiego w 2010 r. wynosiła 5.054, w 2014 r. 5.180, a w 2016 r. 5.208<sup>11</sup>.

Zaprezentowane dane wskazują, że leczeniem/terapią objęta jest około 1/3 osób spełniających kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu.

Spośród 4.800 pacjentów (mieszkańców województwa opolskiego w 2016 r.) z rozpoznaniem F10 leczących się w leczeniu psychiatrycznym 94% było w wieku 19-65 lat, 5,42% było w wieku 66 i więcej lat, a 0,58% w wieku 12-18 lat. W przypadku rozpoznania F10 dominują bezwzględnie pacjenci w wieku aktywności zawodowej, co odróżnia tę grupę pacjentów np. od osób z rozpoznaniem organicznych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń nastroju – afektywnych, w których występuje większy odsetek pacjentów w wieku 66 i więcej lat<sup>12</sup>.

Zróżnicowanie pacjentów pod względem powiatu zamieszkania ilustruje wykres 8. Kwestia tego zróżnicowania stanowić może przedmiot pogłębionych badań i analiz.

**Wykres 8. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w leczeniu psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem "F10" (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu) z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok. Liczba pacjentów 5.208.**



Źródło: dane przekazane z OOW NFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

<sup>10</sup> *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2008 r.* na zlecenie PARPA przez CBOS w Warszawie, opracowanie: Marek Fudała, Warszawa 2008;

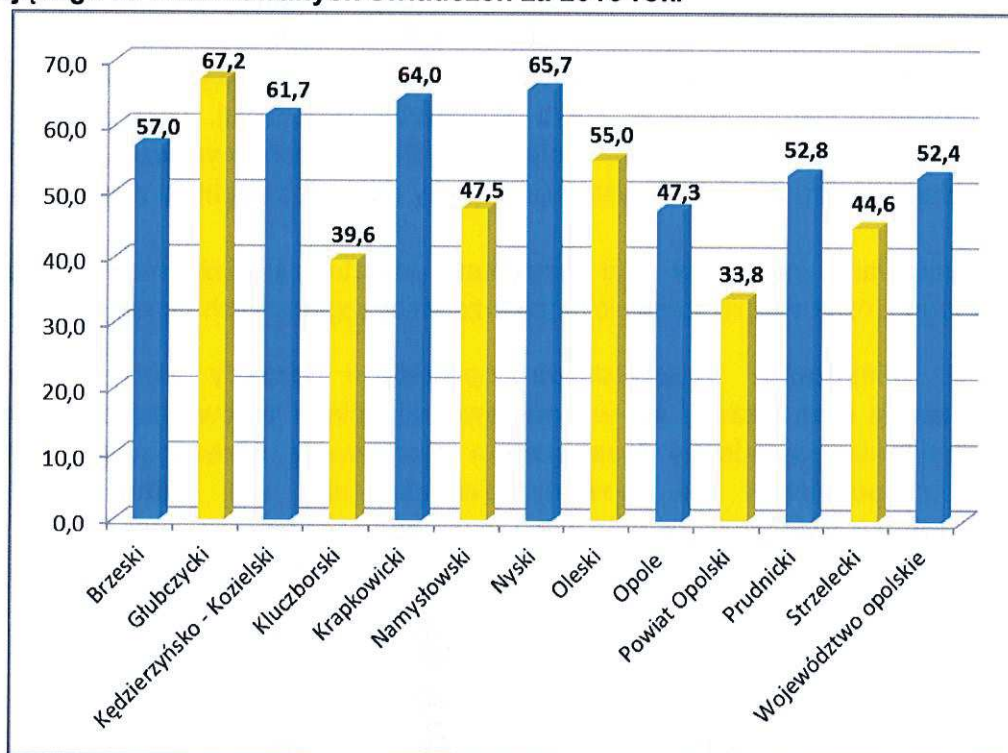
<sup>11</sup> Dane w akapicie przekazane z OOWNFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

<sup>12</sup> Dane w akapicie przekazane z OOWNFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.



Powyższe dane wskazują na duże zróżnicowanie pod względem liczby pacjentów z poszczególnych powiatów. Trzeba pamiętać, że liczba pacjentów w powiatach jest w znaczącej mierze pochodną wysokości kontraktowania świadczeń. Podmioty medyczne prowadzące terapię/leczenie uzależnienia od alkoholu mają więc tylu pacjentów na ilu pozwala im wysokość kontraktu. W przypadku powiatów terapia/leczenie uzależnienia od alkoholu jest prowadzona głównie w formie ambulatoryjnej i w mniejszym zakresie w formie dziennej, a podmioty medyczne przeważnie mają prywatnego właściciela.

**Wykres 9. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem „F10” (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu) na 10 tys. ludności z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok.**

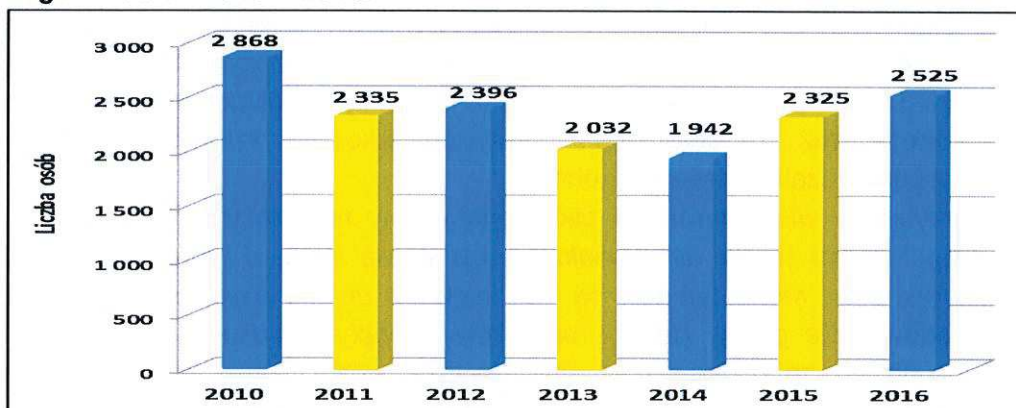


Źródło : obliczenia własne na podstawie danych przekazanych z OOW NFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r., danych Banku danych lokalnych GUS. Link [http://stat.gov.pl/bd1/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://stat.gov.pl/bd1/app/strona.html?p_name=indeks) (i dalej) - data pobrania 20.07.2017 r.

Rozpowszechnienie leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem alkoholu (rozpoznanie F10 w klasyfikacji chorób ICD10) nie jest całkowicie tożsame z epidemiologią w tym rozpoznaniu. Należy założyć istnienie pewnych korelacji pomiędzy leczeniem, a epidemiologią. Niemniej mogą występować w poszczególnych powiatach lokalne czynniki wpływające na rozpowszechnienie leczenia choroby alkoholowej. Wszystkie te kwestie stanowią potencjalny przedmiot badań i analiz.

Choroba alkoholowa wymaga leczenia/terapii, a także ze względu na swoją specyfikę intensywnych i profesjonalnych działań motywujących do podjęcia takiego leczenia/terapii. W ramach swoich działań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych gminy prowadzą różnego rodzaju punkty konsultacyjne, w tym punkty dla osób z problemem alkoholowym.

**Wykres 10. Osoby uzależnione, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym na terenie województwa Opolskiego w latach 2010 – 2016.**



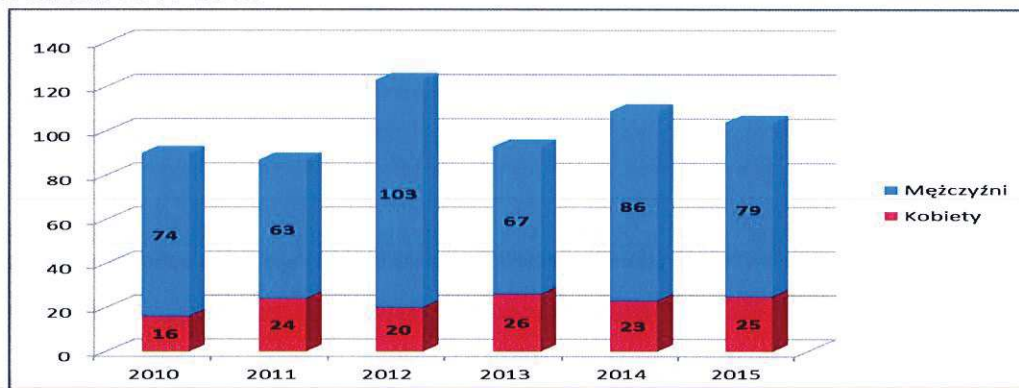
Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2010 roku (i dalsze lata). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Jak wskazano wyżej, zgodnie z badaniami z lat 2010-2011 oraz przeprowadzonymi na ich podstawie bieżącymi szacunkami, w 2016 r. liczba osób nadużywających alkoholu bez spełnienia kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu wyniosła w województwie opolskim ok. 59.600 osób.

Sytuacja taka oznacza, że w związku z nadużywaniem alkoholu bez cech uzależnienia, należy spodziewać się zwiększonej liczby szkód zdrowotnych wynikających między innymi z urazów mających związek z alkoholem oraz z długotrwałej ekspozycji na duże dawki alkoholu. Powoduje to, w przypadku pacjentów nadużywających alkoholu, a także uzależnionych od alkoholu, zwiększone koszty w wielu obszarach ochrony zdrowia, bowiem jak już wcześniej wskazano „Alkohol jest narkotykiem powodującym uzależnienie. Niezależnie od tego jest przyczyną 60 różnego typu chorób (...) Dla większości chorób i zaburzeń działanie alkoholu jest proporcjonalne do wielkości przyjętej dawki”<sup>13</sup>.

Uszkodzenia wątroby spowodowane alkoholem uznawane są za jeden ze wskaźników problemów zdrowotnych powodowanych przez alkohol. Zagadnienie to w województwie opolskim przedstawione zostało w wykresie 11.

**Wykres 11. Zgony w województwie opolskim z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) w latach 2010-2015.**



Źródło : dane Demografia GUS. Link <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> (i dalej). Data pobrania: 21.04.2017 r.

<sup>13</sup> Peter Anderson, Ben Bamberg, *Alkohol w Europie : perspektywa zdrowia publicznego. Raport dla Komisji Europejskiej – Podsumowanie*, w : *Alkoholizm i Narkomania*, Rok 2006, tom 19, nr 2, s.125.



## 5.2. Osoby dorosłe oraz dzieci i młodzież żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholików

Do tej kategorii osób zaliczamy dorosłych członków rodziny i/lub partnerów życiowych alkoholików oraz dzieci i młodzież. Osoby te żyjąc w najbliższym otoczeniu alkoholików ponoszą różnego rodzaju straty, w tym zdrowotne wynikające z długotrwałego funkcjonowania w głębokim stresie oraz z psychicznych i somatycznych kosztów szkodliwego przystosowania się do życia z osobą uzależnioną od alkoholu.

W przypadku wielu dorosłych osób żyjących w najbliższym otoczeniu alkoholików „*Życie w długotrwałym stresie emocjonalnym pozostawia ślady, a nawet sieje spustoszenie. Efektem takiego życia może być nerwica lub izolowane objawy psychosomatyczne ze strony różnych układów (ból głowy, kłopoty mięśniowe, kłopoty żołądkowe, zaburzenia krążenia i niepokojące objawy ze strony serca), sytuacja taka tworzy okazję do sięgnięcia po środki uspokajające, nasenne, przeciwbólowe. W tym też do sięgnięcia po alkohol. Wszystkie te środki mogą stać się substancją własnego uzależnienia*”<sup>14</sup>.

Według szacunków PARPA członkowie rodzin z problemem alkoholowym (zarówno dorośli jak i dzieci), to 3-4 miliony osób<sup>15</sup>. Przy 38.432.992<sup>16</sup> osobach stanowiących ludność Polski według stanu w dniu 31.12.2016 r., członkowie rodzin z problemem alkoholowym, to 7,8-10,4%<sup>17</sup> populacji z czego połowę stanowią dzieci i młodzież<sup>18</sup>. W przypadku województwa opolskiego liczba członków rodzin z problemem alkoholowym powinna mieścić się w przedziale od 77.457 do 103.276 osób<sup>19</sup>, przy liczbie ludności 993.036<sup>20</sup> w dniu 31.12.2016 r. Także w tym przypadku należałoby przyjąć, że połowę stanowią dzieci i młodzież wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym, nie zapominając jednakże, że zarówno w przypadku dorosłych jak i dzieci oraz młodzieży zaprezentowane liczby wynikają z szacunków PARPA i są wartościami wskazującymi na możliwą skalę problemu, nie są natomiast wartościami precyzyjnie określającymi liczbę osób dotkniętych problemami.

Znaczną część z grupy członków rodzin z problemem alkoholowym stanowią osoby dorosłe generujące koszty w różnych obszarach ochrony zdrowia wynikające ze szkód zdrowotnych powstałych w związku z uszkadzającym wpływem funkcjonowania w najbliższym otoczeniu alkoholika.

Należy zaznaczyć, że tylko część osób dorosłych żyjących w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu, jest gotowa korzystać z wsparcia psychologicznego lub terapii. Poza tym możliwości w tym zakresie zależne są od wysokości kontraktu danego podmiotu leczenia odwykowego z OOWNFZ.

<sup>14</sup>Wanda Sztander, *Poza kontrolą*, W-wa 1992, s.40.

<sup>15</sup>Źródło : PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) – Analizy, badania, raporty – Polskie problemy alkoholowe. Link <http://www.parpa.pl/index.php/przeciwdzialanie-przemocy/badania/33-analizy-badania-raporty/134-polskie-problemy-alkoholowe>. Data pobrania 31.07.2017 r.

<sup>16</sup>Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link [http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks) (i dalej). Data pobrania 31.07.2017 r.

<sup>17</sup>Obliczenia własne na podstawie danych ze wskazanych wyżej źródeł.

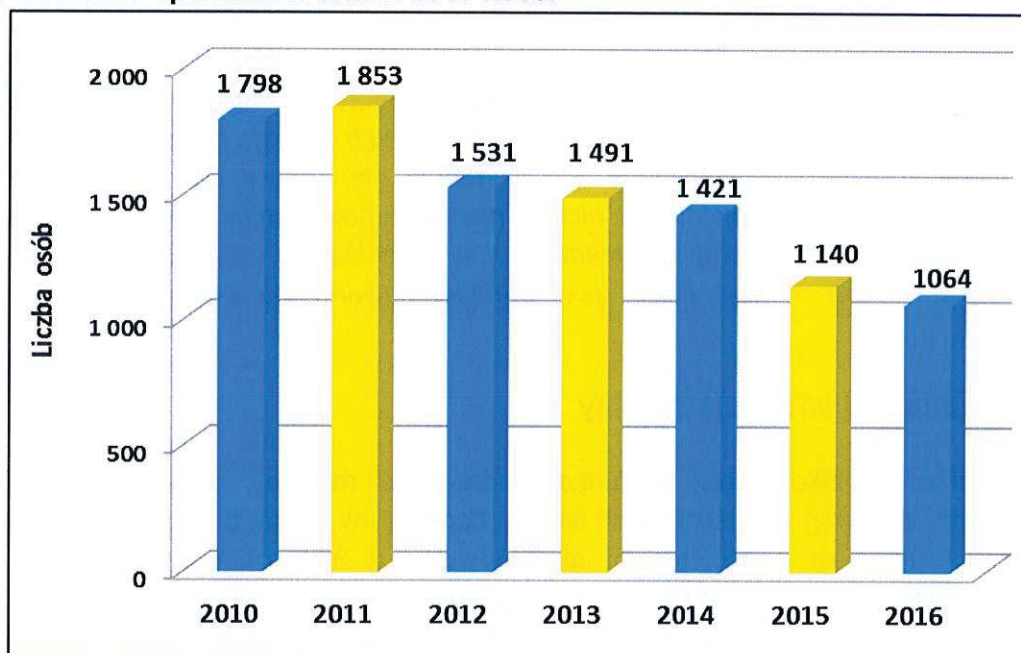
<sup>18</sup>Według PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) – Analizy, badania, raporty – Przeciwdziałanie marginalizacji społecznej w kontekście rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Link <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/135-przeciwdzialanie-marginalizacji-spoecznej-w-kontekscie-rozwiazywania-problemow-alk-w-polsce>. Data pobrania: 31.07.2017 r.

<sup>19</sup>Obliczenia własne na podstawie danych ze wskazanych wyżej źródeł.

<sup>20</sup>Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link [http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks) (i dalej). Data pobrania 31.07.2017 r.



**Wykres 12. Liczba dorosłych członków rodzin osób z problemem alkoholowym, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w województwie opolskim w latach 2010-2016.**



Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2010 roku (i dalsze lata). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Działalność punktów konsultacyjnych stanowi uzupełnienie i wsparcie dla funkcjonowania leczenia odwykowego. W przypadku członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu rolą punktów konsultacyjnych jest udzielanie bieżącej pomocy, jakiś zakres jej koordynacji oraz motywowanie do sięgania po profesjonalną pomoc terapeutyczną i/lub do udziału w grupach samopomocowych.

Życie dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym powoduje poważne straty emocjonalne i rozwojowe. Według szacunków PARPA dzieci i młodzież wychowujące się w rodzinach alkoholowych stanowią w Polsce 1,5-2 miliona osób<sup>21</sup> - w województwie opolskim byłoby to od 38.700 do 51.600 osób<sup>22</sup>. Należy jednak jeszcze raz podkreślić, że konkretne liczby są w tym przypadku pochodną szacunków PARPA i nie należy ich traktować jako twardych danych, ale jako wskazówkę/szacunek dotyczące możliwego zasięgu negatywnych zjawisk. Także ten obszar problemów alkoholowych mógłby i powinien się stać polem badawczym eksplorowanym przez studentów i pracowników uczelni w regionie.

Wychowywanie się w rodzinie z problemem alkoholowym „może wywrzeć poważny negatywny wpływ na rozwój dziecka (...) Podobnie jak żołnierze przeżywający stres na polu bitwy, dzieci alkoholików żyją w stresie przekraczającym granice zwykłego ludzkiego doświadczenia”<sup>23</sup>. Dla dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym „Choroba rodziców staje się główną siłą nadającą kierunek ich życiu, które zaczyna się obracać wokół problemu alkoholowego ojca czy matki”<sup>24</sup>.

<sup>21</sup>Według PARPA, ścieżka dostępu : [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) – Analizy, badania, raporty – Przeciwdziałanie marginalizacji społecznej w kontekście rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Link <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/135-przeciwdzialanie-marginalizacji-spolecznej-w-kontekście-rozwiazywania-problemow-alk-w-polsce>.

<sup>22</sup>Obliczenia własne na podstawie danych ze wskazanych wyżej źródeł.

<sup>23</sup>Bryan E. Robinson, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, W-wa 1998, s.53.

<sup>24</sup>Bryan E. Robinson, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, W-wa 1998, s.53.



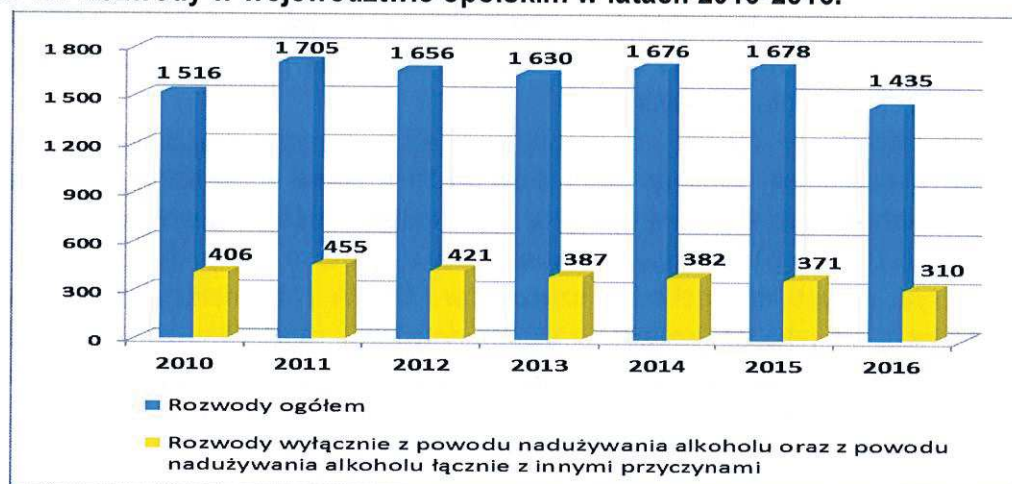
Należy podkreślić, że dysfunkcje powstałe w przypadku dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych mogą być przenoszone następnie w dorosłe życie, jako tzw. syndrom DDA (Dorosłego Dziecka Alkoholika). Mamy więc do czynienia z sytuacją, w której wychowywanie się w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu oraz brak pomocy psychologicznej, czy terapeutycznej w dzieciństwie, mogą skutkować dysfunkcjami w sferze emocjonalnej i psychicznej w trakcie dorosłego życia. Według opinii profesjonalistki „Wiele dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych doznaje poważnej krzywdy. Dzieci te nie mogą zmienić swojej sytuacji. Ich cierpienie nie kończy się na doświadczeniach przeżywanych w rodzinie. Niektóre z nich odnoszą niepowodzenia szkolne i w kontaktach z rówieśnikami. Skutki krzywdy doświadczonej w dzieciństwie mogą się rozciągać na ich dalsze życie. Część z tych dzieci jest predysponowana do powtórzenia losu swoich rodziców”<sup>25</sup>.

### 5.3. Alkoholowa dysfunkcja rodziny

Przykładem alkoholowej dysfunkcji rodziny są rozwody związane z problemami alkoholowymi. W latach wcześniejszych istniała korelacja w czasie pomiędzy wzrostem liczby rozwodów związanych z problemami alkoholowymi, a 30% obniżką akcyzy na wyroby spirytusowe wprowadzoną w październiku 2002 roku przez Ministerstwo Finansów. Trudno przesądzać, czy istnieje ścisły związek między tymi dwoma faktami, niezależnie od tego problemy alkoholowe w niszczący sposób wpływały i wpływają na sytuację wielu rodzin w regionie.

Liczba rozwodów mających według oficjalnych danych związek z problemami alkoholowymi przedstawiona została w wykresie 13.

**Wykres 13. Rozwody w województwie opolskim w latach 2010-2016.**



Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link [http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks) (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Statystyki w zakresie udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i w usługach – wskazują na powody udzielenia pomocy, w których są „alkoholizm”, a od 2004 r. „przemoc domowa”. Według tej statystyki w latach 2002-2016 minimalna liczba rodzin, którym udzielono pomocy z powodu alkoholizmu w danym roku wynosiła 2.088 (w 2010 r.), a maksymalna 3.513 (w 2003 r.)<sup>26</sup>.

<sup>25</sup>Aleksandra Karasowska, *Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej*, w: *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, Nr 8/2004, s.17.

<sup>26</sup>Źródło danych w akapicie: dane tabelaryczne gmin i powiatów woj. opolskiego, zamieszczone w Centralnej Aplikacji Statystycznej – systemie informatyczny Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, wspierającym proces m.in. zbierania



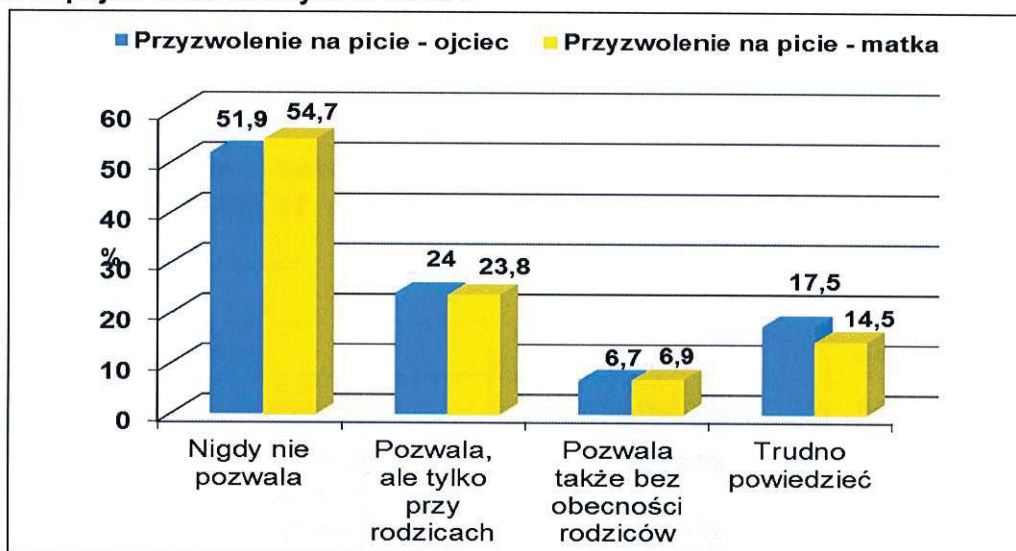
Przyjęty w pomocy społecznej system sprawozdawczości polega na wybraniu przez pracownika socjalnego jednego powodu udzielenia pomocy. W sytuacji, gdy jest kilka przyczyn powodujących dysfunkcję rodziny, wybór powodu udzielenia pomocy socjalnej jest w praktyce subiektywny. Oznacza to, że podane wyżej liczby rodzin, którym udzielono pomocy z powodu „alkoholizmu” wskazują liczbę wyborów danego problemu przez pracowników socjalnych, a nie rzeczywiste rozpowszechnienie problemów. Jest to jednocześnie minimalna liczba rodzin z problemem alkoholowym, które objęto świadczeniami pomocy społecznej.

#### 5.4. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania alkoholu

„Używanie substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, takich jak napoje alkoholowe czy tytoń, jak i nielegalnych, takich jak narkotyki, niesie ze sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych. Ryzyko to jest szczególnie duże, gdy sięgają po nie ludzie bardzo młodzi, nie świadomi tego, co może im grozić”<sup>27</sup>.

Jedną z fundamentalnych spraw dla profilaktyki są normy i zasady w jakich wychowane są dzieci i młodzież. Według wyników badań młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej województwa opolskiego przeprowadzonych w 2015 r.<sup>28</sup> wynika, że w wielu rodzinach istnieje przyzwolenie na picie napojów alkoholowych przez nieletnie dzieci lub też sytuacja w tym względzie nie jest jasna, tzn. nie zostały postawione wyraźne granice w postaci sformułowania rodzicielskiego zakazu picia napojów alkoholowych przez nieletnie dzieci. Sytuacja taka musi mieć negatywny wpływ na skuteczność działań profilaktycznych. Wskazuje też na bezwzględną konieczność adresowania działań profilaktycznych do rodziców.

**Wykres 14. Zgoda rodziców młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego na picie napojów alkoholowych w 2015 r.**



Źródło: wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015*. ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

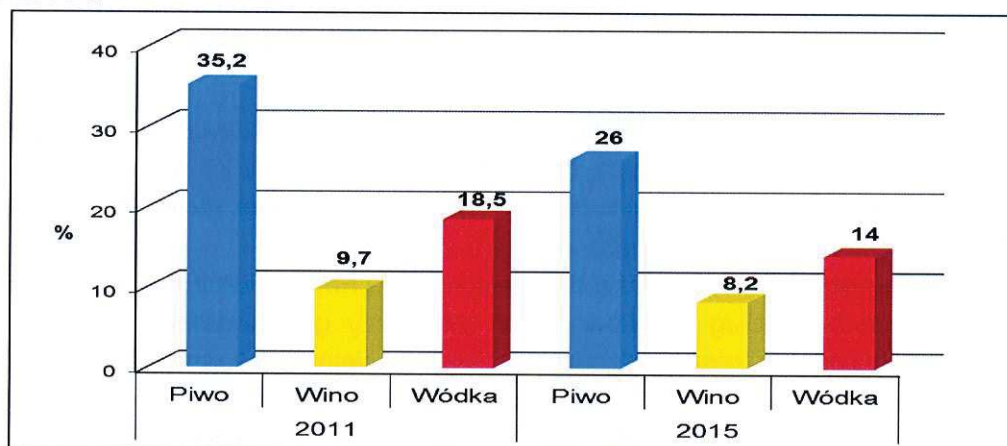
sprawozdań i informacji z zakresu pomocy społecznej przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej, w tym ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie oraz regionalne ośrodki polityki społecznej – w latach 2002-2013 w ramach aplikacji *Sprawozdania resortowe*, a w latach 2014-2016 w ramach aplikacji *Ocena zasobów pomocy społecznej*.

<sup>27</sup>Barbara Fatyga, Janusz Sierosławski, Antoni Zieliński, Przemysław Zieliński, *Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych*, W-wa 1999, s.89.

<sup>28</sup>Wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015*. ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

Ograniczanie dostępności napojów alkoholowych dla osób nieletnich stanowi ważny czynnik profilaktyczny. W przypadku młodzieży gimnazjalnej województwa opolskiego między rokiem 2011, a rokiem 2015 nastąpiły w tym względzie pozytywne zmiany wskazujące na postępujące ograniczanie dostępności napojów alkoholowych dla młodzieży gimnazjalnej.

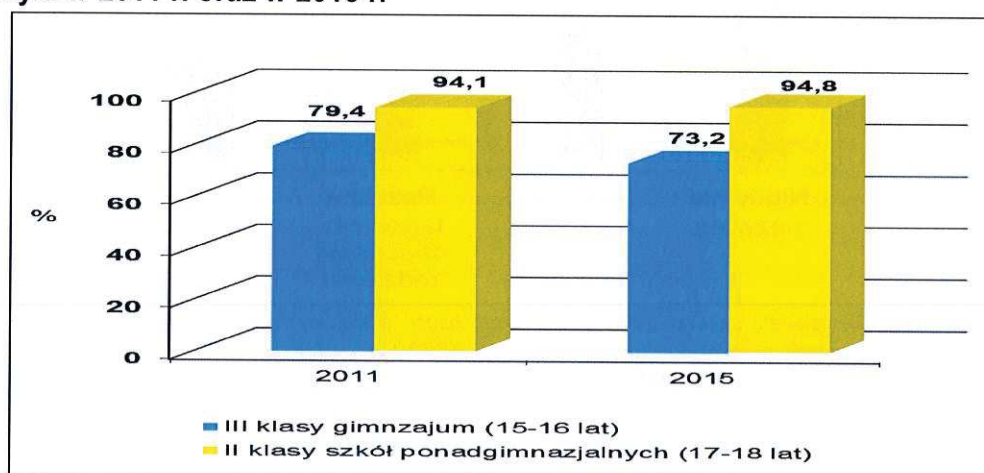
**Wykres 15. Zakupy napojów alkoholowych młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w 2011 r. oraz w 2015 r.**



Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

W przypadku picia napojów alkoholowych przez młodzież przeprowadzone w 2015 r. badania wskazują na występujące elementy stabilizacji, a nawet pewnej poprawy w przypadku młodzieży gimnazjalnej, co ilustruje wykres 16.

**Wykres 16. Picie napojów alkoholowych przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w czasie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r.**

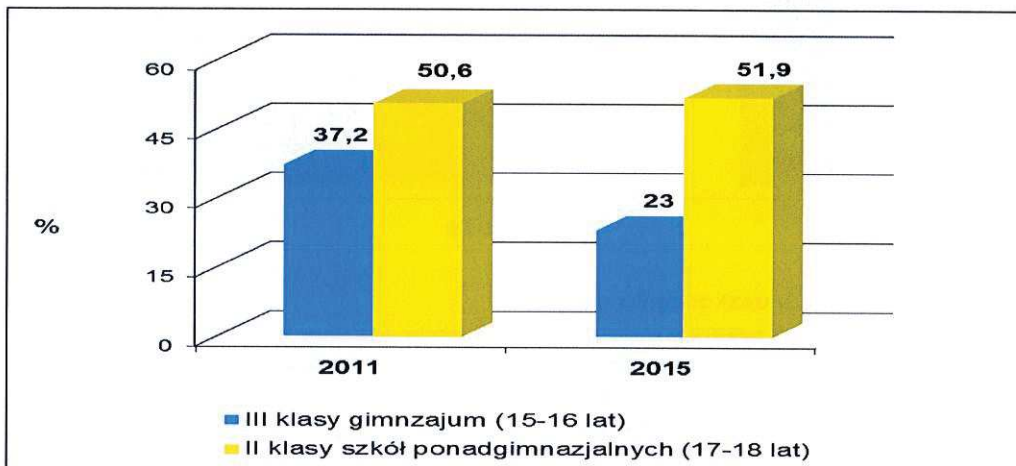


Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.



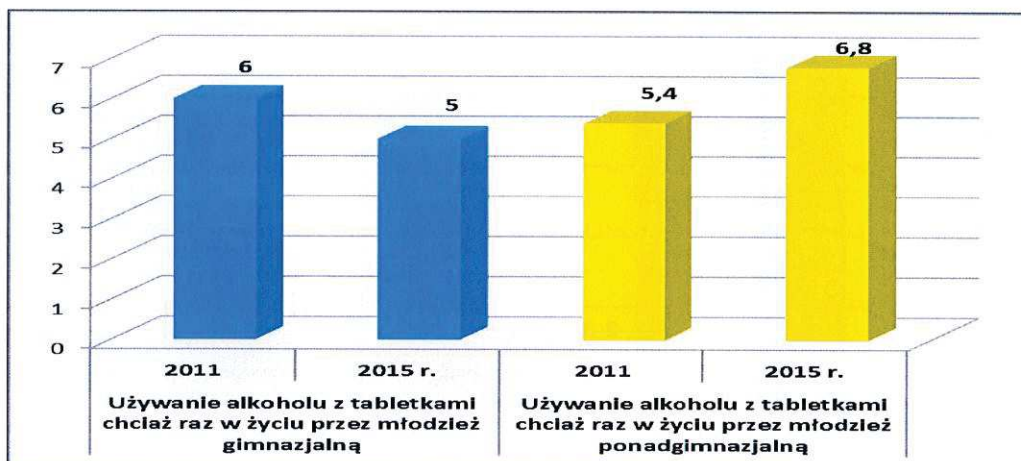
Ilustracją skali i dynamiki zjawiska problemów alkoholowych młodzieży jest jej upijanie się. Badania z 2015 r. wskazują, co do upijania się młodzieży – podobnie jak w przypadku picia napojów alkoholowych – na występowanie elementów stabilizacji i pewnej poprawy w przypadku młodzieży gimnazjalnej.

**Wykres 17. Silne upijanie się młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej województwa opolskiego w czasie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r.**



Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

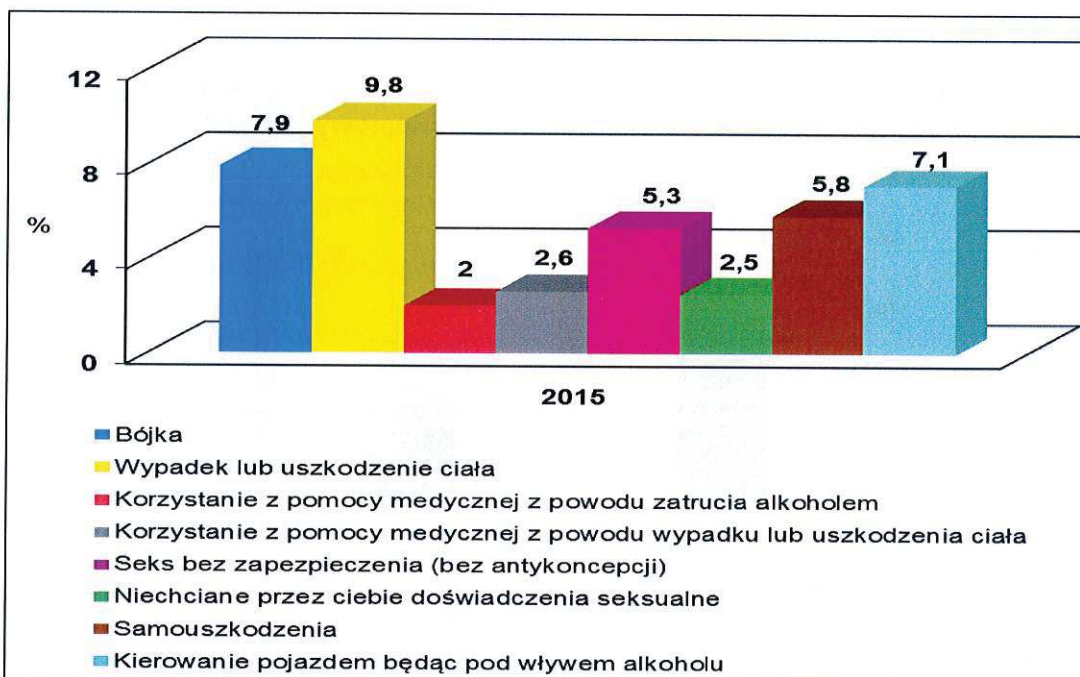
**Wykres 18. Używanie alkoholu razem z tabletkami chociaż raz w życiu przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w 2011 r. oraz w 2015 r.**



Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

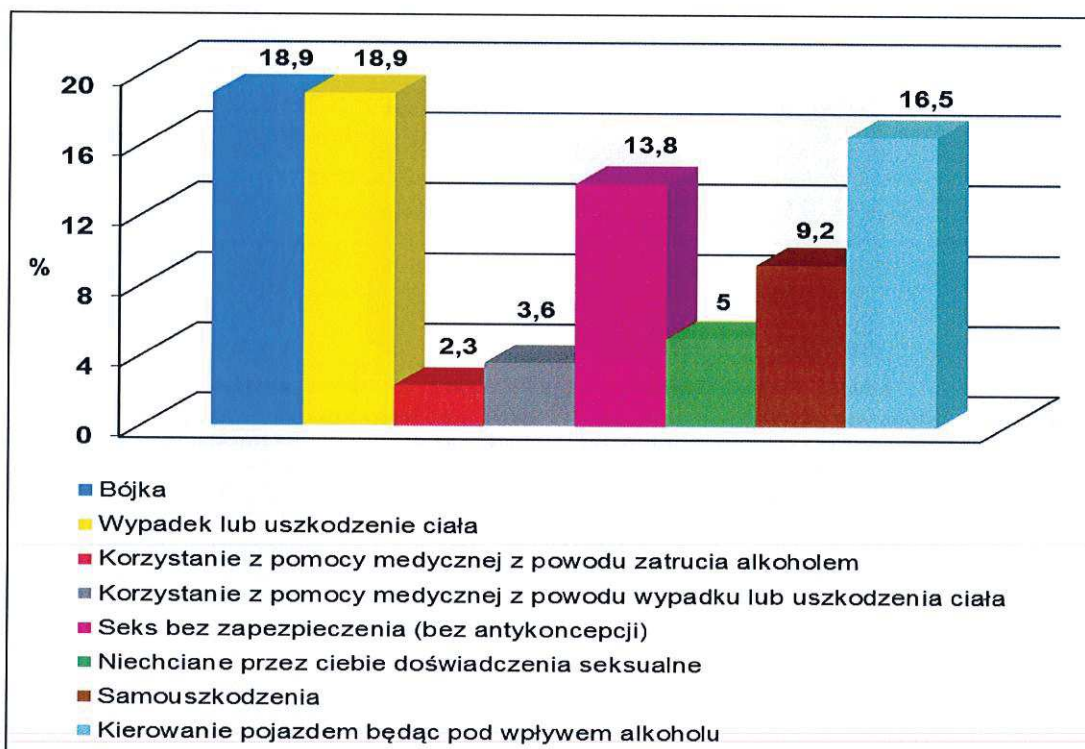
W przypadku młodzieży, picie napojów alkoholowych rzadko przynosi szkody w postaci uzależnienia od alkoholu i/lub innych szkód zdrowotnych (poza urazami). Uzależnienie i inne szkody zdrowotne mogą wystąpić jako konsekwencje intensywnego picia napojów alkoholowych w dalszym, dorosłym życiu. Konsekwencją picia napojów alkoholowych przez młodych ludzi mogą być szkody rozwojowe. Młodzież ponosi również konsekwencje sięgania po alkohol w postaci szkód doraźnych, zjawisko to ilustrują wykresy 19 oraz 20.

**Wykres 19. Doświadczenia młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego pod wpływem alkoholu w 2015 r.**



Źródło: wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

**Wykres 20. Doświadczenia młodzieży ponadgimnazjalnej (17-18 lat) województwa opolskiego pod wpływem alkoholu w 2015 r.**



Źródło: wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.



Młodzi ludzie z grupy ryzyka ze względu na używanie alkoholu ponoszą straty rozwojowe i zdrowotne, częściej także niż ich rówieśnicy narażeni są na szkody doraźne związane z alkoholem będące wynikiem urazów. Należy podkreślić, że używanie alkoholu zwiększa ryzyko wystąpienia szkód doraźnych u wszystkich młodych osób, także w tych przypadkach, gdy używanie alkoholu jest incydentalne.

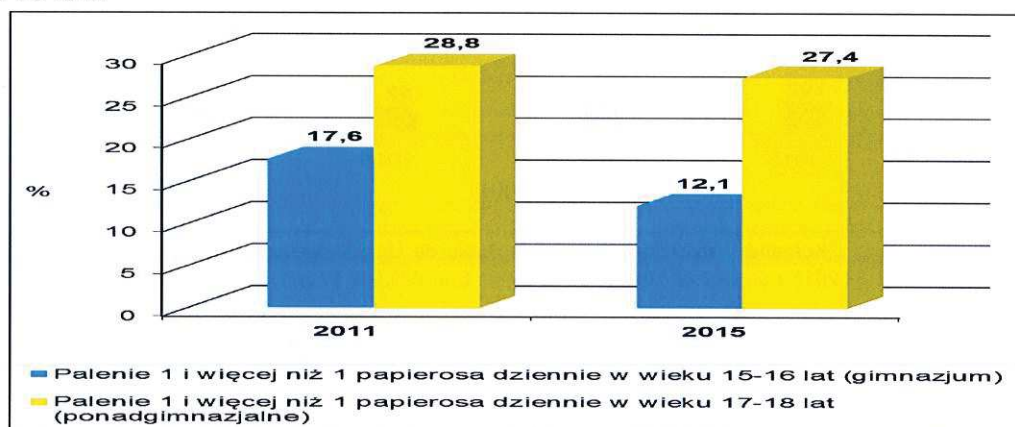
W związku z częstym używaniem przez te same młode osoby zarówno alkoholu, narkotyków jak i tytoniu - należy założyć, że znaczna część osób zalicza się do grup ryzyka ze względu na używanie więcej niż jednej z ww. substancji. Należy również podkreślić, że przypadku młodych osób używanie jednego ze środków psychoaktywnych – tytoniu, alkoholu lub narkotyków – sprzyja używaniu pozostałych. *„Jednym z ważnych powodów skłaniających do zainteresowania się problemem picia alkoholu przez młodzież jest bliski związek tego zjawiska z używaniem innych środków psychoaktywnych. Istnieją poważne dowody na to, że picie alkoholu często poprzedza sięganie po narkotyki. Niektórzy badacze dowodzili nawet, opierając się na badaniach podłużnych, że picie alkoholu »toruje drogę« do używania nielegalnych substancji psychoaktywnych”<sup>29</sup>.*

Dla rozwijania profilaktyki wobec tak trudnego odbiorcy jak młodzi ludzie, istotna jest potrzeba i zamiar rozwijania takiego czynnika chroniącego jakim są relacje młodych ludzi z konstruktywnymi rówieśnikami akceptującymi normy, posiadającymi aspiracje edukacyjne oraz prospołeczne<sup>30</sup>. Jest to potrzebne między innymi dla zredukowania szkodliwego wpływu błędnych przekonań normatywnych wśród młodzieży, to znaczy przekonania o powszechności lub dużej skali używania środków psychoaktywnych.

## 5.5. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania tytoniu

Intensywne palenie tytoniu powoduje w każdym wieku szkody zdrowotne, a im dłuższy okres palenia tym ryzyko tych szkód i ich intensywność są większe, stąd też zjawisko palenia tytoniu (papierosów) przez młodzież jest bardzo poważnym problemem.

**Wykres 21. Palenie papierosów przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r.**



Źródło: Sierostawski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierostawski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

<sup>29</sup> Opracowanie zbiorowe, *Alkohol i młodzież*, Warszawa 2003, s.19.

<sup>30</sup> „Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006, opr. zbiorowe, W-wa 2008, s. 39.



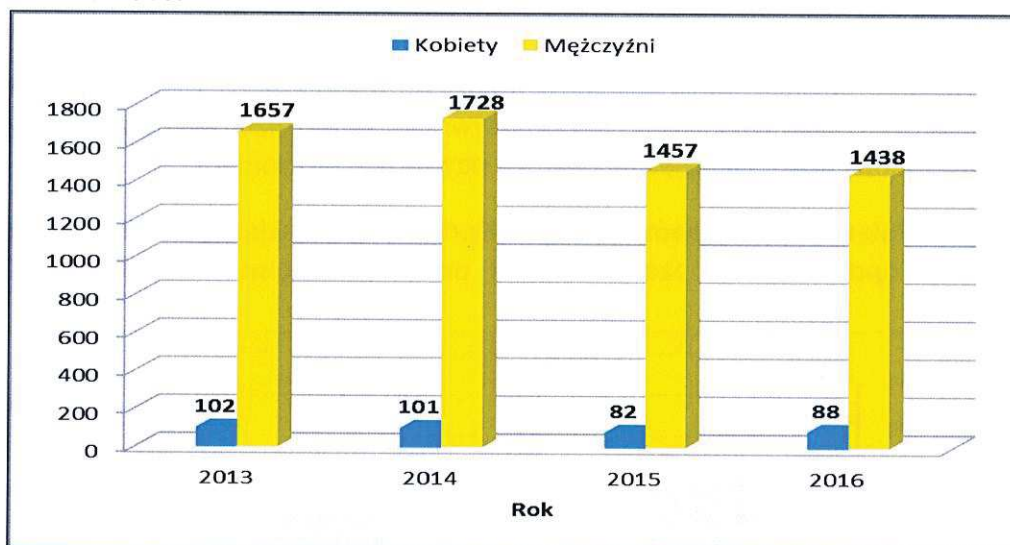
Powyższe wyniki badań w zakresie palenia tytoniu oznaczają, że ok. ¼ młodych ludzi na progu ustawowej dorosłości pali papierosy regularnie i w dużych ilościach, tzn. nałogowo lub na progu uzależnienia i prawdopodobnie przeniesie dotychczasowy nałogowy model używania tytoniu w dorosłe życie ponosząc poważne straty zdrowotne i zapewne skracając czas swojego życia.

Ekspozycja tak znacznej liczby młodych osób na intensywne działanie tytoniu będzie powodować w przyszłości znaczne koszty w różnych obszarach ochrony zdrowia, np. w zakresie leczenia onkologicznego. W przypadku kobiet używających tytoniu w sposób nałogowy wchodzi w grę również negatywny wpływ tego uzależnienia na płód i dziecko, co jest szczególnie niepokojące w związku ze znacznym wzrostem odsetka starszych dziewcząt palących papierosy.

## 5.6. Alkohol a przestępstwa komunikacyjne i wypadki drogowe

Policja w województwie opolskim ujawnia licznych nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego, należy przy tym podkreślić wielokrotną przewagę mężczyzn nad kobietami w tym negatywnym zjawisku.

**Wykres 22. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 178 a § 1 Kodeksu Karnego - prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego (dotyczy kierowania pojazdem mechanicznym) w województwie opolskim w latach 2013-2016.**

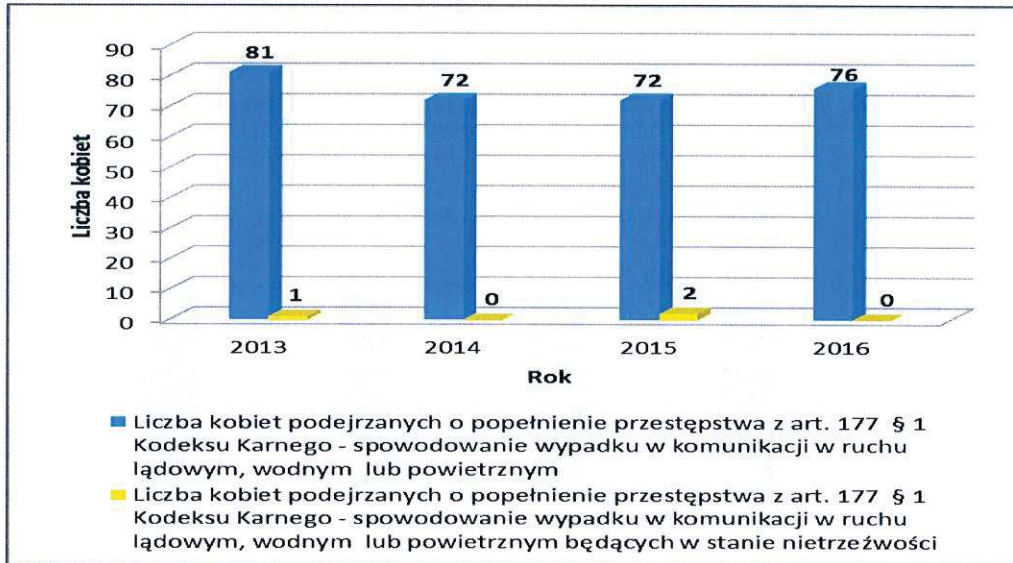


Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Biorąc pod uwagę, że policja kontroluje tylko nielicznych uczestników ruchu drogowego, powyższe dane oznaczają, iż po drogach porusza się znacznie więcej nietrzeźwych kierowców stanowiących bardzo poważne zagrożenie dla zdrowia i życia. Alkohol ma swój udział w sytuacjach, w których dochodzi do wypadków drogowych, ilustrują to kolejne dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu, przy czym ze względu na bardzo istotne różnice pomiędzy płciami dane zostały zaprezentowane osobno dla kobiet i dla mężczyzn. Uwagę zwracają jednak marginalny odsetek podejrzanych kobiet będących w stanie nietrzeźwości oraz stosunkowo nieznaczny odsetek takich mężczyzn.

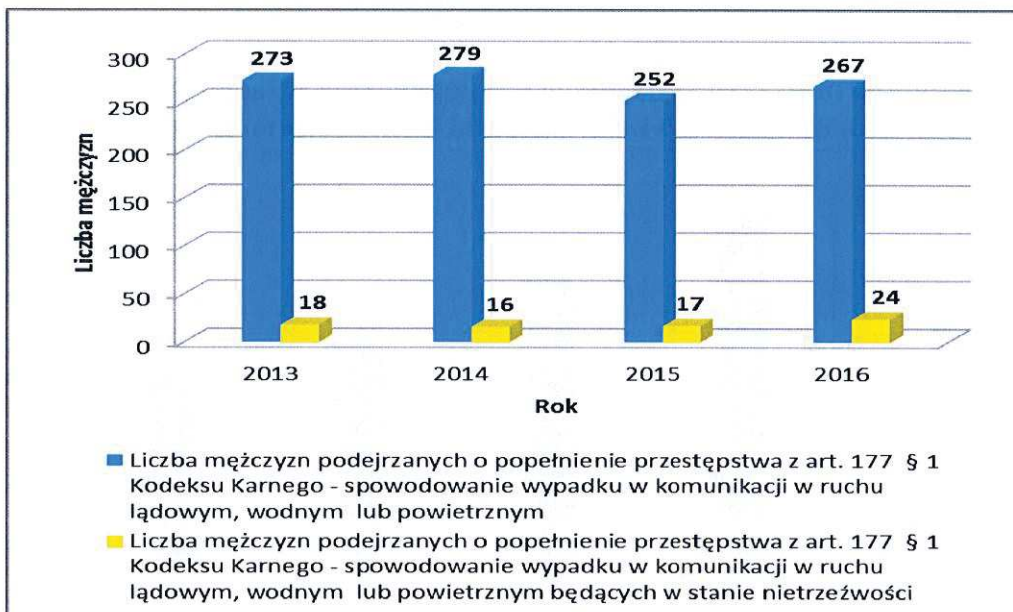


**Wykres 23. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego - spowodowanie wypadku w komunikacji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

**Wykres 24. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego - spowodowanie wypadku w komunikacji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



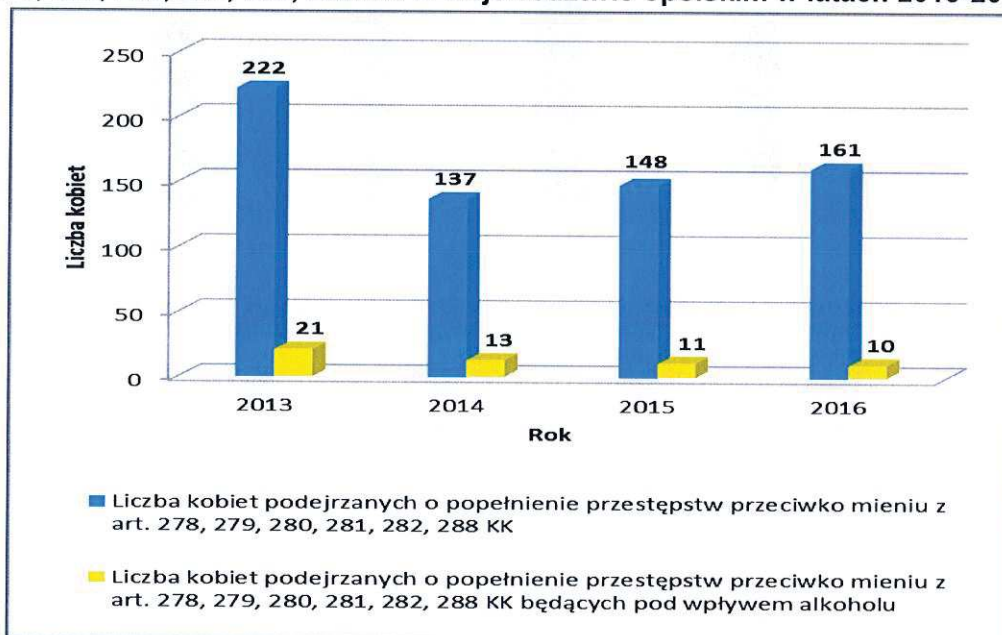
Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

## 5.7. Alkohol a przestępczość pospolita

Dane ilustrujące problem alkoholu w przestępczości pospolitej pochodzą z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu. Trzeba przy tym zauważyć, że tylko część podejrzanych została zatrzymana na gorącym uczynku lub w pościgu. Dane te nie oznaczają więc liczb wynikających wyłącznie z przebadania podejrzanych na zawartość alkoholu we krwi lub

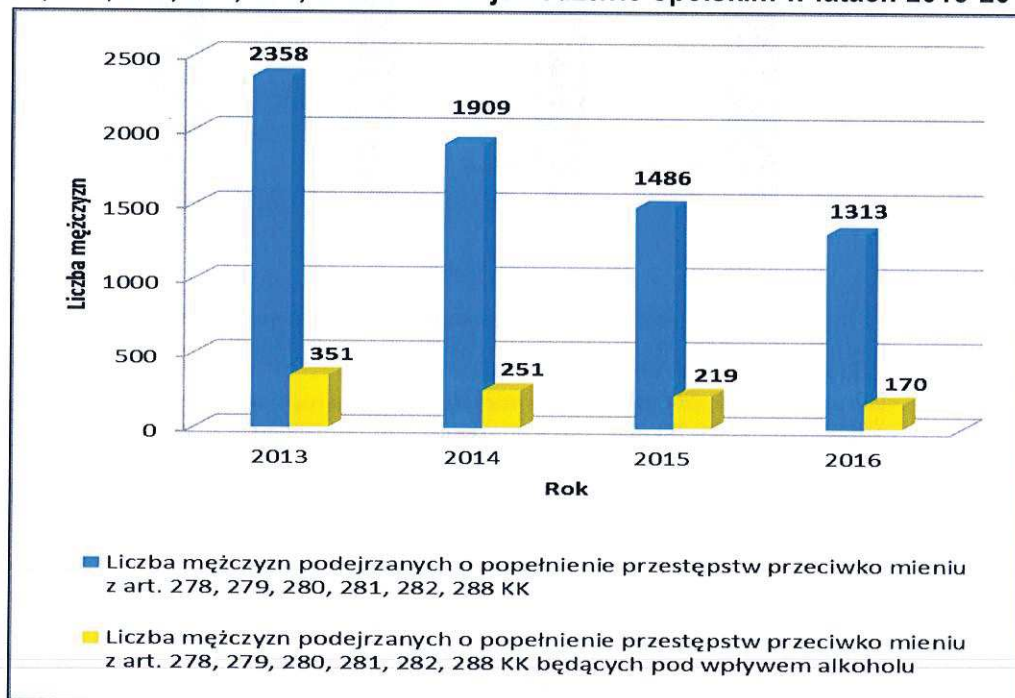
w wydychanym powietrzu. Ze względu na znaczne różnice występujące pomiędzy płciami dane zostały zaprezentowane w podziałach uwzględniających płeć podejrzanych. Wyjątek dotyczy przestępstw przeciwko wolności seksualnej, w przypadku których ze względu na bardzo marginalny udział kobiet zrezygnowano z podziału na płeć.

**Wykres 25. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu z art. 278, 279, 280, 281, 282, 288 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

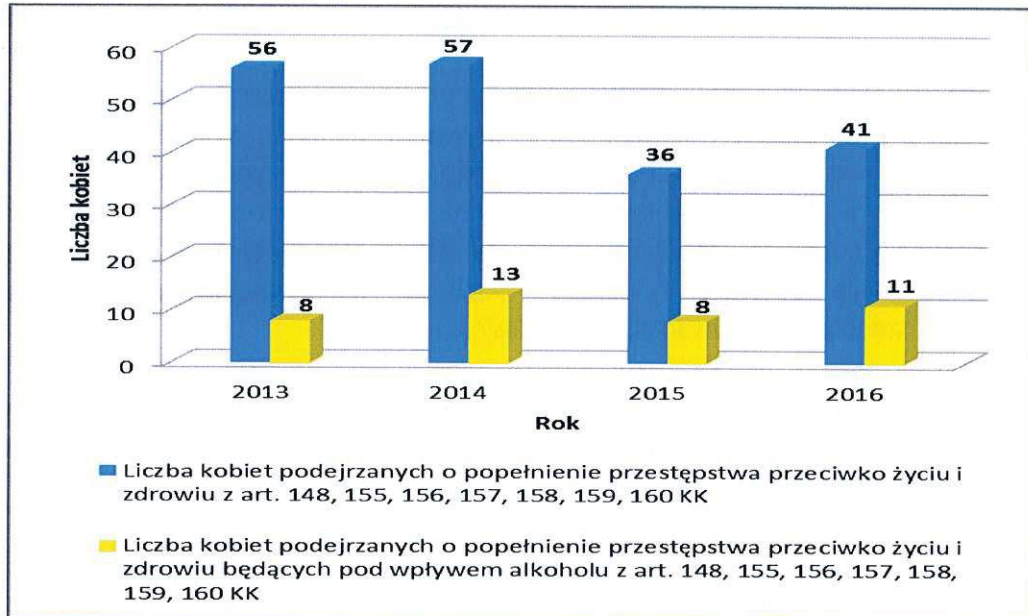
**Wykres 26. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu z art. 278, 279, 280, 281, 282, 288 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

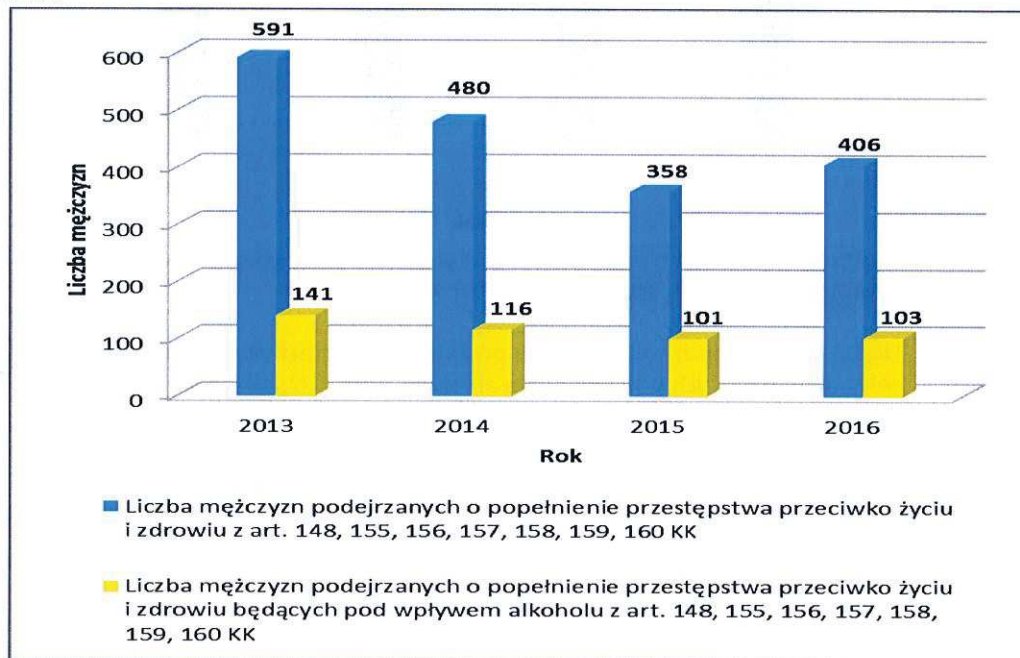


**Wykres 27. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu z art. 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 07.08.2015 r.

**Wykres 28. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu z art. 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



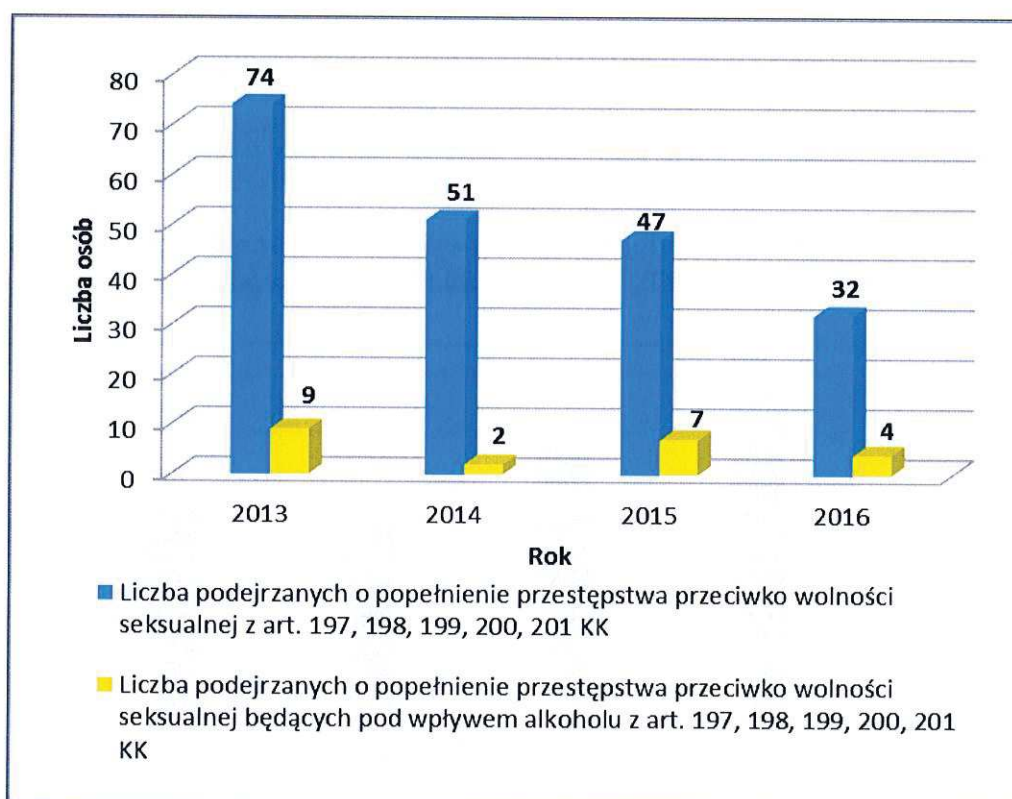
Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Zaprezentowane dane wskazują, że picie napojów alkoholowych jest czynnikiem współwystępującym u pewnej, niedominującej liczbowo, części podejrzanych. Na podstawie danych nie można rozstrzygnąć, czy lub u jakiej liczby podejrzanych alkohol był niezbędnym katalizatorem dojścia do sytuacji, która spowodowała powstanie podejrzenia. Można

oczywiście założyć, że gdyby nie alkohol, część z podejrzanych nie stała by się nimi, bo nie doszłoby do sytuacji potencjalnego naruszenia prawa. Mamy więc do czynienia z kolejnymi zagadnieniami będącymi potencjalnym polem badawczym dla uczelni w regionie. Niezależnie od powyższego alkohol towarzyszy osobom podejrzanych o popełnienia przestępstw i nie można tych związków ignorować.

Dane wskazują m.in. na potrzebę realizacji programów profilaktycznych adresowanych do młodzieży z grup ryzyka pod względem używania alkoholu, a także innych substancji psychoaktywnych – co wynika z założenia istnienia w części przypadków korelacji pomiędzy używaniem (przez nieletnich) i nadużywaniem (przez młodych dorosłych i dorosłych) alkoholu, a przestępczością pospolitą oraz z założenia, że młodzi ludzie należący do grup ryzyka pod względem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych mogą aktualnie i w przyszłości częściej dokonywać czynów karalnych.

**Wykres 29. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko wolności seksualnej z art. 197, 198, 199, 200, 201 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

## 5.8. Przemoc w rodzinie (przemoc domowa)

Dla lepszego zrozumienia zjawiska przemocy w rodzinie na początek przedstawiony zostanie skrótowo jej obraz wyłaniający się z badania CBOS z 2012 r. oraz z dotyczącego 2014 r. Sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.



Jak napisali autorzy badań CBOS „Szacowanie skali zjawiska przemocy w rodzinie jest bardzo trudne. Są to zachowania nieakceptowane społecznie, toteż wielu sprawców prawdopodobnie ukrywa takie fakty. Także ofiary przemocy nie zawsze chcą się do nich przyznawać uznając je za wstydlive”<sup>31</sup>, „co dziewiąty respondent żyjący w stałym związku (11%) deklaruje, że doświadczył przemocy domowej (5% przyznaje, że w ich przypadku takie zdarzenia miały miejsce co najmniej kilka razy). W ciągu ostatnich dziesięciu lat odsetek ten w zasadzie się nie zmienił”<sup>32</sup>. Jak wynika z badań „Co dziewiąta kobieta(11%) i co dziesiąty mężczyzna (10%) żyjący w stałych związkach doświadczyli przemocy fizycznej ze strony swoich partnerów, a co piąty mężczyzna (20%) i co szósta kobieta (16%) byli przez nich psychicznie dręczeni. Uwzględniając obie formy przemocy można stwierdzić, że równie często doświadczały ich kobiety (21%), jak i mężczyźni (22%)”<sup>33</sup>. Ponadto według cytowanych badań CBOS „co dziewiąty dorosły (11%) przyznaje, że zdarzyło mu się być sprawcą przemocy domowej”<sup>34</sup>, jednak „Wizerunek sprawcy i ofiary nie jest klarowny. Ponad połowa uderzonych przez partnera (59%) deklaruje, że również używała przemocy”<sup>35</sup>.

Według projektu badawczego cytowanego w dotyczącym 2014 r. Sprawozdaniu z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Respondenci najczęściej deklarowali doświadczenie przemocy psychicznej (17,3%). Istotnie rzadziej wskazywali na przemoc fizyczną (15,8%). Przemoc seksualna i ekonomiczna pojawiały się sporadycznie (odpowiednio 1,5%, 4,3%). (...) W relacjach ofiar najczęściej przemoc dotykała osoby młode. Przeważały wskazania dla wieku 18-29 lat (35,4%) i 30-39 lat (23,2%). Najbardziej wskazywano na osoby najstarsze (powyżej 60 roku życia – 5,4%) i najmłodsze (poniżej 18 roku życia – 7,1%). Warto zauważyć, że w deklaracjach świadków na grupę najstarszą wskazywano istotnie częściej (15,1%). Można przypuszczać, że wśród najstarszych respondentów dużo niższa była gotowość do przyznania się do bycia ofiarą przemocy. Badanie potwierdziło również istnienie zależności wskazującej, że wraz ze wzrostem wieku osób doświadczających przemocy, rośnie częstotliwość doświadczania przemocy (...) W ciągu ostatniego roku od przeprowadzenia badania przemoc doświadczyło 2,5% respondentów (...) Spośród wszystkich odpowiedzi ofiar przemocy, najwięcej (28,8%) wskazywało na występowanie w rodzinie problemu z alkoholem. Innymi często wskazywanymi problemami (jednak istotnie rzadziej niż alkohol) były brak pieniędzy (7,6%), problemy małżeńskie (7,9%) oraz inne problemy (15,4%). (...) Zgodnie z deklaracjami ofiar, przemoc najczęściej stosowana była wobec kobiet”<sup>36</sup>.

Z zaprezentowanych przytoczeń wyłania się zróżnicowany, a nawet mało spójny obraz przemocy w rodzinie w związku z czym można wyciągnąć wniosek, że jest to zjawisko bardzo dynamiczne i zróżnicowane, jak również ukryte i niejawne, którego ujawniane cząstkowe obrazy mogą zawierać spore niespodzianki wynikające z przyspieszenia procesów społecznych.

Oczywiście przemoc w rodzinie nie jest zjawiskiem ograniczonym do jakiegoś kraju, czy obszaru. Według brytyjskich ustaleń „Przemoc wobec kobiet i dzieci w rodzinie należy spozstrzegać jako proces, a nie jednorazowe zdarzenie. Większość ofiar doświadcza przemocy i wykorzystywania seksualnego więcej niż raz, z rąk jednego lub różnych sprawców.(...) autorzy przeglądu 45 badań stwierdzili, że aż w 50% rodzin monitorowanych na przestrzeni

<sup>31</sup>CBOS Centrum Badania Opinii Społecznej, Komunikat z badań. BS/82/2012. Przemoc i konflikty w domu, Warszawa czerwiec 2012, s.2.

<sup>32</sup>CBOS... Komunikat z badań. BS/82/2012, s.3.

<sup>33</sup>CBOS... Komunikat z badań. BS/82/2012, s.7.

<sup>34</sup>CBOS... Komunikat z badań. BS/82/2012, s.4.

<sup>35</sup>CBOS... Komunikat z badań. BS/82/2012, s.5.

<sup>36</sup> Sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020, za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r., s. 175-177

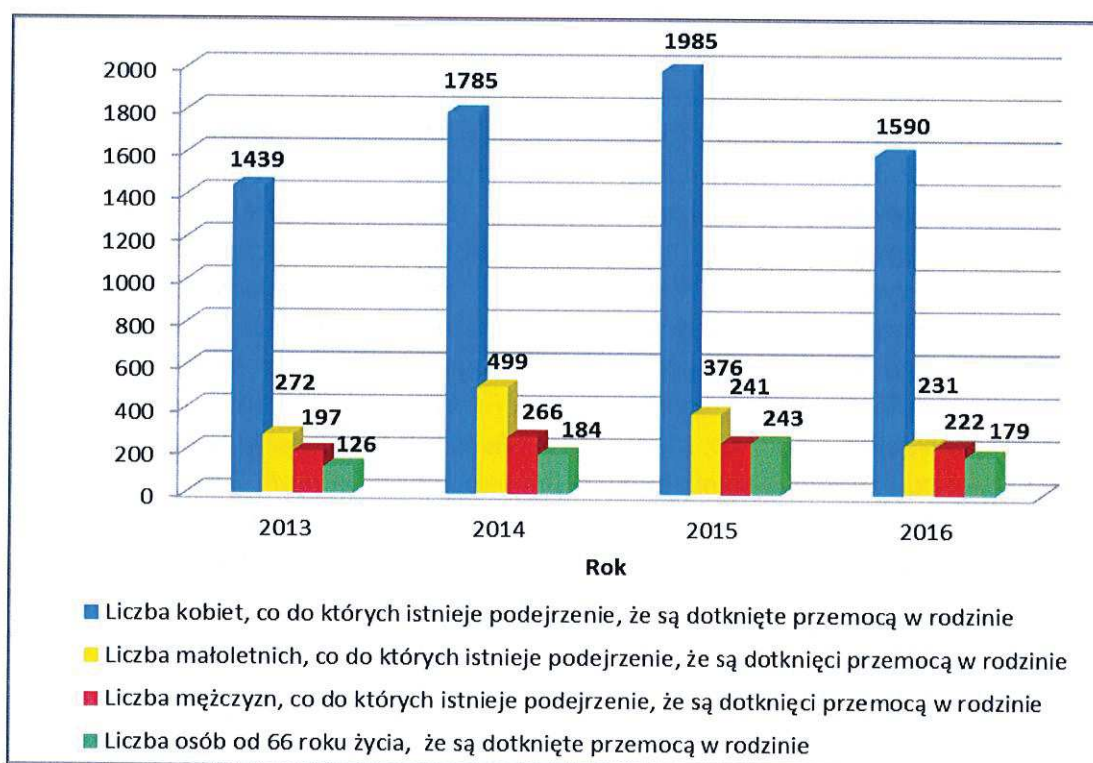


pięciu lat po zgłoszeniu pierwszego epizodu krzywdzenia doszło do powtórnej wiktymizacji. W przypadku rodzin monitorowanych na przestrzeni dziesięciu lat odsetek ten był jeszcze wyższy i wynosił aż 85%. (...) wśród osób, które ujawniły doświadczenia wykorzystywania seksualnego, 28% kobiet i 19,5% mężczyzn było wykorzystywanych przez różnych sprawców zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym (innymi słowy doświadczyło rewiktymizacji)<sup>37</sup>.

Należy pamiętać, że przemoc w rodzinie nie ogranicza się do rodzin z problemem alkoholowym, jednak problemy te zwiększają ryzyko jej występowania, np. „Badania z udziałem bitych kobiet prowadzone w USA ujawniają zwykle, że 60% sprawców pobicia nadużywa alkoholu”<sup>38</sup>.

W województwie opolskim zagadnienie doświadczania przemocy w rodzinie według danych policji przedstawiają wykresy 30-31.

**Wykres 30. Liczebność kategorii osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016.**

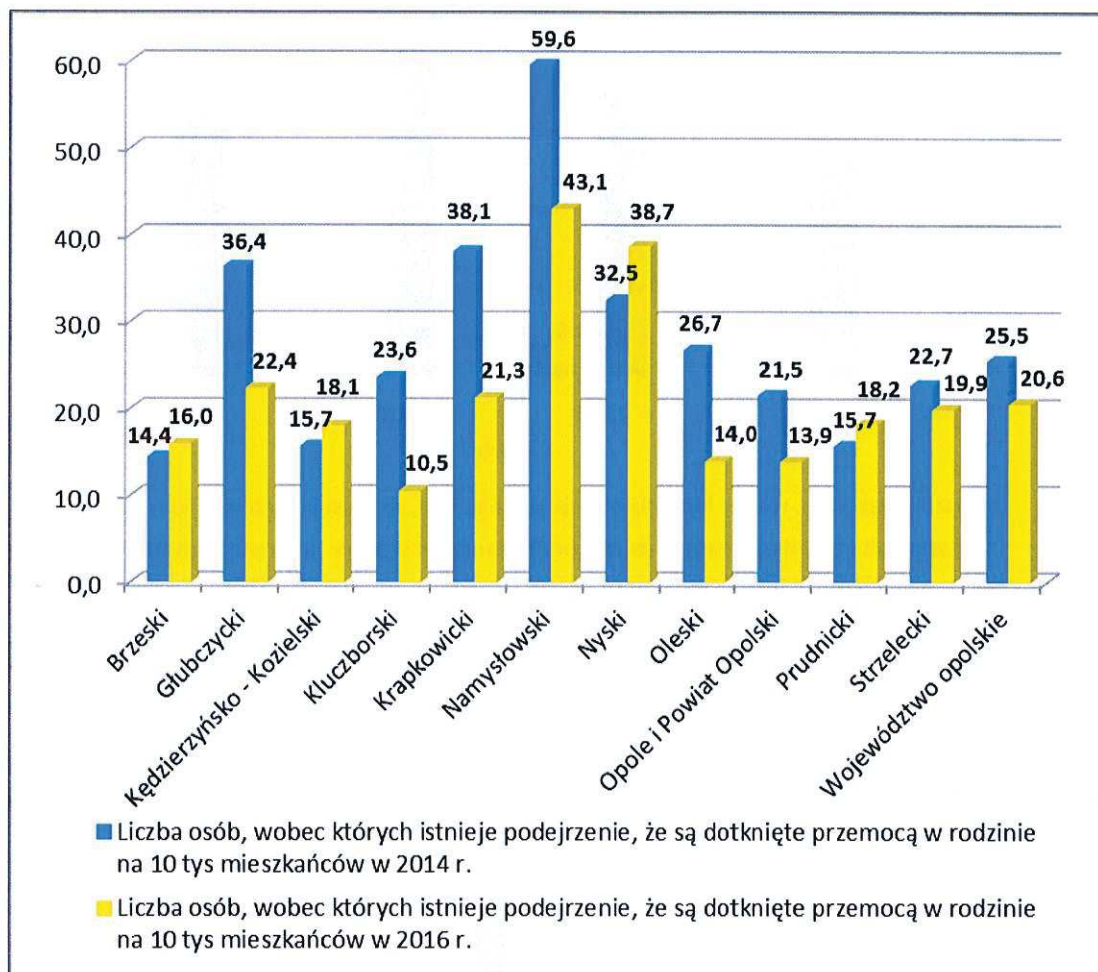


Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

<sup>37</sup>Kevin Browne, *Zapobieganie wykorzystywaniu seksualnemu w rodzinie*, w : Dziecko Krzywdzone Nr 2(23) 2008, s. 59.

<sup>38</sup>Kevin Browne, Martin Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, W-wa 1999, s.92.

**Wykres 31. Liczba osób w województwie opolskim, co do których istniało podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2014 i 2016 r.**



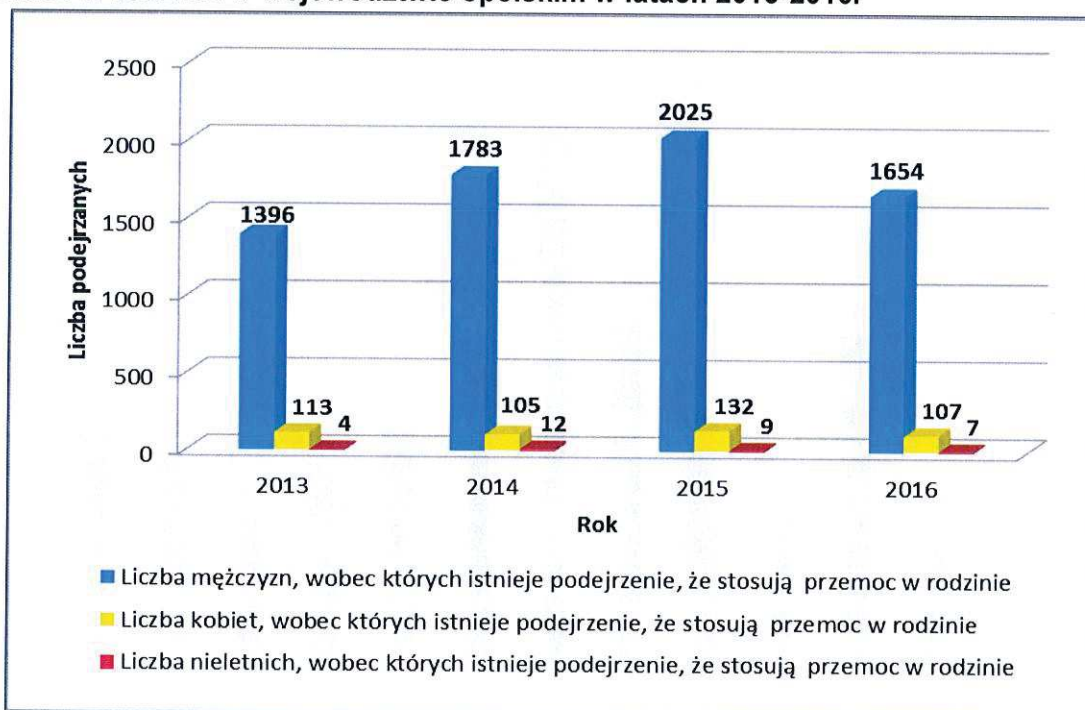
Źródło : obliczenia własne na podstawie danych przekazanych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r., pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r. oraz danych z Bazy Demografia Głównego Urzędu Statystycznego. <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/StartIntro.aspx> (i dalej). Data pobrania 30.06.2017 r.

Zaznaczmy, że zaprezentowane dane to liczby wynikające z zaangażowania policji w przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, a nie wyniki badań. Widoczne są zmiany liczebności każdej z kategorii osób potencjalnie doświadczających przemocy domowej. Nie można jednak stwierdzić, czy są one wynikiem różnej intensywności działań policji, czy zmian dotyczących skali zjawiska przemocy w rodzinie.

Jeszcze więcej pytań wynika z wykresu pokazującego liczby osób w województwie opolskim, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2014 i 2016 r. Daleko idące różnice między powiatami jednoznacznie wskazują na potrzebę zbadania problemu i prowadzenia działań adekwatnych do lokalnych uwarunkowań. Powyższe wskazuje na potrzebę prowadzenia analiz i badań.

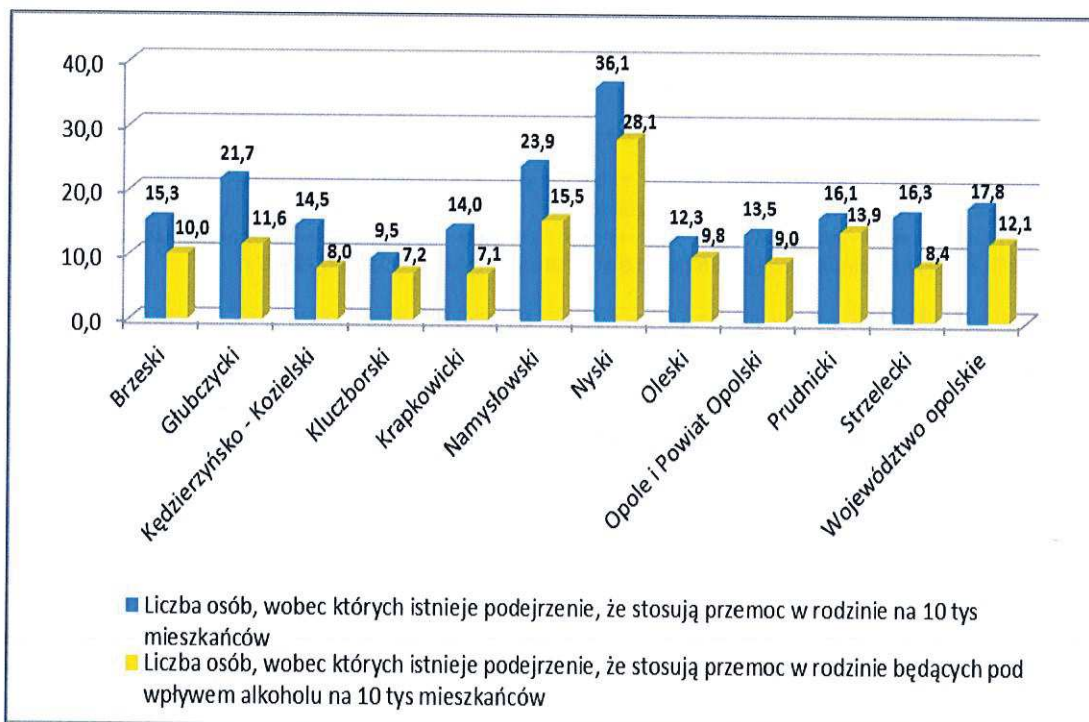


**Wykres 32. Liczebność kategorii osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

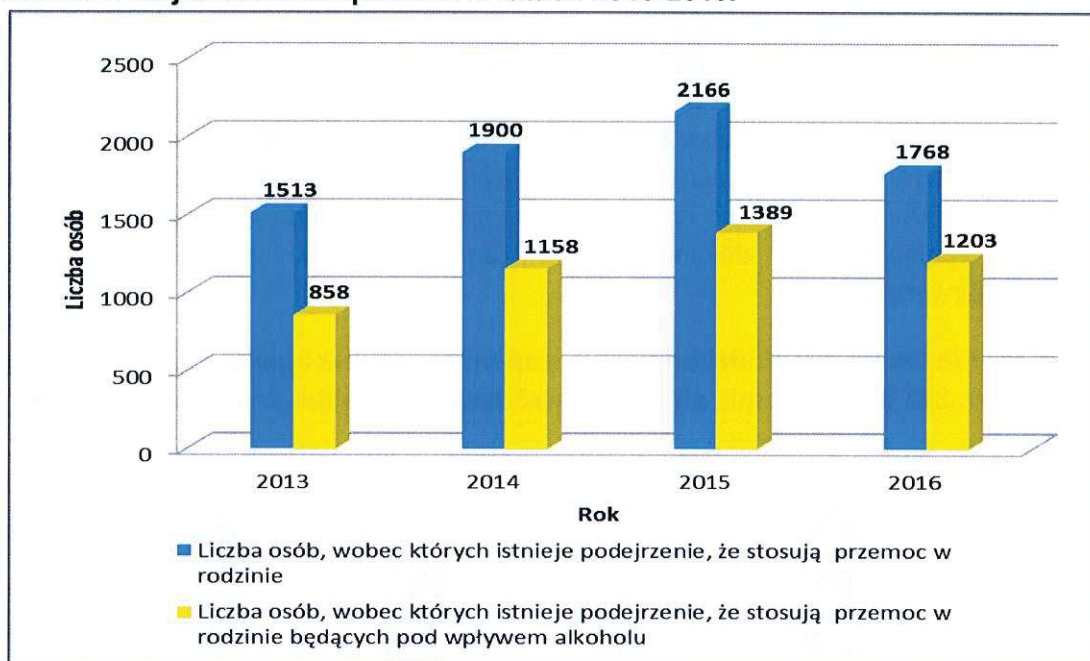
**Wykres 33. Liczba osób w województwie opolskim, co do których istnieje podejrzenie, że stosują przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2016 r.**



Źródło : obliczenia własne na podstawie danych przekazanych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r., pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r. oraz danych z Bazy Demografia Głównego Urzędu Statystycznego <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/StartIntro.aspx> (i dalej). Data pobrania 30.06.2017 r.

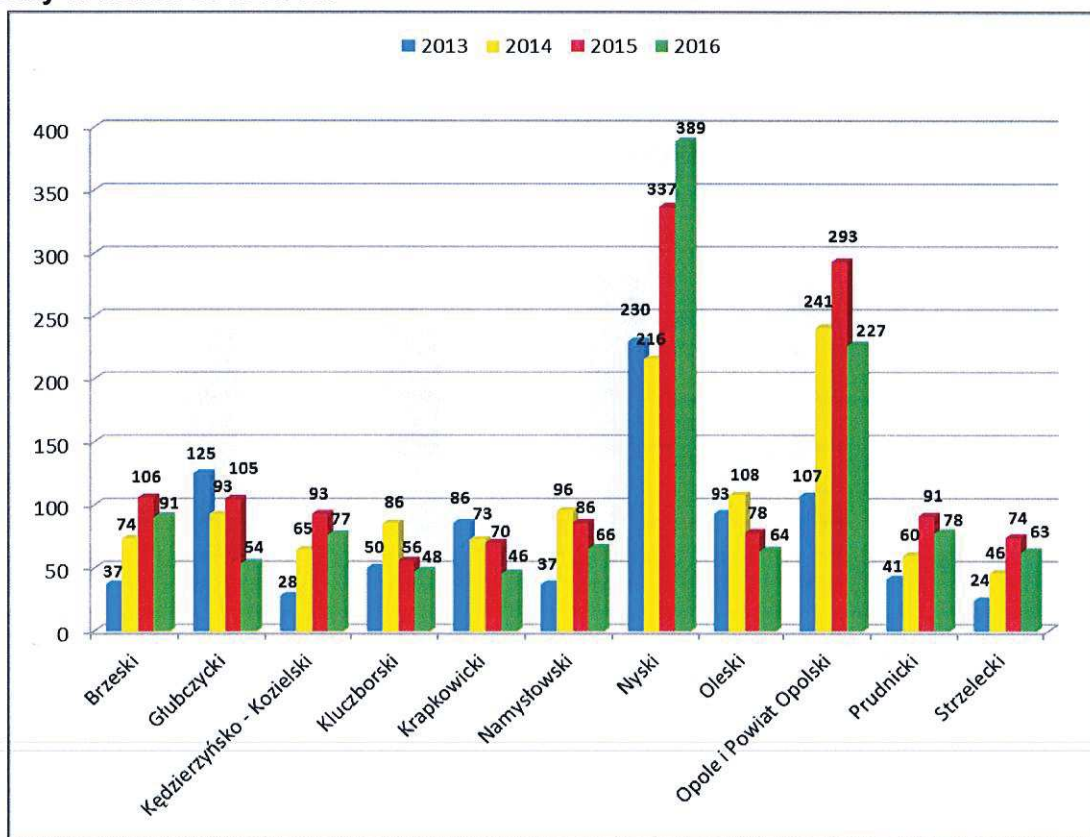


**Wykres 34. Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

**Wykres 35. Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie będących pod wpływem alkoholu w województwie opolskim z podziałem na powiaty w latach 2013-2016.**

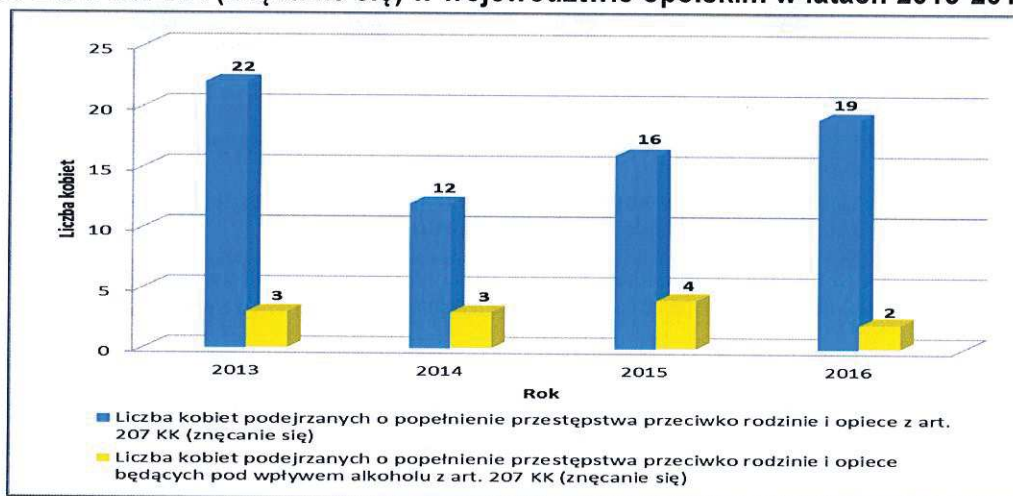


Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Z wykresów 33-35 wynika jednoznacznie bardzo silny związek używania alkoholu ze stosowaniem przemocy w rodzinie. Oznacza to, że kompleksowe, profesjonalne przeciwdziałanie przemocy w rodzinie musi w wielu przypadkach sięgać po diagnostykę oraz terapię/leczenie dostępne w leczeniu odwykowym.

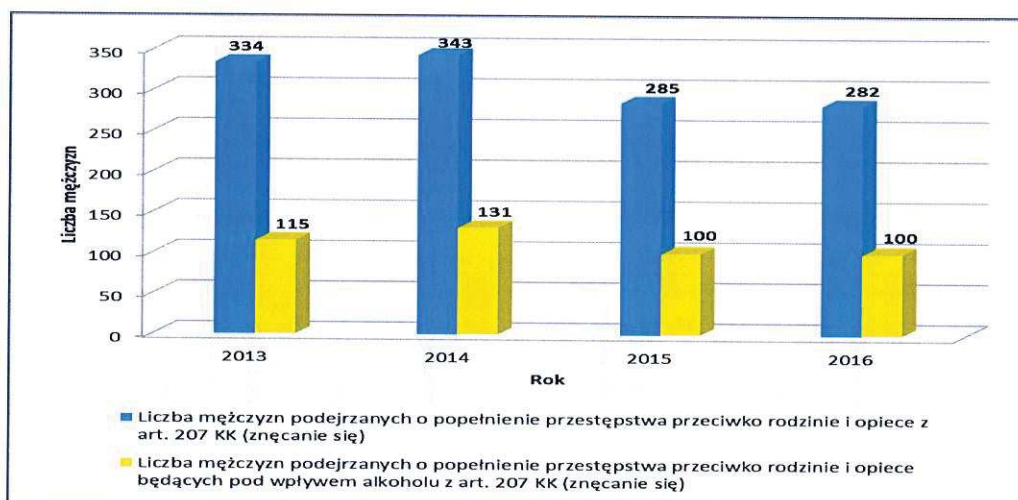
Ogółem policja w województwie opolskim w 2013 r. założyła 1.500 „Niebieskich Kart”, w 2014 r. 1.875, w 2015 r. 2.148, a w 1.757<sup>39</sup>. „Niebieskie Karty” zakładane są każdorazowo w sytuacji interwencji policji, mogą być więc zakładane wielokrotnie dla jednej rodziny. W ramach procedury „Niebieskich Kart” podczas interwencji domowych wypełniana jest przez policjantów specjalistyczna dokumentacja mająca pomóc w zdiagnozowaniu sytuacji w miejscu interwencji.

**Wykres 36. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece z art. 207 KK (znęcanie się) w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

**Wykres 37. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece z art. 207 KK (znęcanie się) w województwie opolskim w latach 2013-2016.**



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

<sup>39</sup>Dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu przekazane do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.



Można przyjąć, że spora grupa osób doznających przemocy w rodzinie pozostaje poza oddziaływaniami, które mogłyby przemoc zatrzymać i pomóc osobom jej doznającym w sposób profesjonalny. W praktyce pomoc taka udzielana jest przede wszystkim w jednostkach leczenia odwykowego dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu, w samorządowych instytucjach pomocy społecznej oraz w nielicznych placówkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Również w przypadku sprawców przemocy wyraźny jest deficyt oferty pomocy psychologicznej i terapii, chociaż oddziaływania takie są już realizowane.

Jak już wcześniej zauważono, skala zjawiska przemocy w rodzinie jest trudna do precyzyjnego określenia. Dane z sądu, prokuratury i policji pozwalają jedynie w pewnej mierze określić liczbę przypadków przemocy w rodzinie, które znalazły się w zasięgu zainteresowania danej instytucji.

W przypadku sądów w województwie opolskim w związku ze znęcaniem się (art. 207 Kodeksu Karnego) liczbę osób skazanych przedstawia wykres 38.

**Wykres 38. Osoby skazane przez sądy w województwie opolskim w związku z przemocą w rodzinie z art. 207 Kodeksu Karnego (znęcanie się) w latach 2010-2016.**



Źródło : dane przekazane z Sądu Okręgowego w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem OAiOP-0241-4/2017 z dnia 5.06.2017 r.

Powyższe dane nie wskazują liczby wszystkich przypadków przemocy w rodzinie, która znalazła się w zasięgu zainteresowania sądów w skali roku, nie obejmują bowiem m.in. nadzoru kuratorskiego nad sprawcami przemocy, którym warunkowo zawieszono wykonanie kary oraz nadzoru kuratorskiego nad sprawcami warunkowo przedterminowo zwolnionymi z zakładów karnych.

Szczególną grupą ryzyka pod względem doznawania przemocy są dzieci niepełnosprawne. Według badań amerykańskich dotyczących zaniedbywania, przemocy emocjonalnej, fizycznej oraz wykorzystywania seksualnego dzieci - „W grupie dzieci upośledzonych umysłowo ryzyko wszystkich czterech form krzywdzenia jest czterokrotnie wyższe niż wśród dzieci bez niepełnosprawności. W porównaniu ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, dzieci i młodzież z zaburzeniami zachowania siedmiokrotnie częściej padają ofiarą zaniedbywania, przemocy fizycznej i przemocy emocjonalnej oraz pięciokrotnie częściej są wykorzystywane seksualnie. (...) Dzieci z niepełnosprawnością związaną z problemami zdrowotnymi trzy razy częściej doznają zaniedbywania oraz przemocy fizycznej



*i emocjonalnej, a ryzyko wykorzystywania seksualnego jest w ich przypadku dwa razy większe niż wśród dzieci pełnosprawnych*"<sup>40</sup>.

Według tych samych badań „Członkowie najbliższej rodziny stanowili zdecydowaną większość sprawców zaniedbywania (92,4%), przemocy fizycznej (82,2%) i przemocy emocjonalnej (89,5%), podczas gdy osoby spoza rodziny przeważały wśród sprawców wykorzystywania seksualnego (59,3%) (...) Jednak członkowie najbliższej i dalszej rodziny – łącznie – stanowili 53,1% sprawców wykorzystywania seksualnego”<sup>41</sup>.

Kolejną specyficzną kategorią narażoną na przemoc w formie zaniedbywania są dzieci nienarodzone. Mogą one doświadczać tzw. zaniedbywania prenatalnego, to znaczy sytuacji, w której kobieta w ciąży „(...) rozmyślnie lub przez zaniedbanie odnosi się do swojego dziecka prenatalnego w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski wynikającej z charakteru relacji matka-dziecko, doprowadzając tym samym do zagrożenia życia lub zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka prenatalnego. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania zagrażające zdrowiu i życiu dziecka, jak: palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków, przeżywanie stresu, myśli aborcyjne”<sup>42</sup>.

Według jednej z polskich badaczek problemu „Diagnostyczne wyniki badań dotyczących Identyfikacji Zaniedbania Prenatalnego wskazują dość jednoznacznie, że większość, bo aż 79,8% kobiet w ciąży nie liczy się w odpowiedni sposób z dobrem dziecka i w związku z tym często podejmuje zachowania, które zagrażają zdrowiu fizycznemu i psychicznemu dziecka”<sup>43</sup>. Można przypuszczać, że istotnym czynnikiem wpływającym na zaniedbania prenatalne jest brak wiedzy u części kobiet. W badaniach przeprowadzonych w 2010 r. w województwie opolskim „Czynnikami ryzyka wad wrodzonych u dzieci według badanych są przede wszystkim: palenie papierosów w ciąży (83,4%), używanie narkotyków (89,5%) oraz picie alkoholu w ciąży (84,5%)”<sup>44</sup>. Problem wymaga oczywiście dalszych badań i pogłębionych analiz, tak by precyzyjnie można było oddzielić zachowania zamierzone od przypadkowych, zachowania incydentalne od intencjonalnie powtarzalnych lub nałogowych.

Szczególnym rodzajem przemocy w rodzinie – o którym była mowa wyżej w kontekście sytuacji dzieci niepełnosprawnych - jest przemoc seksualna. Dotyczy ona między innymi wykorzystywania seksualnego dzieci, które może być elementem przemocy w rodzinie. Podobnie osoby dorosłe mogą doświadczać przemocy seksualnej, która może być elementem przemocy w rodzinie.

„Skala problemu wykorzystywania seksualnego dzieci wydaje się być zdecydowanie większa niż można wnioskować z policyjnych statystyk”, według przytaczanych w jednym z opracowań badań „niecałe 5% przypadków z 647 wypadków kazirodztwa, o których dzieci opowiedziały drugiemu rodzicowi zostało zgłoszonych na policję”<sup>45</sup>.

Przeprowadzone w 2000 r. w Polsce badania „pokazują, iż przed 15. rokiem życia różnego typu kontaktów seksualnych doświadczyło 20% kobiet i 24% mężczyzn. Jeżeli natomiast wziąć pod uwagę także inne zachowania o charakterze seksualnym, zawarte w definicji wykorzystywania seksualnego proponowanej przez WHO, wskaźnik ten może

<sup>40</sup>Patricia M. Sullivan, John F. Knutson, *Krzywdzenie a niepełnosprawność – populacyjne badanie epidemiologiczne*, w: *Dziecko Krzywdzone* Nr 1(22)/2008, s.63.

<sup>41</sup>Patricia M. Sullivan, John F. Knutson... s.61.

<sup>42</sup>Wioletta Wójcik, *Wczesna diagnoza i interwencja wobec zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym*, w: *Dziecko Krzywdzone* Nr 2(19)/2007, s. 120.

<sup>43</sup>Wioletta Wójcik... s.122.

<sup>44</sup>Sochocka Lucyna, Wojtal Mariola, Wojtyłko Aleksander, Wróblewska Izabela, *FAS – problem zdrowotny, z którego się nie wyrasta*, w: *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia T.4*, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu – Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Wrocław 2011, s.90.

<sup>45</sup>Cytaty w akapicie z: Izdebska Agnieszka, Ruchel Agata, *Profilaktyka wykorzystania seksualnego dziecka – systemowe oddziaływania w zakresie edukacji seksualnej*, w: *Dziecko Krzywdzone* Nr 1(34)2011, s.54.



osiągnąć nawet 70%. Takie zróżnicowanie danych wynika z odmiennego rozumienia tego, jakie zachowania zaliczyć można do wykorzystania seksualnego dziecka<sup>46</sup>.

Według innych badań przeprowadzonych w Polsce kilkanaście lat temu 52,9% badanych kobiet i 11,8% mężczyzn doświadczyło przemocy seksualnej angażującej dotyk<sup>47</sup>. Jednocześnie jak wskazują omawiane badania „nadużywanie alkoholu przez rodziców” oraz „częste lub bardzo częste kłótnie między rodzicami” o kilka procent zwiększają ryzyko doświadczania przemocy seksualnej w dzieciństwie<sup>48</sup> - w badaniach tych nie wskazano jaki odsetek przemocy seksualnej miał miejsce w rodzinie.

Niestety – jak wskazują inne polskie badania - „Tylko w 28,6% dzieci od razu po zdarzeniu poinformowały osobę zaufaną (najczęściej był to członek najbliższej rodziny – 70,9%) o tym, co się wydarzyło. W pozostałych przypadkach (71,4%) do ujawnienia przestępstwa prawdopodobnie mogłoby nigdy nie dojść, gdyby nie zdecydował o tym przypadek lub jakieś krytyczne zdarzenie w życiu dziecka, które skłoniło go do zwierzeń<sup>49</sup>”.

Rzadkie poszukiwanie pomocy przez ofiary przemocy seksualnej potwierdzają cytowane wyżej badania młodzieży – według nich pomocy nie poszukiwało 88,3% kobiet i 90,6% mężczyzn ofiar takiej przemocy<sup>50</sup>. Przyczyny takiego stanu rzeczy są zapewne bardzo różne i nie sposób wyrokować o nich bez specjalistycznych badań, niemniej można założyć, że brak rozbudowanej i rozpropagowanej oferty pomocy dla osób po doświadczeniu przemocy seksualnej oddziałuje w tej sferze negatywnie.

## 6. Cele programu

### 6.1 Cel strategiczny

Inspirowanie i kreowanie przedsięwzięć oddziałujących w kierunku rozwiązywania problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego związanych z pićm napojów alkoholowych.

### 6.2 Cele operacyjne

Cel strategiczny wynika z przyjętych celów operacyjnych. Dla określenia celów operacyjnych wykorzystano w niniejszym programie zapisy „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020” przyjętego Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz.U z 2016 poz.1492 z dnia 16.09.2016 r.).

W związku z powyższym WPPiRPA ma następujące **cele operacyjne** :

1. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku edukacji prozdrowotnej w obszarze dotyczącym używania alkoholu.
2. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i leczenia uzależnienia od alkoholu oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

<sup>46</sup>Izdebska Agnieszka, Ruchel Agata..., s.54.

<sup>47</sup>Piotr Kiembłowski, *Przemoc seksualna doznawana w okresie dzieciństwa i adolescencji – wyniki badania ankietowego młodzieży*, w: Dziecko Krzywdzone Nr 1/2002, s.97.

<sup>48</sup>Piotr Kiembłowski... s.102.

<sup>49</sup>Sikora-Koza Agnieszka, *Ocena psychologicznych aspektów wiarygodności zeznań małoletnich świadków w praktyce biegłych sądowych psychologów na podstawie analizy spraw karnych dotyczących wykorzystania seksualnego dzieci*, w : Dziecko Krzywdzone Nr 1(30)2010, s.73.

<sup>50</sup>Piotr Kiembłowski... s.103.



3. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku ograniczenia dostępności alkoholu i zapewnianie skutecznego egzekwowania przepisów.
4. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku rozwoju inicjatyw profilaktycznych oraz upowszechnienia standardów profilaktycznych.
5. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej, związanych z używaniem alkoholu.

Wskazane wyżej cele realizowane byłyby poprzez wskazane niżej zadania.

Ad. Cel operacyjny nr 1

- 1.1 Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, w tym kampanii edukacyjnych, dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu dla konsumentów i ich otoczenia.
- 1.2 Prowadzenie działań edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież (wynika z badań ESPAD – przyzwolenie rodziców na picie dzieci).
- 1.3 Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym.

Ad. Cel operacyjny nr 2

- 2.1 Promowanie i wspieranie kształcenia personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja).
- 2.2 Oddziaływania w kierunku podnoszenia kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu, w tym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
- 2.3 Oddziaływania w kierunku promowania i wspierania rozwoju systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień.
- 2.4 Oddziaływania w kierunku promowania i wspierania podnoszenia kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
- 2.5 Szkolenie profesjonalistów na temat FASD.

Ad. Cel operacyjny nr 3

- 3.1 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zmniejszenia dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu.
- 3.2 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zapewnienia skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych.



#### Ad. Cel operacyjny nr 4

Realizacja następujących zadań w wyszczególnionych obszarach profilaktyki:

##### 4.1 Profilaktyka uniwersalna:

- 4.1.1 Oddziaływania w kierunku poszerzenia i udoskonalania oferty, upowszechniania oraz wdrażania uniwersalnych programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów alkoholowych i innych zachowań ryzykownych i czynniki chroniące, wspierające prawidłowy rozwój.
- 4.1.2 Oddziaływania w kierunku prowadzenia i upowszechnienia programów profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych wśród osób dorosłych, w tym w szczególności w miejscu nauki lub pracy.
- 4.1.3 Oddziaływania w kierunku poszerzenia i udoskonalania oferty, upowszechniania oraz wdrażania programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

##### 4.2 Profilaktyka selektywna:

- 4.2.1 Oddziaływania w kierunku poszerzenia i udoskonalania oferty, upowszechniania i wdrażania programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki selektywnej adresowanych do dzieci, młodzieży, rodziców i wychowawców.
- 4.2.2 Kreowanie oddziaływań w kierunku poszerzenia i podnoszenia jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

##### 4.3 Profilaktyka wskazująca:

- 4.3.1 Oddziaływania w kierunku poszerzenia i udoskonalania oferty upowszechniania i wdrażania programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki wskazującej.
- 4.3.2 Promowanie i wspieranie udzielania specjalistycznej pomocy i wspierania rodziców, których dzieci upijają się.

#### Ad. Cel operacyjny nr 5

- 5.1 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zwiększania dostępności i podnoszenia jakości specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu.

- 5.2 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty leczenia uzależnienia od alkoholu, w tym o programy ograniczania picia alkoholu oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzioną skuteczność.
- 5.3 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zwiększania oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub działania w kierunku zwiększania dostępności do istniejących form wsparcia.
- 5.4 Wspieranie działalności środowisk abstynenckich.
- 5.5 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zwiększania dostępności i podnoszenia jakości pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym.
- 5.6 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zwiększania dostępności i podnoszenia jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym.
- 5.7 Promowanie i wspieranie podejmowania działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie.
- 5.8 Promowanie i wspieranie reedukacji osób, które prowadziły pojazdy będąc pod wpływem alkoholu.
- 5.9 Promowanie zwiększania dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów.

### **6.3. Wskaźniki oraz wskaźniki szablonowe**

Założeniem WPPiRPA jest posługiwanie się jak najbardziej uproszczonymi, a jednocześnie uniwersalnymi dla wszystkich celów operacyjnych wskaźnikami. 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. Zostaną zastosowane następujące wskaźniki przypisane jednocześnie do określonych celów operacyjnych :

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

Przyjęte rozwiązanie uzupełniające to szablony wskaźnikowe stosowane do zadań o określonym charakterze np. szkoleniowym i edukacyjnym. „Owskaźnikowanie” poszczególnych zadań pozwoli na uzyskanie dalszych informacji. Poniżej przedstawione są szablony wskaźnikowe.

Szablon wskaźnikowy wersja „A” zadania szkoleniowe :

- 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.



Szablon wskaźnikowy wersja „B” zadania edukacyjne (konferencje, spotkania robocze, itp.) :

- 1) Liczba uczestników przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 2) Liczba dni przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 3) Liczba godzin przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 4) Liczba podmiotów, które reprezentowali uczestnicy przedsięwzięcia edukacyjnego.

#### **6.4. Komentarz**

Realizacja WPPiRPA w latach 2018-2025 będzie miała charakter ciągły i otwarty z zachowaniem elastyczności umożliwiającej odpowiednie, profesjonalne reagowanie na dynamiczną sytuację, szczególnie w obszarze związanym z profilaktyką adresowaną do dzieci i młodzieży.

### **7. Finansowanie i organizacja realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**

#### **7.1. Finansowanie programu. Ramy finansowe realizacji programu**

Ramy finansowe dla realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowi kwota zaplanowana w budżecie województwa.

WPPiRPA finansowany jest przede wszystkim 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 województwa w § 048.

Wydatki realizowane w ramach WPPiRPA ujęte będą w budżecie województwa w dziale 851, w rozdziałach 85154 i 85120 oraz 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 WPPiRPA zostaną w pełnej wysokości odtworzone w budżecie następnego roku lub następnych dwóch lat z przeznaczeniem na realizację ww. programu.

Zakłada się, że ww. dochody oraz wydatki przeznaczone na realizację WPPiRPA i wydatki na realizację wojewódzkiego programu przeciwdziałania narkomanii będą się bilansować w okresach dwuletnich lub trzyletnich.

Przyjmuje się, że w przypadku znaczącego obniżenia się dochodów budżetu województwa pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu, na realizację WPPiRPA przeznaczone zostaną dodatkowe środki finansowe z budżetu województwa opolskiego, powyższe będzie jednak uzależnione od sytuacji budżetu województwa opolskiego.

Przeciętna wysokość środków finansowych przeznaczanych w danym roku budżetowym na realizację WPPiRPA oraz WPPN zbliżona będzie do średniej



dochodów budżetu województwa pochodzących z ww. opłat z okresu, który umożliwi zbilansowanie wydatków i dochodów budżetu województwa w tym obszarze.

Wyjściowa teoretyczna konstrukcja dla ram finansowych WPPiRPA na lata 2018-2025 przedstawia się następująco :

$$(\text{dochód roku } N + \text{dochód roku } N+1) : 2 - \text{wydatki WPPN}$$

Podzielenie przez „2” dopasowuje wydatki do średniej dochodów, likwidując tym samym dysproporcję wynikającą z różnej wysokości dochodów w ich dwuletnim cyklu. Należy pamiętać, że dochody w poszczególnych latach mogą się znacząco zmienić w przypadku nie dokonania wpłat przez duże hurtownie, a na całość dochodów z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu składają się między innymi jednorazowe opłaty w wysokości kilkudziesięciu, czy stu kilkudziesięciu złotych.

W związku z koniecznością zbilansowania dochodów z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu i wydatków WPPiRPA oraz WPPN praktyczne ramy finansowe WPPiRPA przedstawiają się następująco :

$$\begin{aligned} &(\text{dochód roku } N + \text{dochód roku } N+1) = \\ &(\text{wydatki WPPiRPA w roku } N + \text{wydatki WPPN w roku } N) + \\ &(\text{wydatki WPPiRPA w roku } N+1 + \text{wydatki WPPN w roku } N+1) \end{aligned}$$

Chociaż matematycznie można powyższy zapis ująć nieco inaczej, to zaprezentowana konstrukcja oddaje złożoność sytuacji, w której wpływy dochodów rocznych są bardzo nierównomiernie rozłożone w danym roku. Szczególną trudność powoduje kumulacja dochodów rocznych w końcówce roku z mniejszymi dochodami.

Rok 2016 r. był dla ram czasowych rokiem N+1 i planowe wydatki i dochody w tym roku odwzorowywały zbilansowanie lat 2015-2016. Natomiast dochody ponadplanowe oraz niewykonania wydatków z roku 2016 zostaną zbilansowane w okresie do 2018 r.

Wartościami wyjściowymi dla skonstruowania ram finansowych WPPiRPA są dochody budżetu województwa opolskiego z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu. Dla przykładu dochody w 2016 r. zaplanowano w wysokości 126.700 zł., zaplanowane budżecie wydatki na realizację WPPiRPA w 2016 r., wyniosły 281.700 zł., a zaplanowane wydatki na realizację WPPN, 60.000 zł. Przy czym kwota 80.000 zł. wydatkowana w ramach WPPiRPA w 2016 r. pochodziła z dotacji z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.



## **7.2. Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**

- 1) Gminy i powiaty województwa opolskiego.
- 2) Organizacje pozarządowe zajmujące się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, narkotykowych i tytoniowych, ochroną zdrowia psychicznego, przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie oraz przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu w województwie opolskim.
- 3) Jednostki lecznictwa odwykowego, podmioty medyczne zajmujące się terapią/leczeniem uzależnienia od alkoholu w województwie opolskim.
- 4) Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- 5) Instytucje szczebla wojewódzkiego stykające się z problemami alkoholowymi, ochroną zdrowia psychicznego i przemocą w rodzinie.

## **7.3. Organizacja i realizacja wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**

- 1) Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowany jest przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego.
- 2) Za realizację WPPiRPA odpowiada Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień.
- 3) W ramach realizacji WPPiRPA przewiduje się finansowe wsparcie jego obsługi z dochodów budżetu województwa uzyskanych z tytułu wydawania zezwoleń na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu. Powyższe dotyczy zakupów sprzętu komputerowego i biurowego, materiałów biurowych, książek, broszur, materiałów promocyjnych oraz zawierania umów zleceń i/lub umów o dzieło.

## **7.4. Elementy ewaluacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**

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

- 1) Bieżąca ocena szkoleń i innych przedsięwzięć edukacyjnych.
- 2) Bieżąca analiza realizacji programu pod względem adekwatności do potrzeb, efektywności, użyteczności i trwałości.

Zakłada się, że w trakcie realizacji WPPiRPA mogą być przyjmowane nowe formy ewaluacji.

## 8. Spis wykresów

1. Wykres 1. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim z rozpoznaniem F10 na podstawie miejsca zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010, 2014 i 2016 rok (dotyczy leczenia odwykowego) – strona 6
2. Wykres 2. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego z rozpoznaniem F10 na podstawie powiatu zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok (dotyczy leczenia odwykowego) – strona 7
3. Wykres 3. Dynamika sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 - 2016 (wartość sprzedaży 2010 r.=100%) – strona 9
4. Wykres 4. Przeciętne ceny detaliczne wybranych towarów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 – 2016 – strona 10
5. Wykres 5. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 – 2016 (sklepy i lokale gastronomiczne razem) – strona 10
6. Wykres 6. Dochody gmin województwa opolskiego i Samorządu Województwa Opolskiego z tytułu opłat za wydanie zezwoleń oraz korzystanie z zezwoleń dotyczących obrotu i sprzedaży napojów alkoholowych w latach 2012–2016 – strona 12
7. Wykres 7. Wydatkowanie przez gminy województwa opolskiego dochodów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w latach 2012–2016 – strona 12
8. Wykres 8. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem "F10" (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu) z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok. Liczba pacjentów 5.208 – strona 14
9. Wykres 9. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem „F10” (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu) na 10 tys. ludności z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok – strona 15
10. Wykres 10. Osoby uzależnione, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym na terenie województwa Opolskiego w latach 2010 – 2016 – strona 16
11. Wykres 11. Zgony w województwie opolskim z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) w latach 2010-2015 – strona 16
12. Wykres 12. Liczba dorosłych członków rodzin osób z problemem alkoholowym, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w województwie opolskim w latach 2010-2016 – strona 18
13. Wykres 13. Rozwody w województwie opolskim w latach 2010-2016 – strona 19
14. Wykres 14. Zgoda rodziców młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego na picie napojów alkoholowych w 2015 r. – strona 20



15. Wykres 15. Zakupy napojów alkoholowych młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w 2011 r. oraz w 2015 r. – strona 21
16. Wykres 16. Picie napojów alkoholowych przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w czasie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r. – strona 21
17. Wykres 17. Silne upijanie się młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej województwa opolskiego w czasie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r. – strona 22
18. Wykres 18. Używanie alkoholu razem z tabletkami chociaż raz w życiu przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w 2011 r. oraz w 2015 r. - strona 22
19. Wykres 19. Doświadczenia młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego pod wpływem alkoholu w 2015 r. – strona 23
20. Wykres 20. Doświadczenia młodzieży ponadgimnazjalnej (17-18 lat) województwa opolskiego pod wpływem alkoholu w 2015 r. – strona 23
21. Wykres 21. Palenie papierosów przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r. – strona 24
22. Wykres 22. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 178 a § 1 Kodeksu Karnego - prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego (dotyczy kierowania pojazdem mechanicznym) w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 25
23. Wykres 23. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego - spowodowanie wypadku w komunikacji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 26
24. Wykres 24. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego - spowodowanie wypadku w komunikacji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 26
25. Wykres 25. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu z art. 278, 279, 280, 281, 282, 288 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 27
26. Wykres 26. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu z art. 278, 279, 280, 281, 282, 288 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 27
27. Wykres 27. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu z art. 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 28
28. Wykres 28. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu z art. 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 28
29. Wykres 29. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko wolności seksualnej z art. 197, 198, 199, 200, 201 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 29
30. Wykres 30. Liczebność kategorii osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 31

31. Wykres 31. Liczba osób w województwie opolskim, co do których istniało podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2014 i 2016 r. – strona 32
32. Wykres 32. Liczebność kategorii osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 33
33. Wykres 33. Liczba osób w województwie opolskim, co do których istnieje podejrzenie, że stosują przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2016 r. – strona 33
34. Wykres 34. Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 34
35. Wykres 35. Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie będących pod wpływem alkoholu w województwie opolskim z podziałem na powiaty w latach 2013-2016 – strona 34
36. Wykres 36. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece z art. 207 KK (znęcanie się) w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 35
37. Wykres 37. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece z art. 207 KK (znęcanie się) w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 35
38. Wykres 38. Osoby skazane przez sądy w województwie opolskim w związku z przemocą w rodzinie z art. 207 Kodeksu Karnego (znęcanie się) w latach 2010-2016 – strona 36

Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego  
ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień



Jacek Ruszczewski

WICEMARSZAŁEK



Roman Kolek



Załącznik na 2 do Uchwały Nr ...../...../2017  
Sejmiku Województwa Opolskiego  
z dnia ..... 2017 r.

Załącznik nr 3 do Wojewódzkiej Strategii  
w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025  
przyjętej Uchwałą Nr XIII/138/2016 Sejmiku  
Województwa Opolskiego z dnia  
26 stycznia 2016 r. w sprawie przyjęcia  
Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki  
Społecznej na lata 2016-2025

# **Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025**

---

**OPOLE, LISTOPAD 2017 ROK**





## Spis treści:

1. Wprowadzenie.....	4
2. Diagnoza problemów narkotykowych w województwie opolskim.....	4
2.1. Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży województwa opolskiego.....	4
2.2. Stan profilaktyki w województwie opolskim .....	16
2.3. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych według danych z leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego. ....	23
2.4. Przestępczość narkotykowa w województwie opolskim.....	27
3. Cele programu.....	29
3.1 Cel strategiczny.....	29
3.2 Cele operacyjne i zadania .....	29
3.3. Wskaźniki oraz wskaźniki szablony.....	32
3.4. Komentarz.....	33
4. Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii .....	33
5. Organizacja i finanse.....	33
6. Spis wykresów.....	34

**Wykaz skrótów**

**ESPAD** – Używanie Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież Szkolną. Europejski Program Badań Ankiety w Szkołach ESPAD

**GUS** – Główny Urząd Statystyczny

**KBPN** – Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

**NPZ** – Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020

**NSP** – Nowe substancje psychoaktywne, tzw. dopalacze

**OOW NFZ** – Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

**UMWO** – Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego

**WPPiRPA** – Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2018-2025

**WPPN** – Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2015



## 1. Wprowadzenie

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025 (dalej WPPN) opracowany jest w oparciu o:

- 1) Ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
- 2) Ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
- 3) Ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- 4) Ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
- 5) Ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.
- 6) Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.
- 7) Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2017 – 2021.

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025 stanowi element Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025. Podstawę jego opracowania stanowi art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025 został przygotowany w oparciu o dotychczasowe doświadczenia z realizacji poprzednich programów wojewódzkich. Program został napisany na podstawie analizy dostępnych danych i badań oraz zapisów aktualnego Narodowego Programu Zdrowia.

## 2. Diagnoza problemów narkotykowych w województwie opolskim

### 2.1. Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży województwa opolskiego

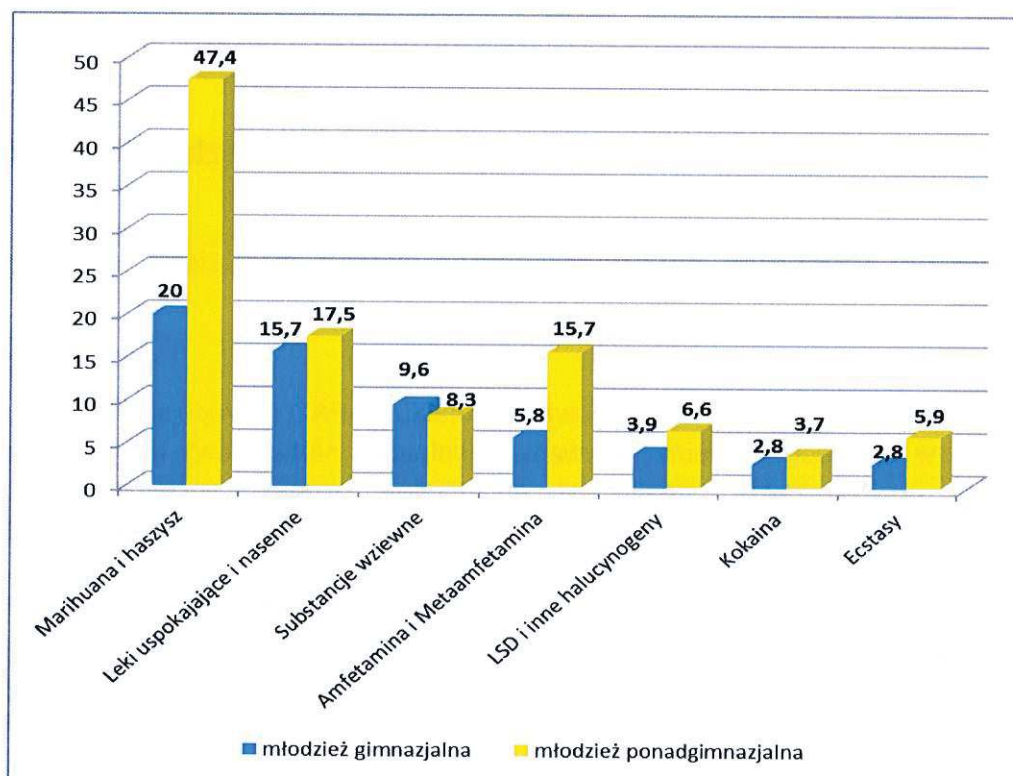
W 2015 r. w ramach międzynarodowego projektu ESPAD (Europejski Program Badań Ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zrealizował audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich gimnazjów (wiek 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17-18 lat) Województwa Opolskiego.

Badania ESPAD podjęto w 1995 r. z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy. Na poziomie europejskim badania koordynowane były przez szwedzki ośrodek badań nad alkoholem i narkotykami CAN ze Sztokholmu. ESPAD był pierwszym ogólnopolskim badaniem spełniającym warunki międzynarodowej porównywalności i jednocześnie podjętym z intencją śledzenia trendu w zakresie używania substancji przez młodzież szkolną. W województwie opolskim badanie ESPAD zrealizowano już sześciokrotnie w 1995 r., 1999 r., 2005 r., 2007 r., 2011 r. oraz w 2015 r. Badanie ESPAD wspierane jest ono przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. W związku z tym podstawowe pytania badawcze, to pytania o liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz pytania o stopień nasilenia tych doświadczeń. Innym celem badania była próba identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska używania substancji psychoaktywnych, zarówno po stronie popytu jak podaży. W badaniu poruszono zatem takie kwestie, jak dostępność substancji psychoaktywnych, gotowość do podjęcia prób z tymi środkami, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem. Kwestie te zostały poddane pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań dotyczących młodzieży z województwa opolskiego.

Wyniki badań ESPAD z 2015 r. w województwie opolskim wskazują, na większe zagrożenie eksperymentowaniem wśród młodzieży ponadgimnazjalnej. Eksperymentowanie według terminologii ESPAD oznacza użycie środka psychoaktywnego chociaż raz w życiu. Poza alkoholem i tytoniem najbardziej rozpowszechnione w tej grupie jest używanie przetworów konopi i haszyszu. 47,4% młodzieży ponadgimnazjalnej województwa opolskiego używało marihuany kiedykolwiek w życiu (w Polsce 43%). Na drugim miejscu w przypadku młodzieży ponadgimnazjalnej województwa opolskiego jest używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza 17,5% (w Polsce 17,9%), a na trzecim miejscu używanie amfetaminy i metamfetaminy 15,7% (w Polsce 11%).

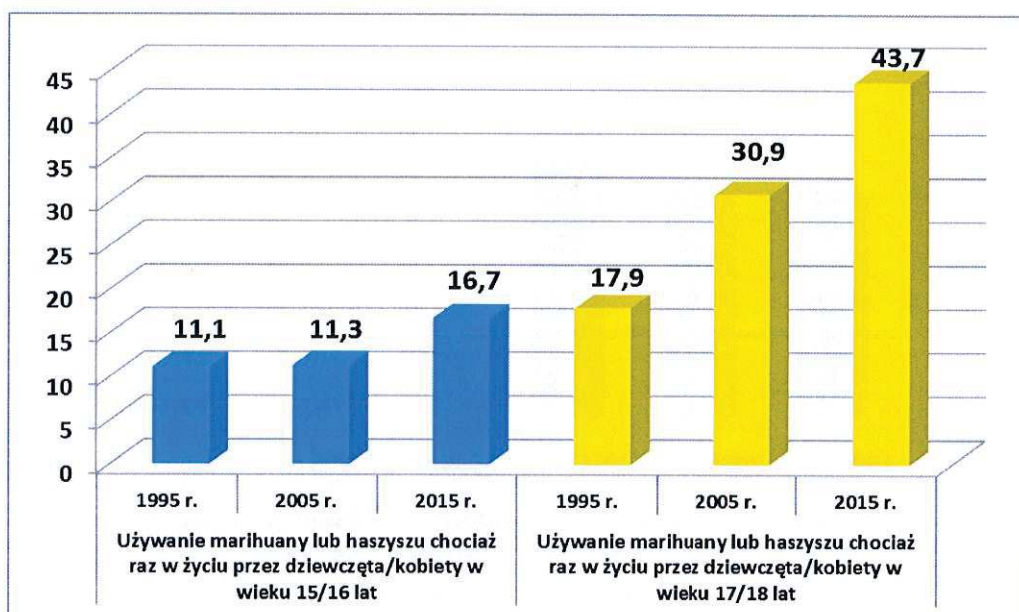
**Wykres 1. Używanie różnych substancji psychoaktywnych chociaż raz w życiu przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną w 2015 r. w województwie opolskim w %.**



Źródło: badanie „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

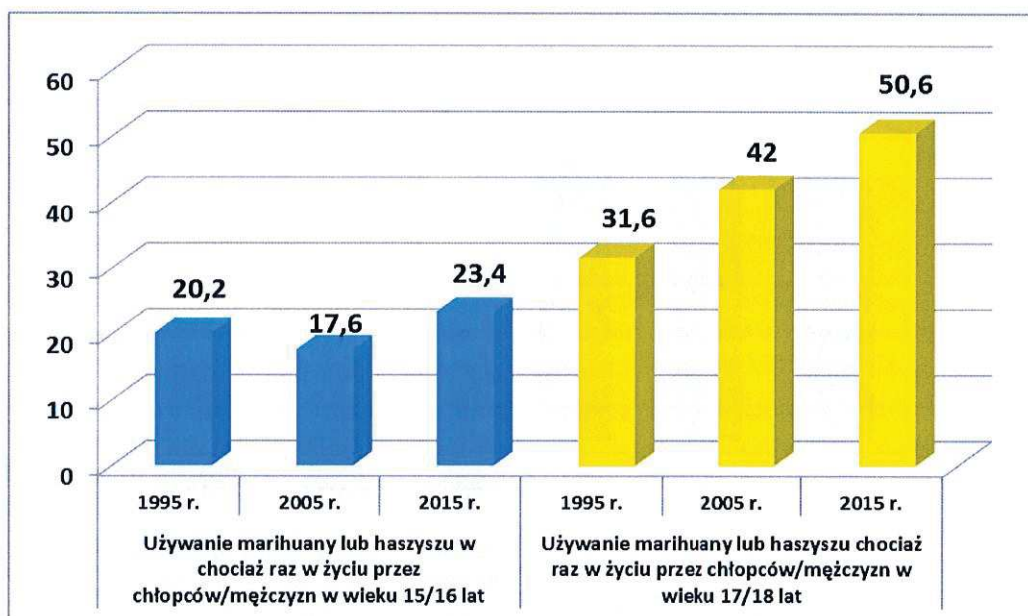


**Wykres 2. Używanie marihuany lub haszyszu chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015, w województwie opolskim.**



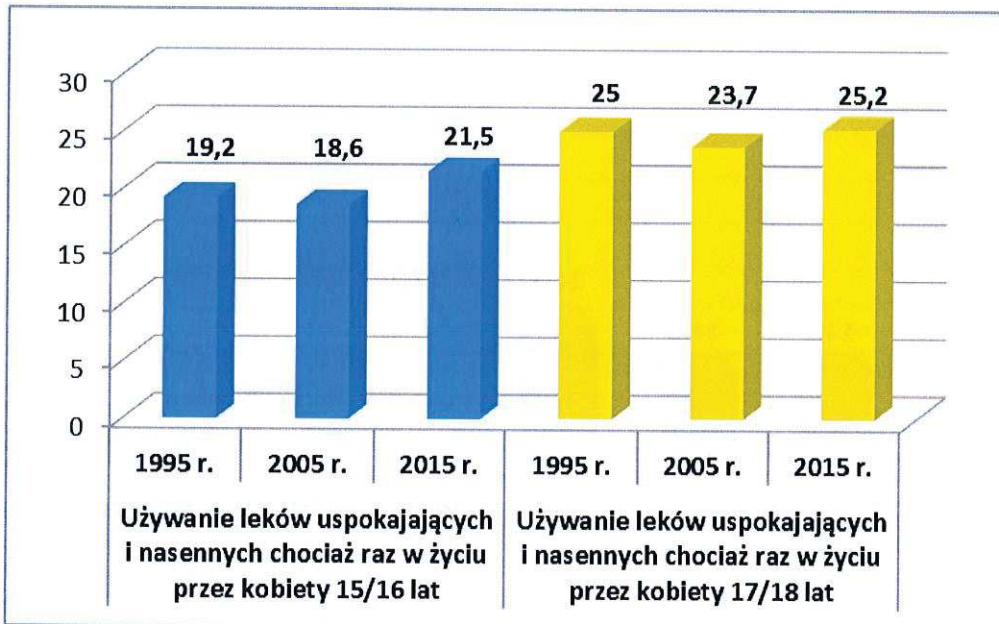
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

**Wykres 3. Używanie marihuany lub haszyszu chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015, w województwie opolskim.**



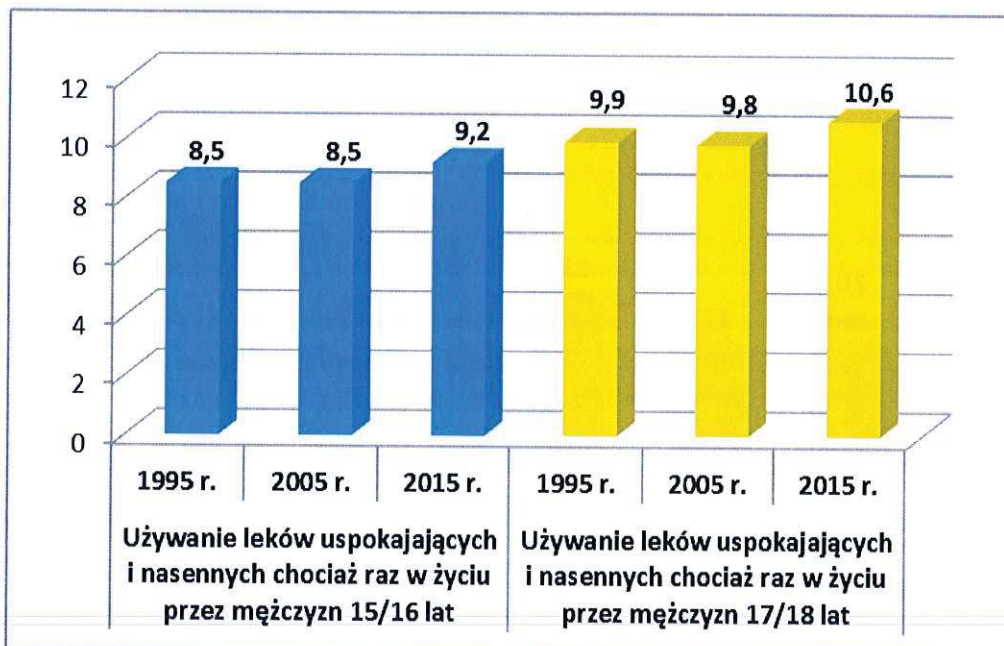
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

**Wykres 4. Używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat, w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

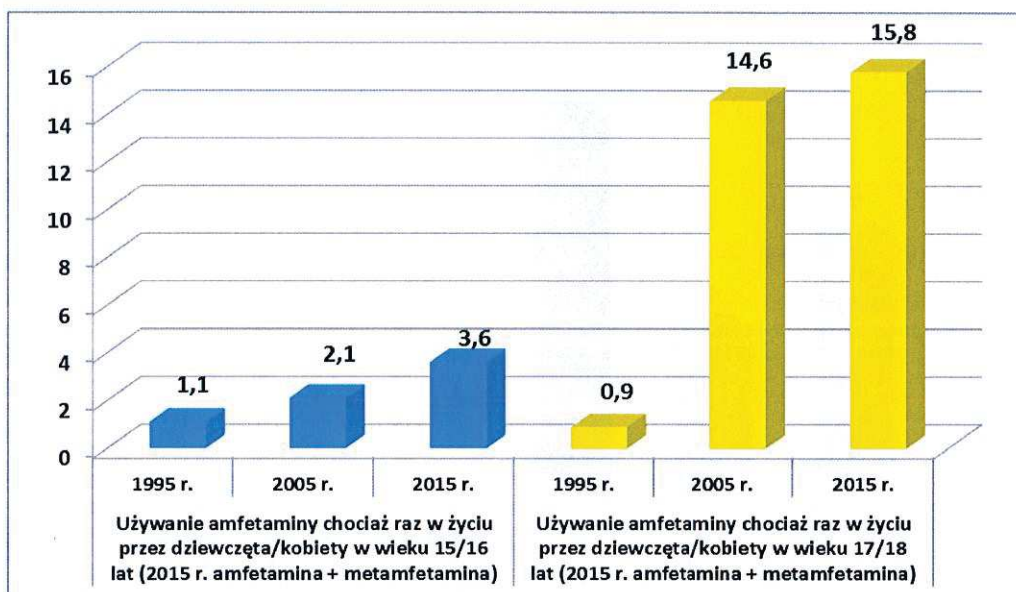
**Wykres 5. Używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat, w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

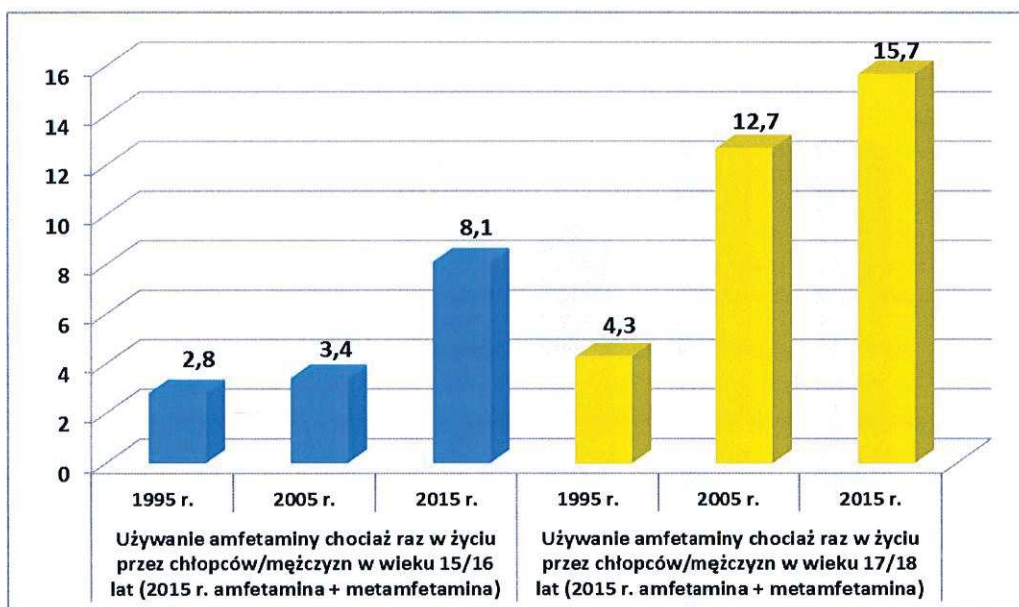


**Wykres 6. Używanie amfetaminy i metamfetaminy chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



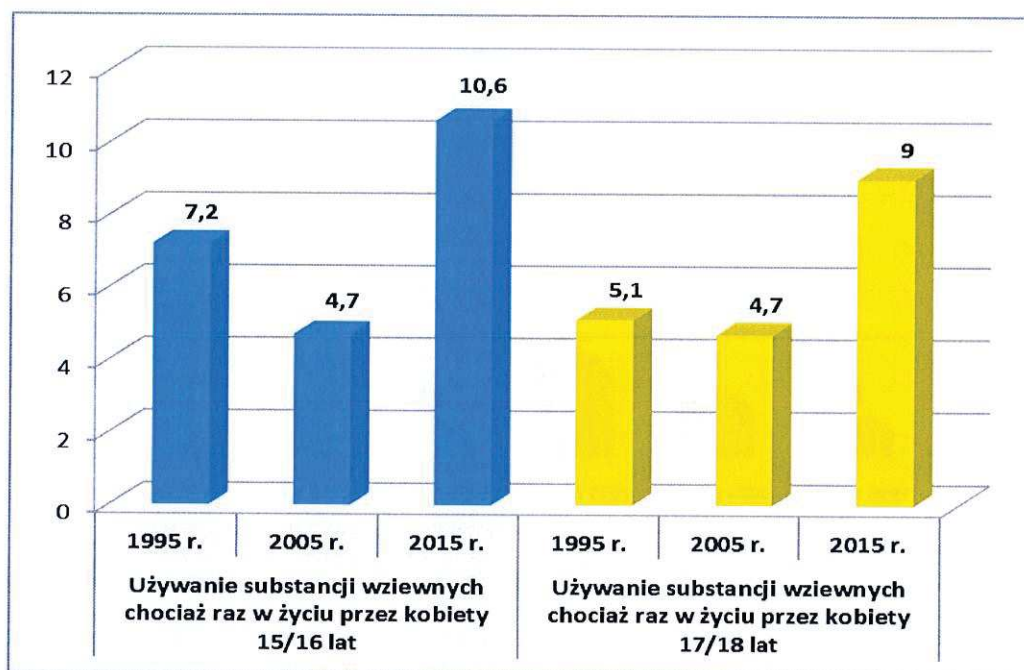
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

**Wykres 7. Używanie amfetaminy i metamfetaminy chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



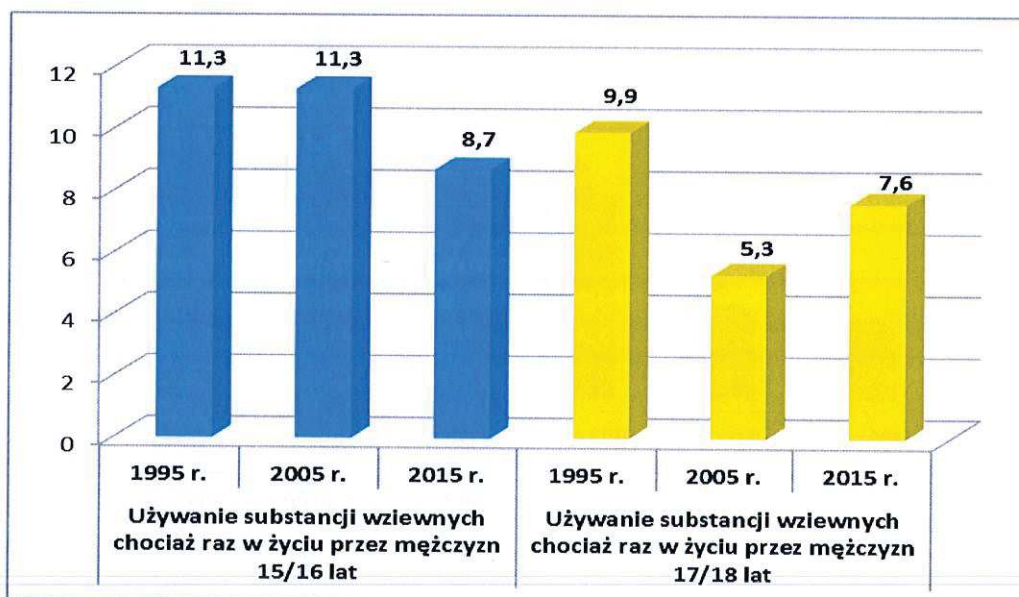
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

**Wykres 8. Używanie substancji wziewnych chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

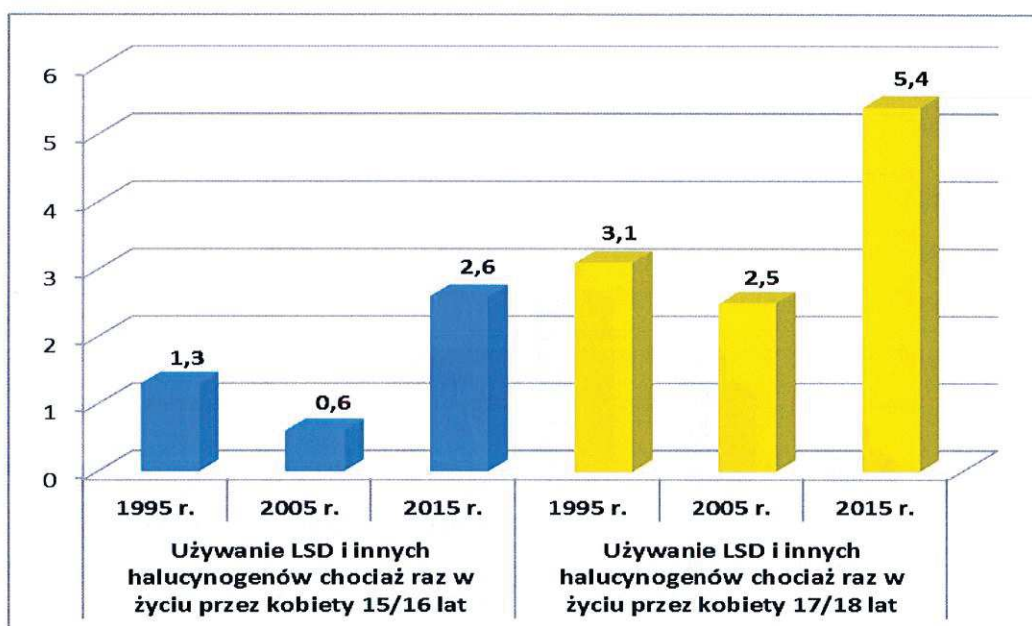
**Wykres 9. Używanie substancji wziewnych chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

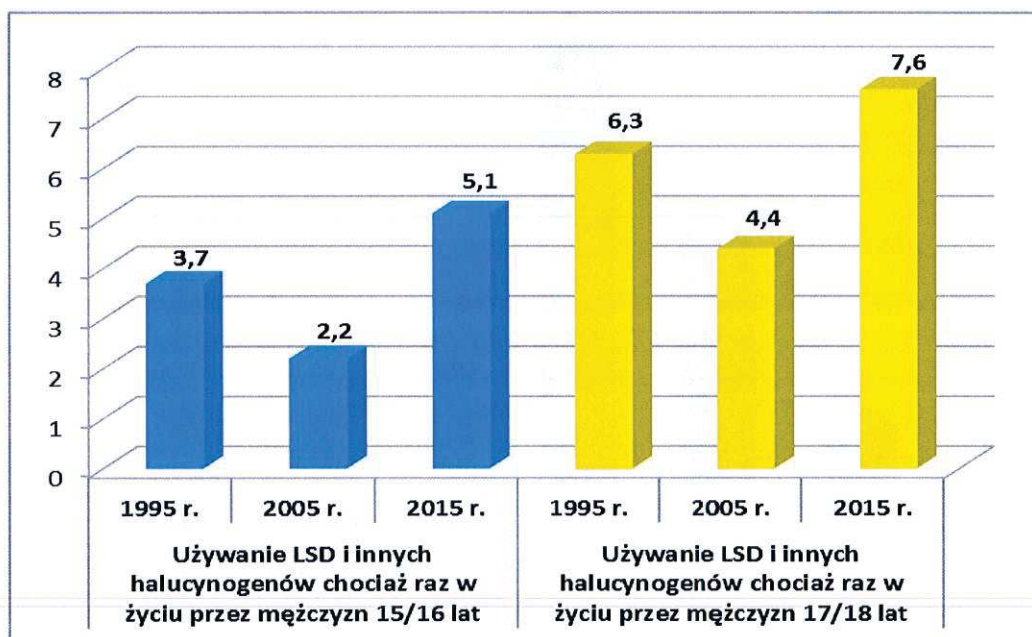


**Wykres 10. Używanie LSD i innych halucynogenów chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



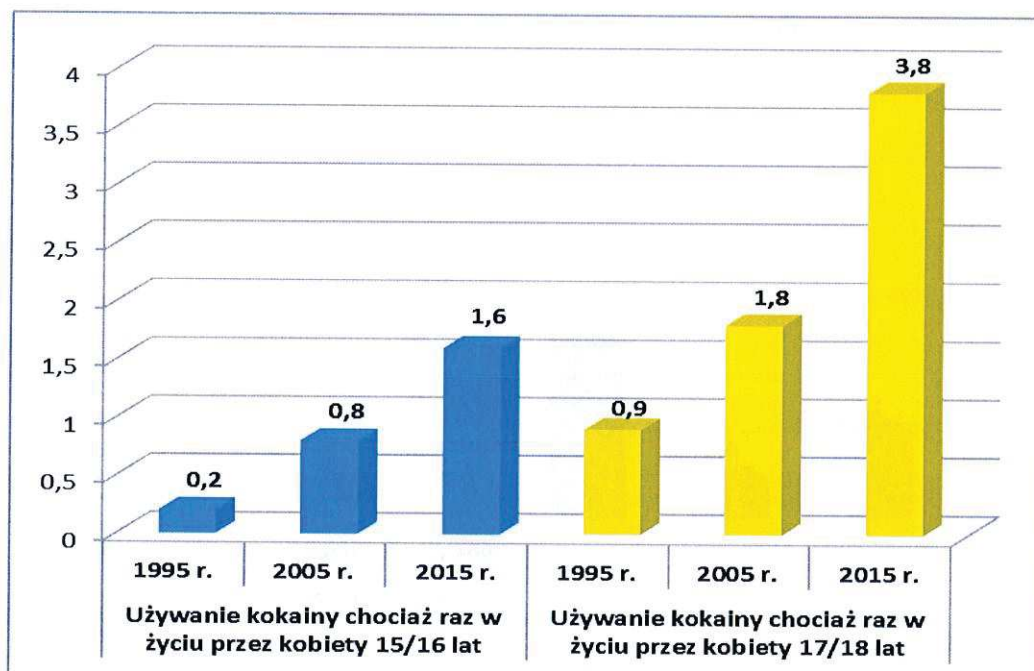
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

**Wykres 11. Używanie LSD i innych halucynogenów chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



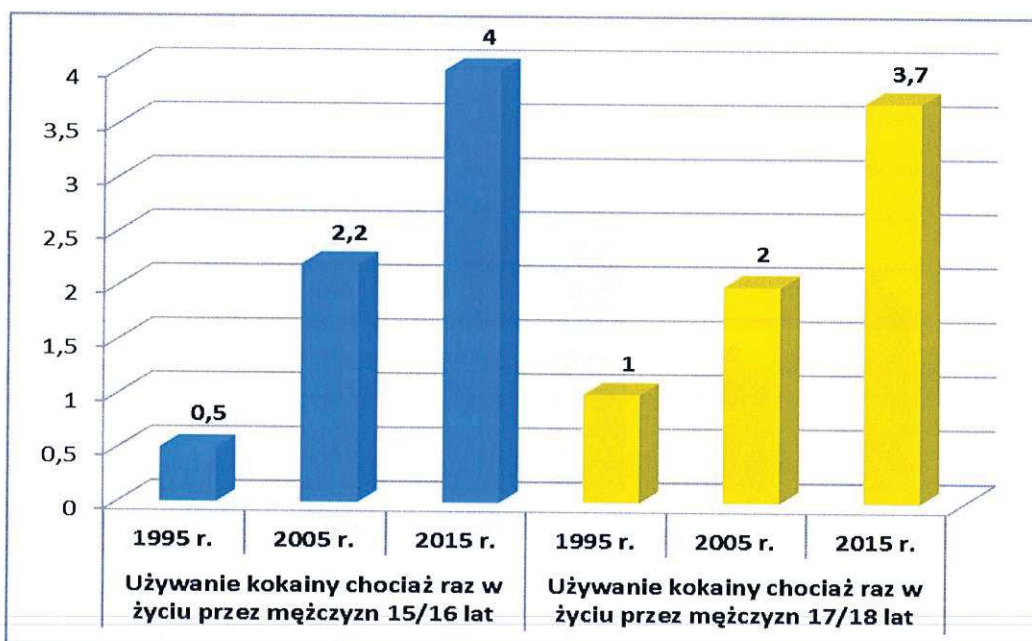
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

**Wykres 12. Używanie kokainy chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

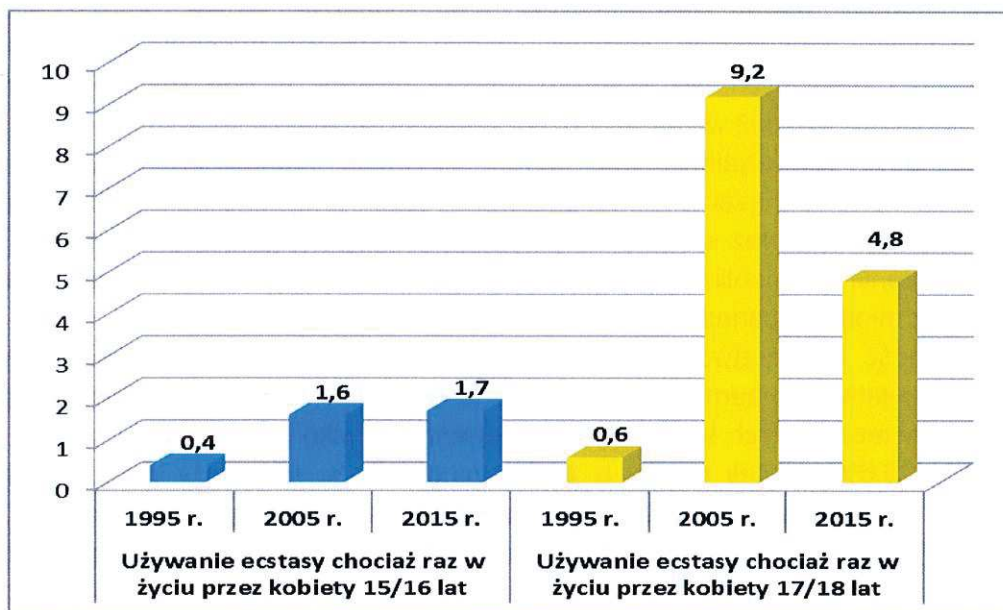
**Wykres 13. Używanie kokainy chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

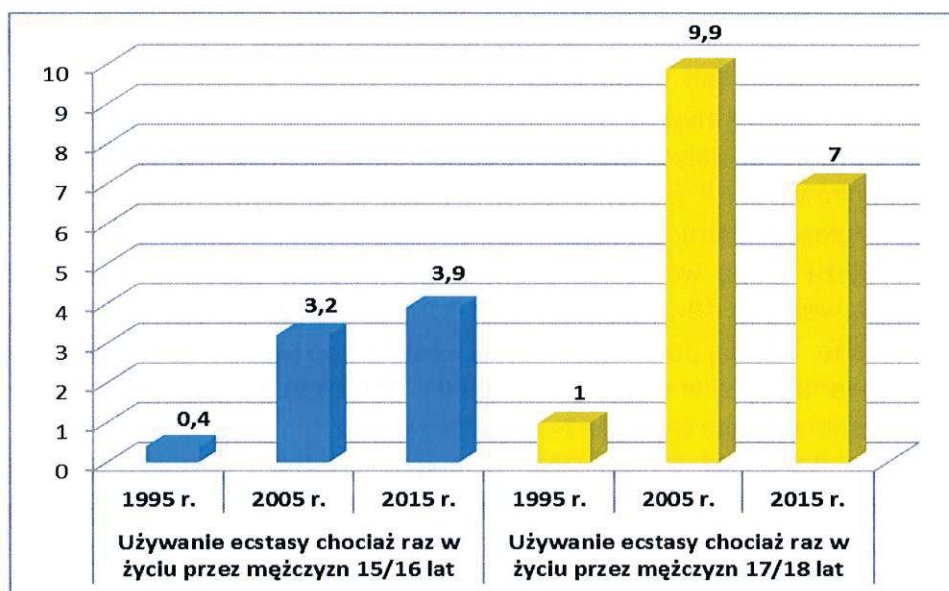


**Wykres 14. Używanie ecstasy chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

**Wykres 15. Używanie ecstasy chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim w latach 1995, 2005 i 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Porównanie wyników badania ESPAD zrealizowanego w 2015 r. z wynikami analogicznego badania z 2005 r. wskazuje na wzrost rozpowszechnienia używania przetworów konopi wśród gimnazjalistów oraz znaczny wzrost wśród młodzieży ponadgimnazjalnej. Stosunkowo niewielki wzrost rozpowszechnienia używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza nastąpił w obu badanych kohortach wiekowych. Wystąpił również wzrost rozpowszechniania substancji wziewnych (za wyjątkiem męskiej młodzieży gimnazjalnej) oraz wzrost używania amfetaminy i metamfetaminy (w stosunku do roku 1995 jest to wzrost znaczący). Zidentyfikowano wzrosty używania LSD i innych halucynogenów oraz kokainy. W przypadku ekstazy w porównaniu lat 2005 i 2015 mamy do czynienia ze stabilizacją używania przez młodzież gimnazjalną oraz spadkiem używania przez młodzież ponadgimnazjalną.

Dostępność do przetworów konopi w 2015 r. przez młodzież ponadgimnazjalną uważana jest za łatwą lub bardzo łatwą dla 59,7% (w 2005 r. - 55,4%). W grupie młodzieży gimnazjalnej dostępność tych substancji postrzegana jest jako łatwa i bardzo łatwa - 37,2% (w 2005 r. - 26,6%). Jeżeli chodzi o amfetaminę, 27,1% młodzieży ponadgimnazjalnej i 15,5% młodzieży gimnazjalnej uważa ją za łatwą lub bardzo łatwą do zdobycia (w 2005 r. było to odpowiednio 39,2% i 17%). Leki nasenne i uspokajające uważane są za łatwo lub bardzo łatwo dostępne przez 57,7% młodzieży ponadgimnazjalnej i 46,6% młodzieży gimnazjalnej (w 2005 r. było to odpowiednio 49,3% i 38,5%). Kokainę jako łatwo lub bardzo łatwo dostępną do zdobycia wskazywało 20,6% młodzieży ponadgimnazjalnej i 15,1% młodzieży gimnazjalnej (w 2005 r. odpowiednio 23,3% i 13,5%). Ekstazy jako łatwo lub bardzo łatwo dostępne do zdobycia wskazywało 24,6% młodzieży ponadgimnazjalnej i 14,6% młodzieży gimnazjalnej (w 2005 r. odpowiednio 34,1% i 14,9%).

W ciągu ostatnich lat dawał się zauważyć wzrost problemów związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi, nazywanymi potocznie „dopalaczami”. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii definiuje nową substancję psychoaktywną jako „Substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy” (art. 4, pkt 11a).

Z raportu Głównego Inspektoratu Sanitarnego za lata 2015-2016 na temat dopalaczy wynika, że w 2013 r. w Polsce zarejestrowano 1.082 podejrzenia zatruc dopalaczami, w 2014 r. zarejestrowano ich 2.513, w 2015 r. 7.359, a w 2016 r. 4.369. Wskazuje to na znaczny spadek zgłoszeń zatruc/podejrzeń zatruc dopalaczami w latach 2015-2016.

Najliczniejszą grupę wśród zgłaszanych przypadków zatruc w Polsce w 2016 r. stanowiły osoby w wieku od 19-24 lat. Było ich 1.376. Kolejną grupę stanowiły osoby w wieku 25-29 lat – 858 osób. Trzecią pod względem wielkości grupą były osoby w wieku od 30-39 lat – 837 osób, a czwartą osoby w wieku od 16-18 lat – 758 osób. W przedziale wieku 13-15 lat zanotowano 254 zatrucia, zaś w grupie 7-15 lat 26 zatruc<sup>1</sup>.

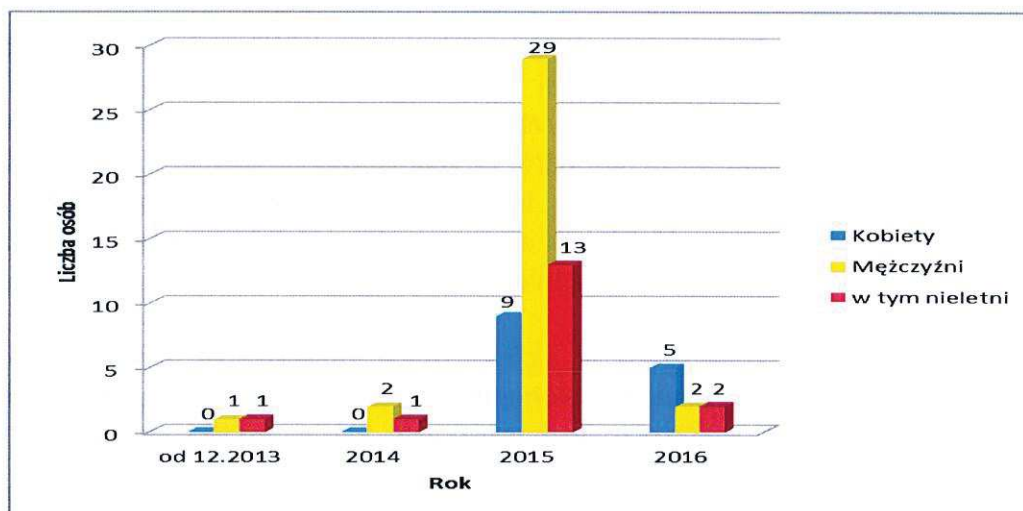
Tak zwane dopalacze z pewnością są niepowtarzalne i designerskie – nie znamy dawek zawartych w nich, nie wiemy, jaka jest ich kompozycja i proporcje narkotyków wchodzących w skład dopalaczy. Nazwy produktów niewiele mówią lub opisują przewidywane u większości użytkowników efekty po zastosowanych w nich mieszankach<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych – STOP dopalaczom 2015-2016, s. 42

<sup>2</sup> Maria Agata Jeska. Designer Drugs, w: Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, Nr 1/2017, s. 17



**Wykres 16. Zatrucia/podejrzenia zatruc dopalaczami w województwie opolskim w latach 2013-2016.**

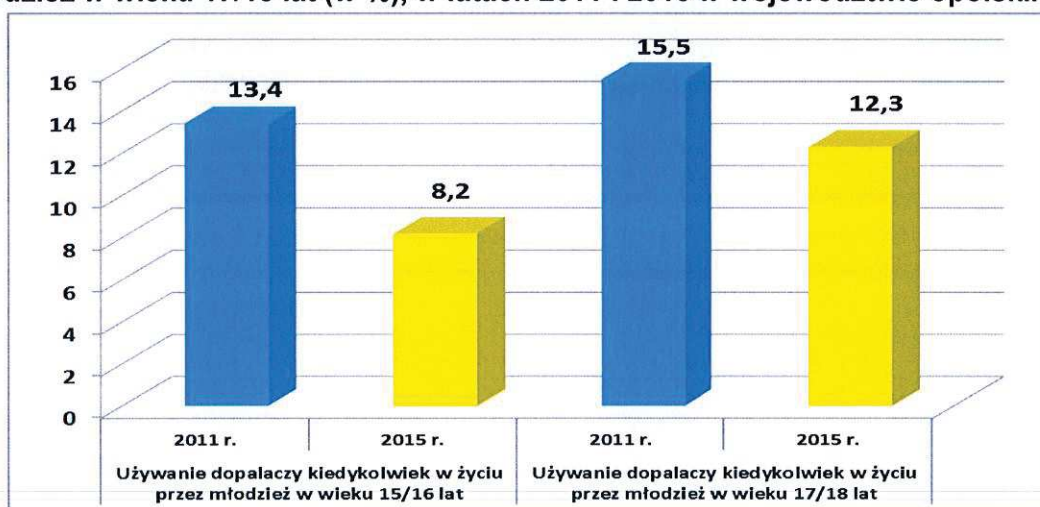


Źródło: dane przesłane przez Oddział Epidemiologii WSSE w Opolu pismem nr OPZ.966.22.2017 z dnia 26.06.2017 r.

W województwie opolskim (wg badań ankietowych ESPAD 2015) 12,3% uczniów ze szkoły ponadgimnazjalnej próbowało dopalaczy kiedykolwiek w życiu. Wśród uczniów ankietowanej grupy młodszej do używania dopalaczy kiedykolwiek w życiu przyznało się 8,2%. Odsetki uczniów sięgających po dopalacze są w obu kohortach niższe, niż odsetki używających marihuany lub haszyszu.

Zestawiając dane z 2011 r. z danymi z 2015 r. obserwujemy spadek odsetka osób, które użyły dopalaczy chociaż raz w życiu, zarówno wśród uczniów gimnazjów, jak i wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych. W tej pierwszej grupie odsetek używających dopalaczy chociaż raz w życiu spadł z 13,4% w 2011 r. do 8,2% w 2015 r., zaś w drugiej grupie z 15,5% do 12,3%.

**Wykres 17. Używanie dopalaczy chociaż raz w życiu przez młodzież wieku 15/16 lat i młodzież w wieku 17/18 lat (w %), w latach 2011 i 2015 w województwie opolskim.**



Źródło: badanie „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Aktualne badania (ESPAD 2015) uwzględniają także uzależnienia behawioralne. Najbardziej niepokojącymi z nich są uzależnienia od hazardu (m.in. nadmierne korzystanie z gier) oraz od Internetu (m.in. nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych).

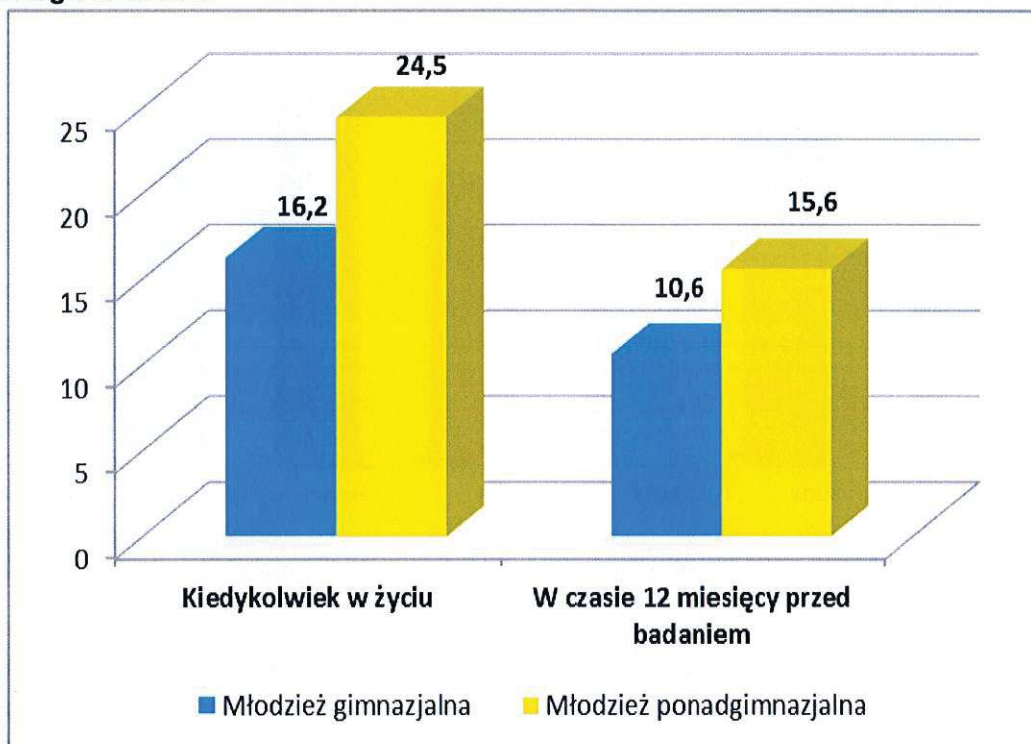
Badania przeprowadzone przez CBOS (Warszawa 2015) wskazują, iż zagrożeni uzależnieniem od Internetu to najczęściej badani poniżej 25 roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni. Wśród najmłodszych badanych użytkowników Internetu, czyli osób w wieku 15-17 lat, 6,2% w zastosowanym teście (Internet Addiction Test), wykazuje zagrożenie uzależnieniem bądź uzależnienie od sieci, natomiast wśród użytkowników z grupy wiekowej 18-24 lata zagrożonych uzależnieniem jest 4,7%. Ponad połowa badanych wykazujących zagrożenie uzależnieniem od Internetu (53,6%) nie przekroczyła 22 roku życia.

Badania ESPAD prowadzone w województwie opolskim w 2015 r. wykazały, iż w przeciągu 7 dni przed badaniem z Internetu korzystało 96,5% gimnazjalistów i 96,8% ankietowanych uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych. Liczba godzin spędzanych przez uczniów w Internecie w typowym dniu roboczym, w przeciągu ostatnich 7 dni poprzedzających badanie wskazana przez największą ilość respondentów to 2-3 godz. (35% uczniów gimnazjów, 35,2% uczniowie ze szkół ponadgimnazjalnych). Więcej czasu, bo 4-5 godzin spędza w Internecie 17,2% gimnazjalistów oraz 17,7% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych. Sześć lub więcej godzin w Internecie w ciągu dnia spędza 15,3% respondentów z grupy młodszej i 15,6% z grupy starszej. Do najczęściej wybieranych form aktywności w Internecie przez opolską młodzież ze szkół gimnazjalnych należy obecność na portalach społecznościowych, wyszukiwanie informacji on-line oraz słuchanie muzyki i oglądanie filmów on-line. Starsi uczniowie najczęściej wykorzystują Internet do szukania informacji, słuchania muzyki i oglądania filmów oraz podejmowania aktywności na portalach społecznościowych.

Sektor gier i zakładów wzajemnych w Polsce w trakcie realizacji badań ESPAD obejmował 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 oraz różne internetowe formy hazardu. Dane zebrane w badaniu ESPAD w 2015 r. wskazują, że pewna część młodzieży miała za sobą doświadczenia uczestnictwa w grach hazardowych. Wśród gimnazjalistów takie doświadczenia posiadało 16,2% badanych, zaś wśród młodzieży ponadgimnazjalnej – 24,5%. Odsetki uczniów, którzy uprawiali gry hazardowe w województwie opolskim są niższe od średniej ogólnopolskiej.



**Wykres 18. Granie w gry hazardowe (tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać) wśród młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej województwa opolskiego w 2015 r.**



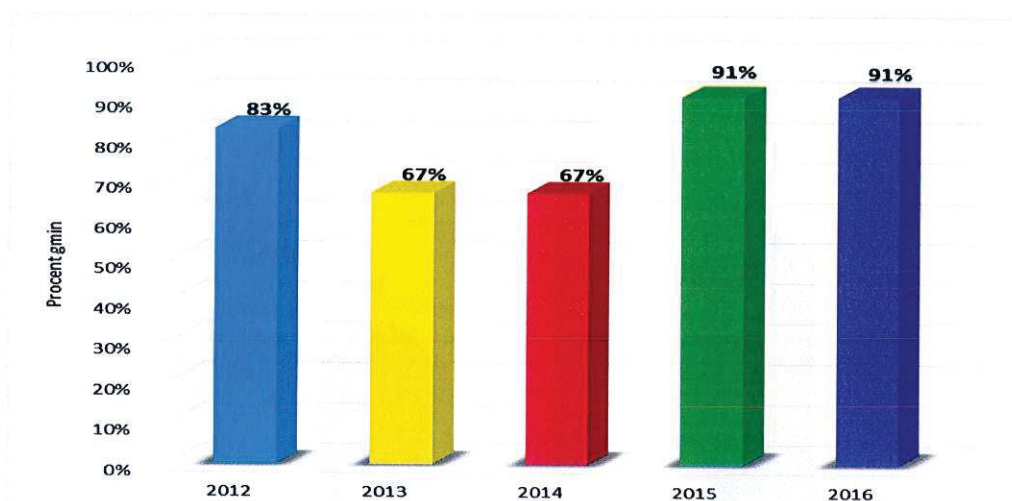
Źródło: badanie „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

## 2.2. Stan profilaktyki w województwie opolskim

Od roku 2012, corocznie przeprowadzano diagnozę stanu profilaktyki w gminach województwa opolskiego. Ostatnie badanie wykonano w 2017 r., uczestniczyły w nim wszystkie gminy województwa opolskiego. W badaniu dokonano analizy realizacji oraz planowania działań profilaktycznych w obszarze profilaktyki uzależnień. Głównym celem badania było oszacowanie oraz charakterystyka zrealizowanych działań w obszarze profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych.

Badanie wykazało, że w 2016 r. 91% gmin realizowało programy profilaktyczne dotyczące substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w jednostkach edukacyjnych. Warto zauważyć, że w latach 2015-2016 zatrzymany został trend spadkowy w liczbie gmin realizujących lub wspierających tego typu działania.

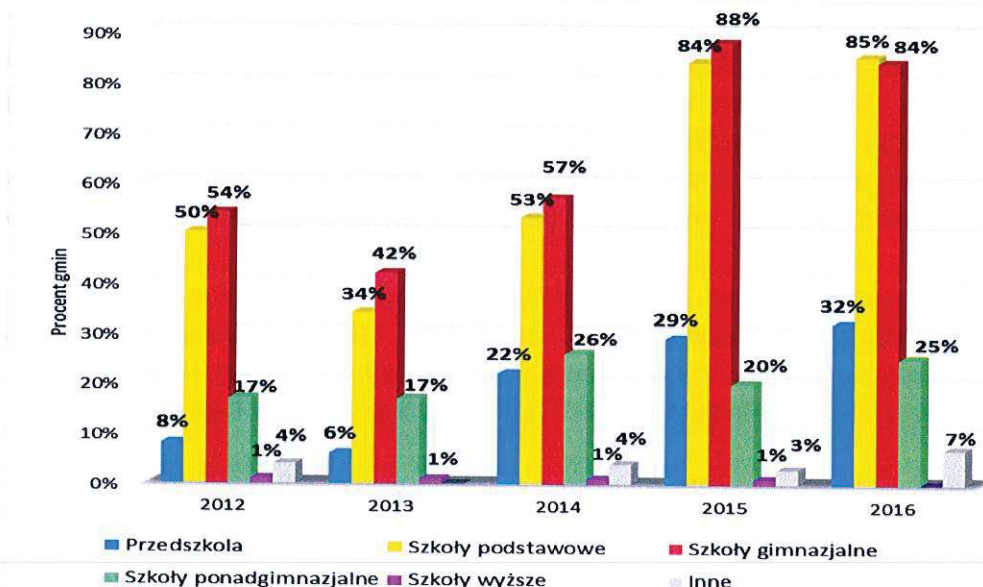
**Wykres 19. Procent gmin realizujących (wspierających realizację) programów profilaktycznych w jednostkach edukacyjnych w latach 2012-2016 w województwie opolskim.**



Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017.

W 2016 r. programy profilaktyczne najczęściej realizowane były w szkołach podstawowych i szkołach gimnazjalnych. Sukcesywnie wzrastała liczba gmin, w których programy profilaktyczne realizowane były w jednostkach przedszkolnych, co bezsprzecznie jest bardzo korzystnym trendem.

**Wykres 20. Liczba gmin w województwie opolskim realizujących programy profilaktyczne w jednostkach edukacyjnych w latach 2012-2016 (podział ze względu na typ jednostki).**

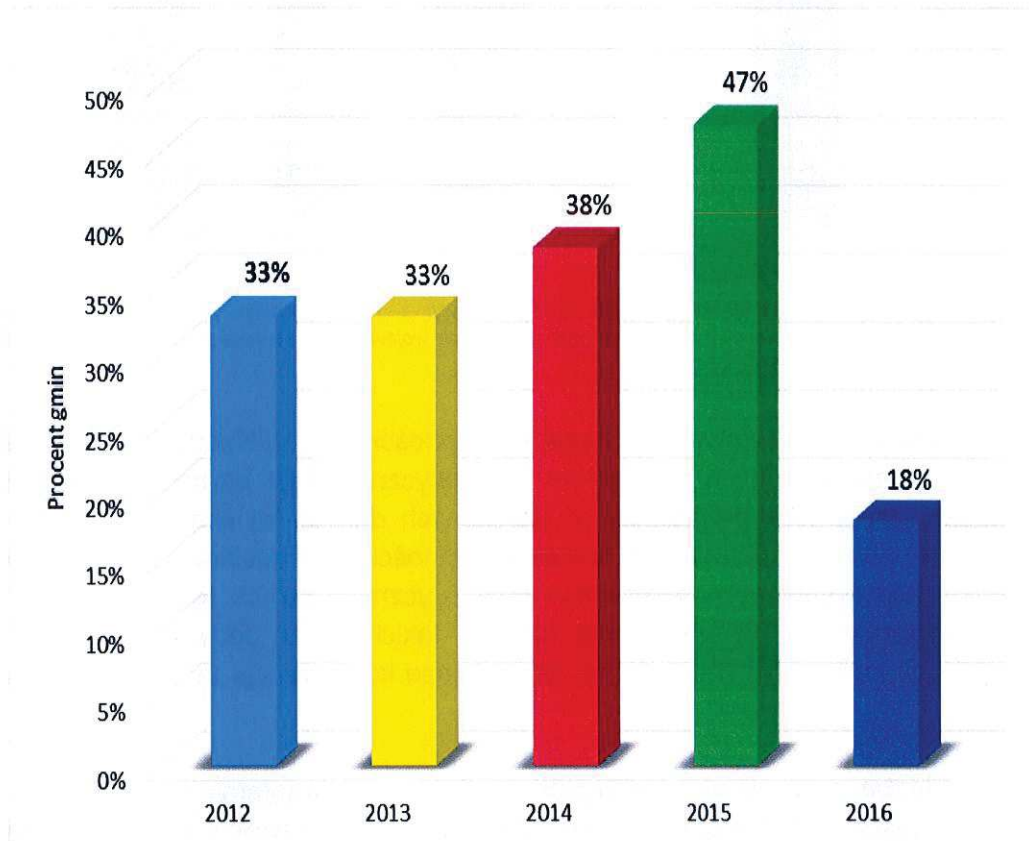


Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017



Niepokojący trend spadkowy daje się zauważyć w obszarze realizacji przez gminy programów rekomendowanych, które z założenia powinny dawać gwarancję uzyskania pozytywnych efektów profilaktycznych. Programy takie realizowane były w 13 gminach (18%). Najczęściej rekomendowane programy profilaktyczne realizowane były w gminach – miastach powiatowych, a najrzadziej w gminach wiejskich.

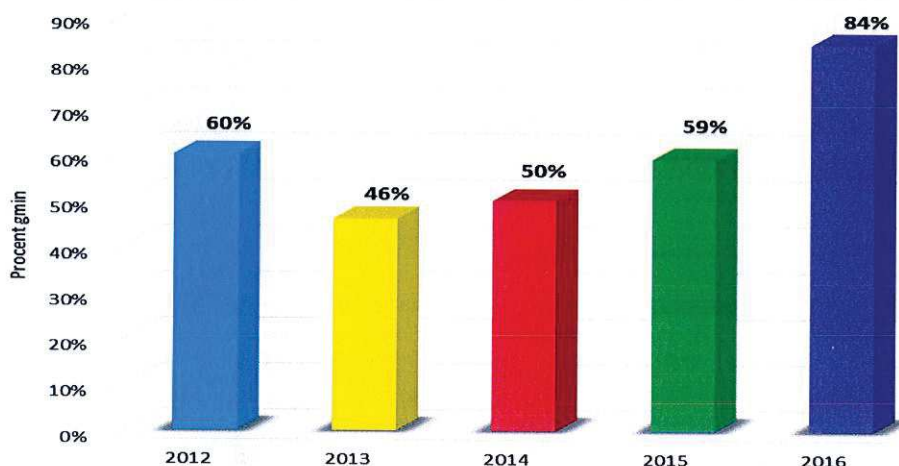
**Wykres 21. Liczba gmin w województwie opolskim deklarujących realizację rekomendowanych programów profilaktycznych na ich terenie w latach 2012-2016.**



Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017

Wyżej przedstawiona tendencja spadkowa dotycząca realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych rekompensowana jest w jakimś stopniu przez wzrost liczby realizacji nierekomendowanych programów profilaktycznych na terenie gmin województwa opolskiego w roku 2016, kiedy to 60 gmin (84%) województwa opolskiego zadeklarowało finansowanie lub współfinansowanie realizowanych na ich terenie nierekomendowanych programów profilaktycznych. W przypadku programów nierekomendowanych może zachodzić zwiększone ryzyko w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa uczestników w trakcie realizacji programu, osiągnięcia pozytywnych rezultatów oraz zapewnienia oceny skuteczności programu.

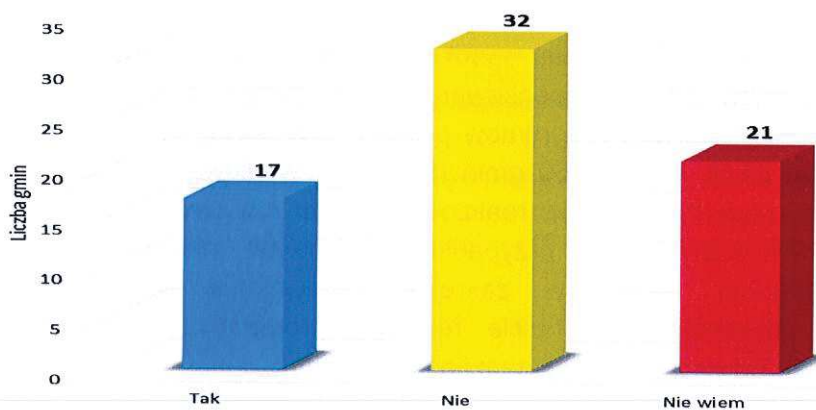
**Wykres 22. Liczba gmin w województwie opolskim wspierających realizację nierekomendowanych programów profilaktycznych w latach 2012 – 2016.**



Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017

Wiedza, jaką posiadają gminy, na temat dostępności osób posiadających kompetencje do realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych jest bardzo istotna m.in. dla realizacji przez gminy tych programów. Z uzyskanych danych wynika, iż 21 gmin (30%) deklaruje, że nie posiada informacji na temat dostępności osób posiadających kompetencje do realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych na ich terenie. Aż 32 gminy (46%) zadeklarowały, że na ich terenie nie ma takich osób. Jedynie 17 gmin (24%) zadeklarowało, iż na ich terenie są osoby, posiadające kompetencję do realizacji tego typu działań.

**Wykres 23. Liczba gmin w województwie opolskim posiadających wiedzę na temat dostępności osób kompetentnych w realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych.**

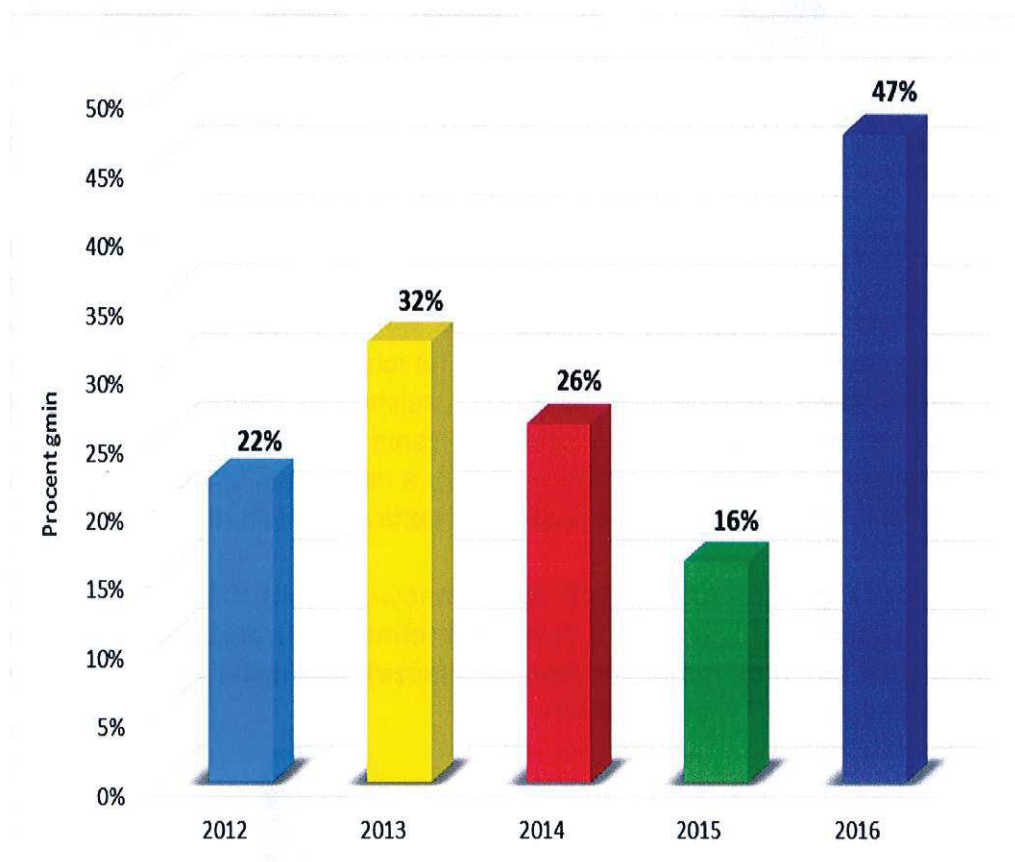


Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017



Współpraca z lokalną społecznością i partycypacyjne rozwiązywanie problemów, czy przeciwdziałanie im, to rekomendowane przez badaczy społecznych sposoby działania także w obszarze wyzwań związanych z uzależnieniami i zachowaniami ryzykownymi. W tym sensie, wzrost odnotowany w 2016 r. w zakresie wspierania przez gminy oddolnych inicjatyw należy interpretować pozytywnie. Jednocześnie warto mieć na uwadze swobodny związek niektórych działań z rekomendowanymi w literaturze przedmiotu formami profilaktyki. Przedmiotem troski w tym zakresie powinno być skuteczne połączenie aktywności społecznej z profesjonalnym podejściem do profilaktyki.

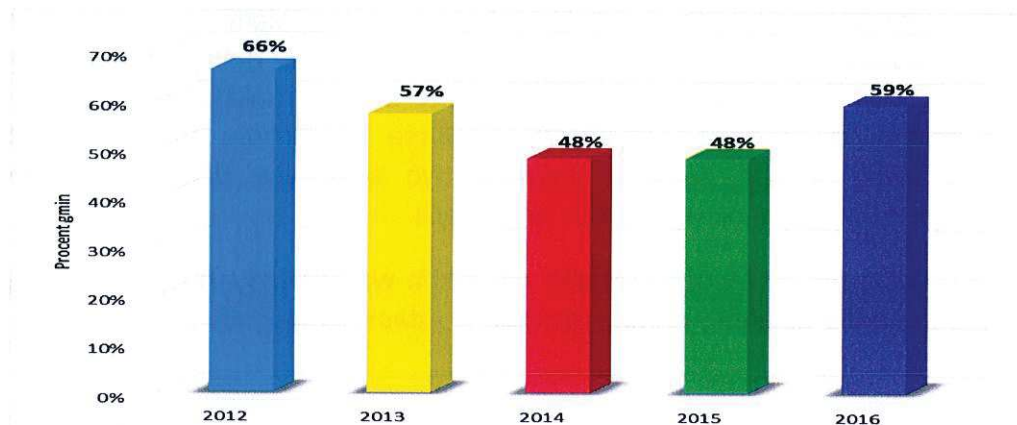
**Wykres 24. Liczba gmin w województwie opolskim wspierających oddolne inicjatywy społeczne w zakresie działań profilaktycznych w latach 2012-2016.**



Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017

Po dwóch latach stagnacji (2014-2015) w 2016 r. odnotowano wzrost odsetka gmin wspierających podnoszenie kompetencji osób realizujących działania profilaktyczne. W 2016 r. 42 gminy (59%) udzieliły takiego wsparcia. Kształcenie i podnoszenie kwalifikacji osób zaangażowanych w profilaktykę używania środków psychoaktywnych jest jednym z podstawowych działań pozytywnie wpływających na jakość profilaktyki. Gminy dysponują środkami finansowymi, które z powodzeniem są angażowane, lub mogłyby być angażowane w takie kształcenie. Aktywność gmin w tym zakresie jest szczególnie ważna w momencie, w którym dochodzi do fundamentalnych przekształceń w systemie edukacji.

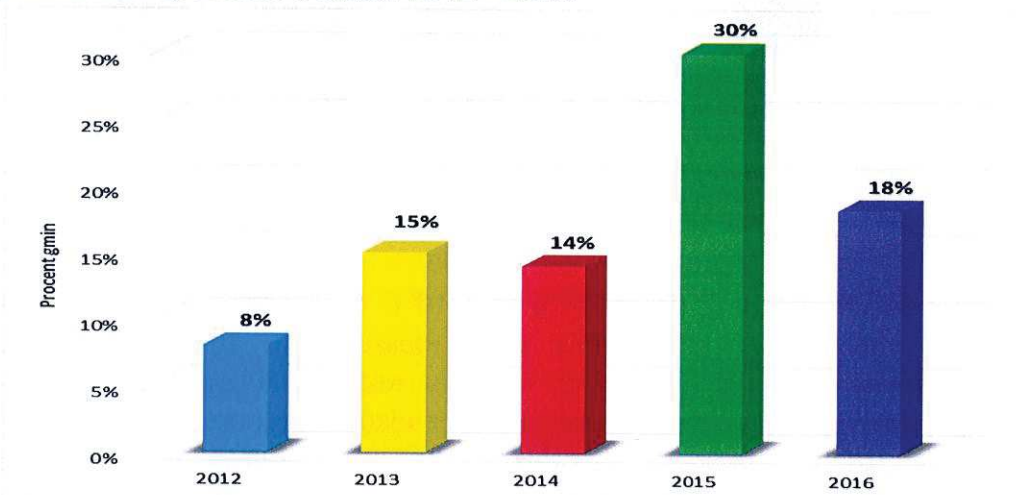
**Wykres 25. Liczba gmin w województwie opolskim wspierających podnoszenie kompetencji osób realizujących działania profilaktyczne w latach 2012-2016.**



Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017

W roku 2015 30% gmin wsparło realizację działań polegających na analizie i/lub oszacowaniu zjawiska uzależnienia na swoim terenie. W 2016 r. odsetek gmin finansujących tego typu działania zmniejszył się do 18%, co negatywnie wpływa na posiadaną przez samorządy wiedzę o problemach na ich terenie. Analiza danych wykazała, że gminy województwa opolskiego w roku 2016 najchętniej finansowały (dofinansowały) analizy i/lub oszacowania dotyczące rozpowszechnienia problemów narkotykowych (18%), zagadnień związanych z używaniem alkoholu (15%), a najrzadziej analizy i/lub oszacowania dotyczące problemu rozpowszechnienia uzależnień behawioralnych (8,3%).

**Wykres 26. Liczba gmin finansujących (dofinansujących) działania polegające na analizie i/lub oszacowaniu problemu rozpowszechnienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, tzw. dopalacze) oraz uzależnień behawioralnych w województwie opolskim w latach 2012 – 2016.**

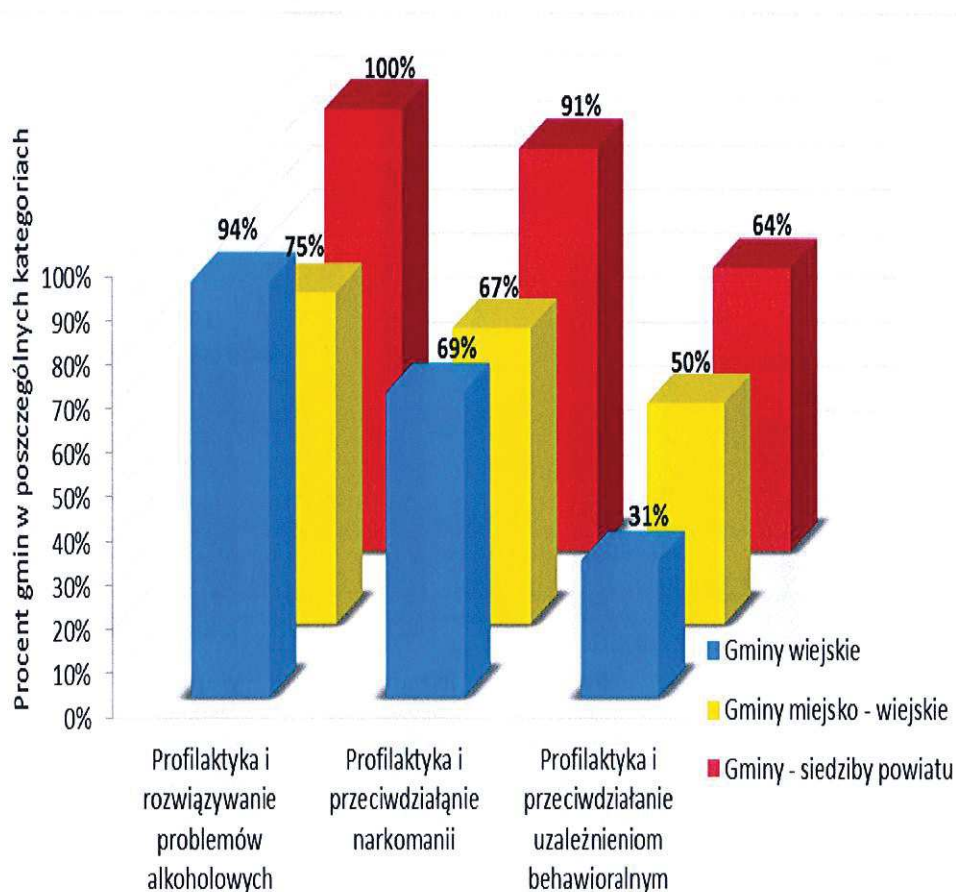


Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017



Gminy województwa opolskiego, za priorytetowe obszary działań profilaktycznych - które zaplanowane zostały do realizacji w roku 2017 - przyjęły głównie obszary związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Tego typu działania zaplanowały wszystkie gminy - siedziby powiatów, 94% gmin wiejskich oraz 75% gmin miejsko-wiejskich. Realizację działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii w 2017 r. ma zamiar podjąć 91% gmin - siedzib powiatu, 69% gmin wiejskich oraz 67% gmin miejsko-wiejskich. Najrzadziej planowanymi działaniami profilaktycznymi wśród gmin województwa opolskiego są działania z zakresu profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym. Z uzyskanych danych wynika (gminy miały możliwość wybrania wielu odpowiedzi), że tego rodzaju działania są planowane przez 64% gmin - siedzib powiatu, 50% gmin miejsko-wiejskich i 31% gmin wiejskich.

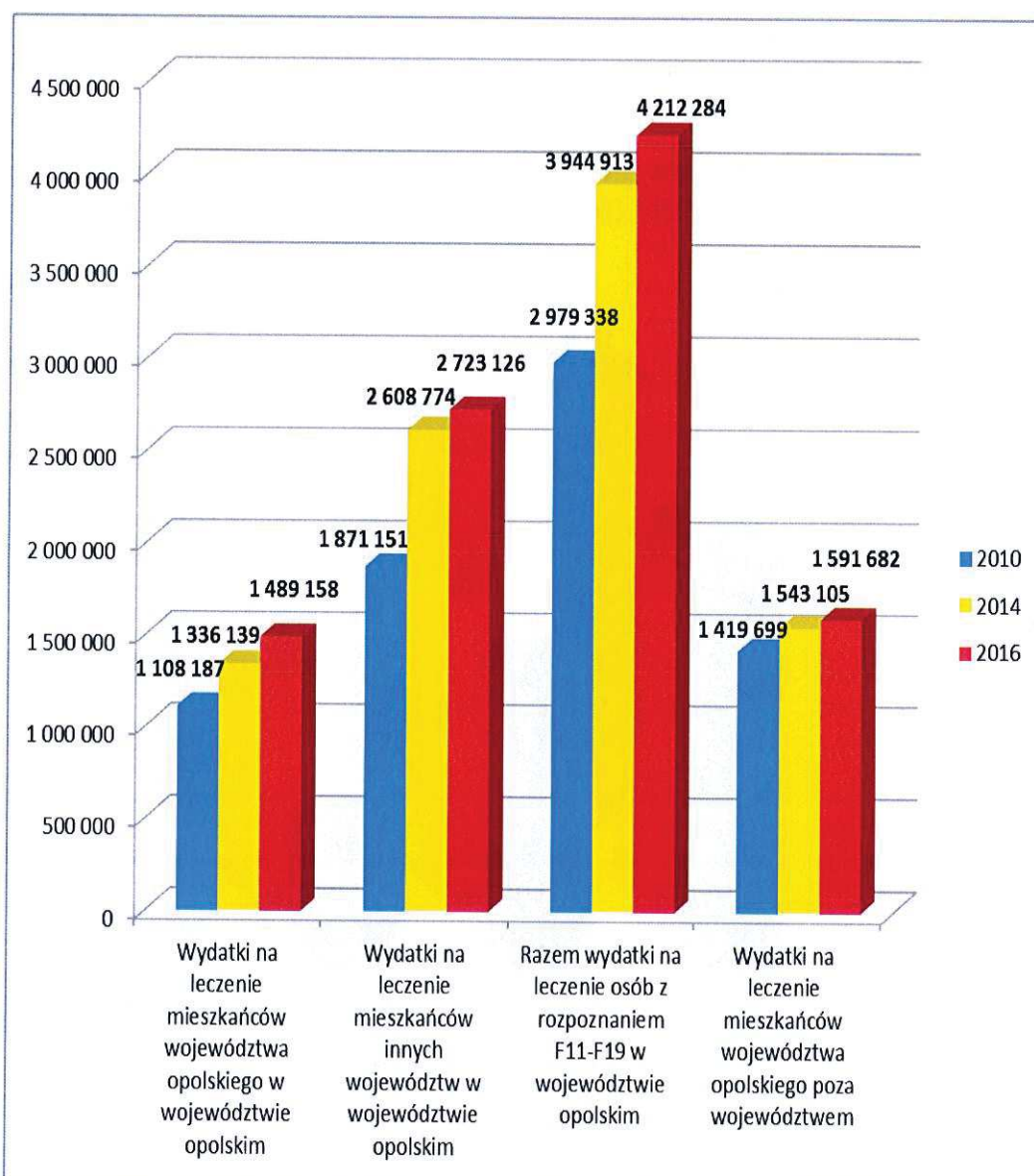
**Wykres 27. Obszary działań jakie priorytetowo powinny być wspierane przez gminy w trakcie ich realizacji w roku 2017 (procentowy rozkład odpowiedzi w podział na typ gminy).**



Źródło: Raport z realizacji oraz planowania działań profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w gminach województwa opolskiego w 2016 r., opr. M.Wanke, D. Zawora, Opole 2017

### 2.3. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych według danych z leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego.

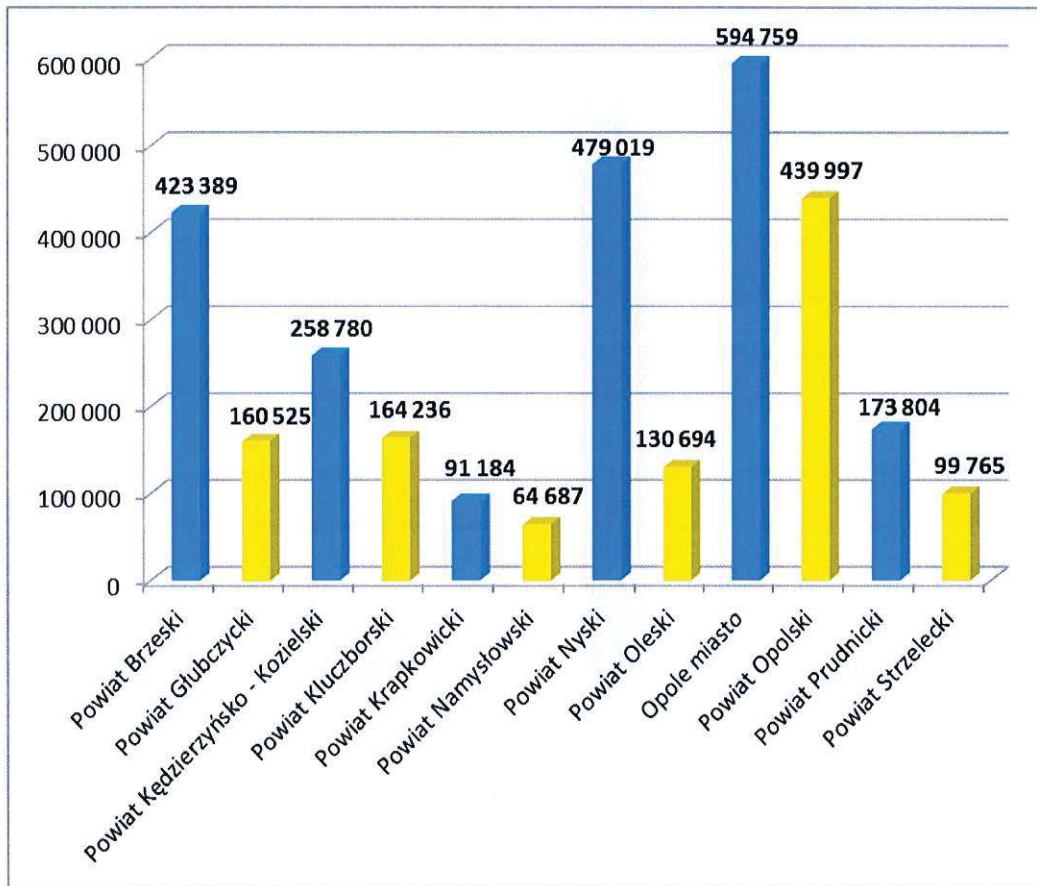
**Wykres 28. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim z rozpoznaniem F11-F19 na podstawie miejsca zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń w latach: 2010, 2014 i 2016.**



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.



**Wykres 29. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego z rozpoznaniem F11-F19 na podstawie powiatu zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok.**



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

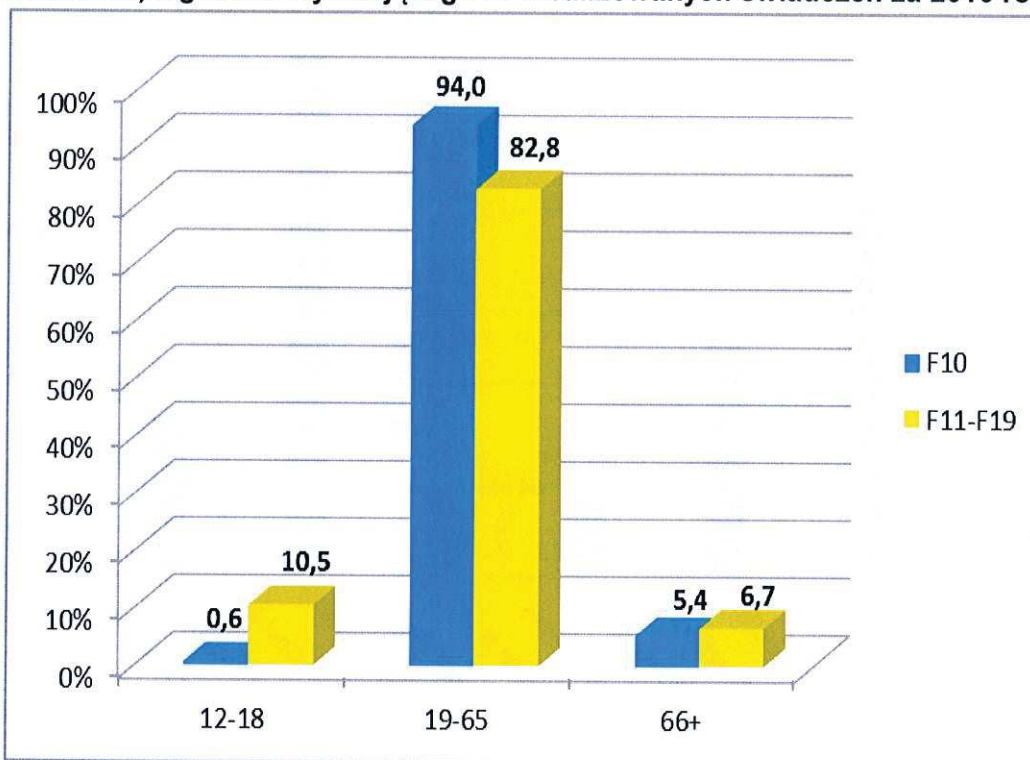
W 2010 r. w województwie opolskim w lecznictwie psychiatrycznym (w skład, którego wchodzi leczenie uzależnień) było 722 pacjentów mieszkańców województwa z rozpoznaniem F11-F19 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. W 2014 r. takich pacjentów było 1.032, a w 2016 r. ich liczba wynosiła również 1.032. Liczba pacjentów lecznictwa psychiatrycznego oraz podstawowej opieki zdrowotnej z rozpoznaniem F11-F19 z województwa opolskiego w 2010 r. wynosiła 915, w 2014 r. 1.172, a w 2016 r. 1.190<sup>3</sup>.

Spośród 1.032 pacjentów (mieszkańców województwa opolskiego w 2016 r.) z rozpoznaniem F11-F19 leczących się w lecznictwie psychiatrycznym 82,8% było w wieku 19-65 lat, 6,7% było w wieku 66 i więcej lat, a 10,5% w wieku 12-18 lat. W przypadku rozpoznania F11-F19 dominują bezwzględnie pacjenci w wieku aktywności zawodowej, co odróżnia tę grupę pacjentów np. od osób z rozpoznaniem organicznych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń nastroju – afektywnych, w których występuje większy odsetek pacjentów w wieku 66 i więcej lat<sup>4</sup>.

<sup>3</sup>Dane w akapicie przekazane z OOWNFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

<sup>4</sup>Dane w akapicie przekazane z OOWNFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

**Wykres 30. Zestawienie procentowe pacjentów – mieszkańców województwa opolskiego – leczący się w lecznictwie psychiatrycznym według rozpoznania (F10 i F11-F19) z podziałem na grupy wiekowe (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok.**

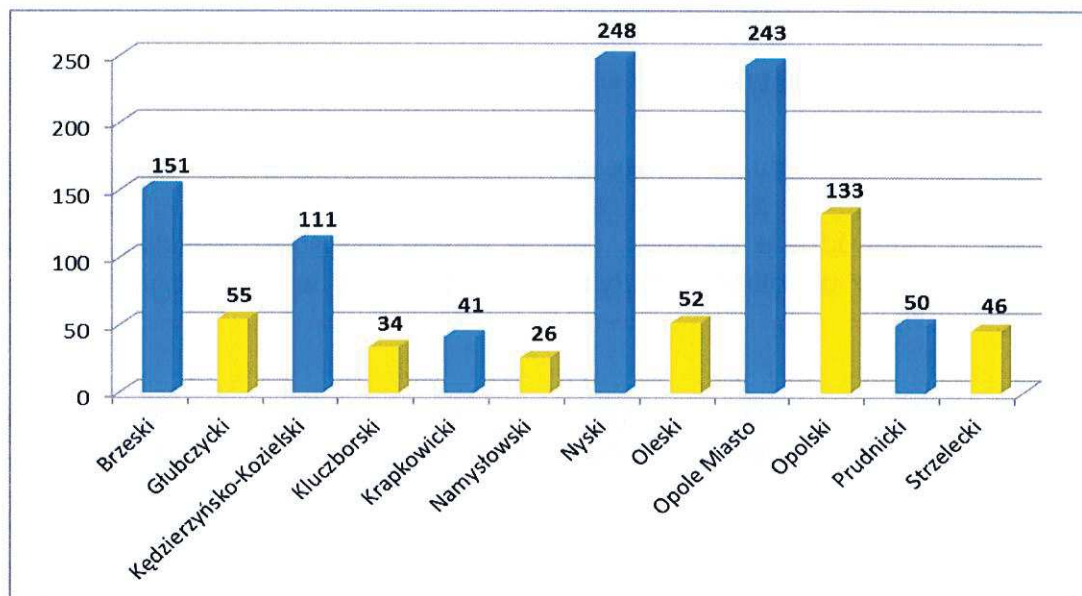


Źródło: obliczenia własne w oparciu o dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

Zestawienie danych pokazuje, że w kategorii diagnostycznej F11-F19 jest więcej osób z grupy wiekowej 12-19 niż w przypadku osób leczących się z rozpoznaniem F10. Wskazuje to na potrzebę wzmocnienia działań profilaktycznych skierowanych do młodzieży w obszarze używania narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych. Wyraźna jest także w powyższym kontekście potrzeba realizacji uprzedzających działań profilaktycznych adresowanych już do dzieci w wieku przedszkolnym oraz w pierwszych klasach szkoły podstawowej. Jedną z fundamentalnych kwestii dotyczącą profilaktyki używania środków psychoaktywnych przez dzieci i młodzież jest zaangażowanie i współpraca rodziców. Ich wsparcie dla profilaktyki warunkuje jej pozytywne efekty.

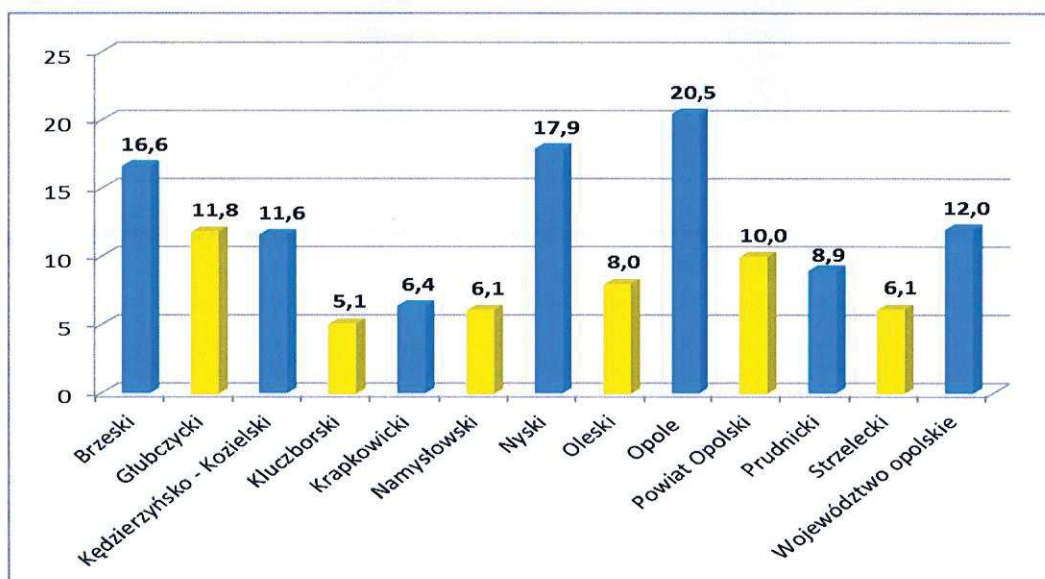


**Wykres 31. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem "F11-F19" (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych) z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok. Liczba pacjentów 1.190 .**



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

**Wykres 32. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem „F11-F19” (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych) na 10 tys. ludności z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok.**



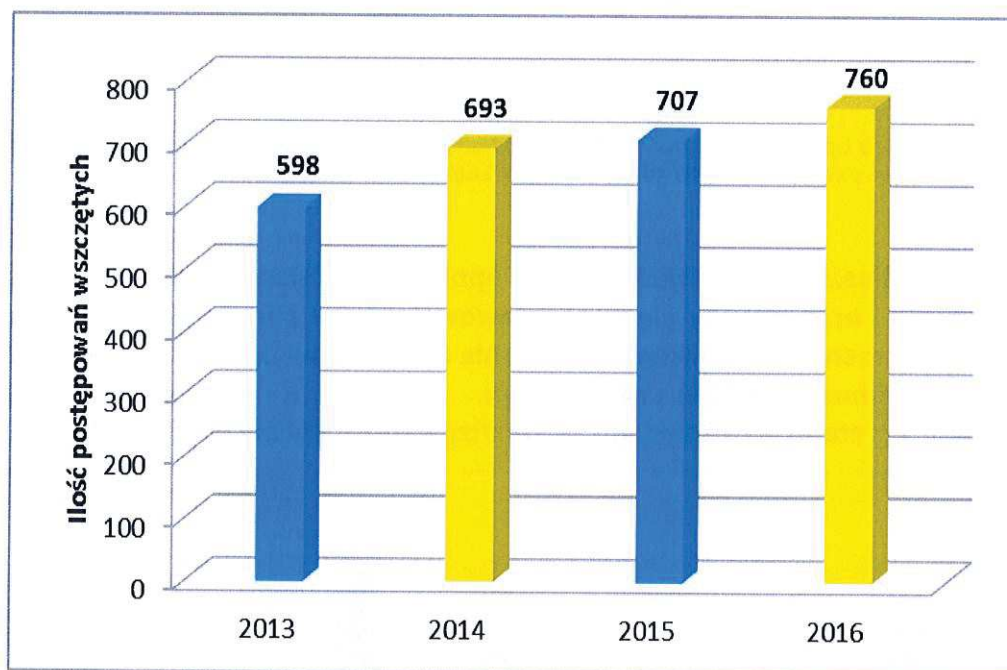
Źródło: obliczenia własne w oparciu o dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

Liczba osób leczących się w lecznictwie psychiatrycznym oraz w podstawowej opiece zdrowotnej w związku z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w poszczególnych powiatach, wskazuje na rozpowszechnienie problemów narkotykowych w Opolu i w powiatach nyskim oraz brzeskim.

#### 2.4. Przestępczość narkotykowa w województwie opolskim<sup>5</sup>

Informacja z zakresu przestępczości narkotykowej obejmuje dane dotyczące przestępstw wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Przestępczość narkotykowa w województwie opolskim, dotyczy przede wszystkim posiadania substancji psychoaktywnych oraz udzielania i dystrybucji tych substancji w celu osiągnięcia korzyści majątkowej.

**Wykres 33. Liczba wszczętych postępowań z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na terenie działania Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu w latach 2013-2016.**

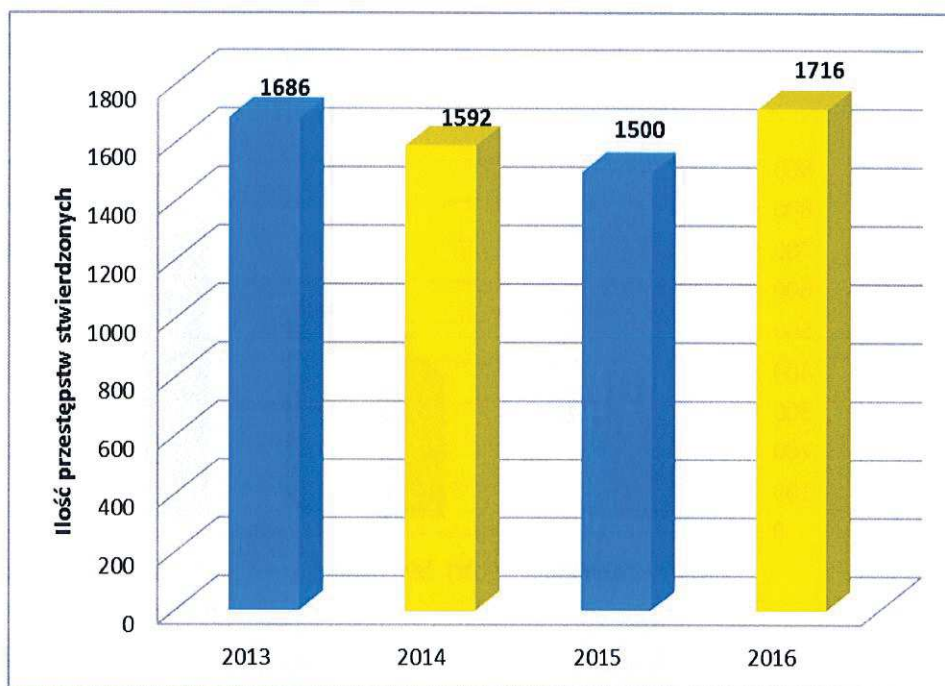


Źródło: Dane pochodzą ze strony <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przestepczosc-narkotyki/50892,Przestepczosc-narkotykowa.html> i dalej. Data pobrania: 21.07.2017 r.

<sup>5</sup> Dane pochodzą z Komendy Wojewódzkiej Policji, nr pisma: WS-I-076.2.2431.2014.HG z dn. 24.10.2014r. oraz nr pisma: E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r. a także pochodzą ze strony <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przestepczosc-narkotyki/50892,Przestepczosc-narkotykowa.html> (i dalej). Data pobrania: 21.07.2017 r.



**Wykres 34. Liczba przestępstw stwierdzonych przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii na terenie działania Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu w latach 2013 – 2016.**



Źródło: Dane pochodzą ze strony <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przestepczosc-narkotyk/50892,Przestepczosc-narkotykowa.html> i dalej. Data pobrania: 21.07.2017 r.

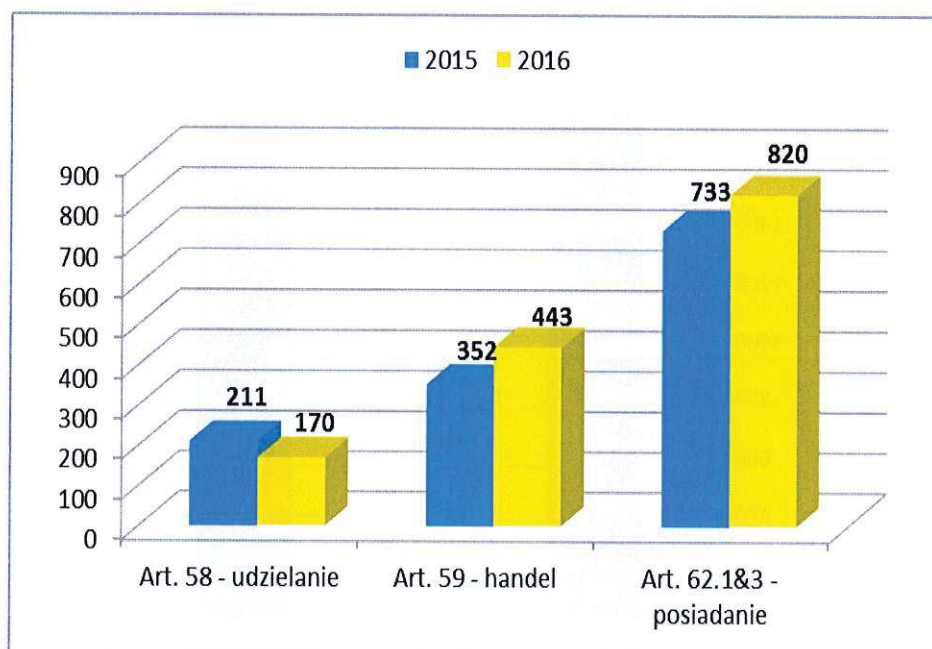
Porównując lata 2013-2016 należy stwierdzić, iż w statystykach policyjnych przestępczość narkotykowa na terenie województwa opolskiego początkowo spadała, jednak w roku 2016 wzrosła o 216 przestępstw<sup>6</sup>.

Większość respondentów w badaniu ESPAD 2015 r. w województwie opolskim, orientuje się, gdzie można kupić marihuanę lub haszysz. Odsetek badanych znających takie miejsca jest wyższy wśród starszej młodzieży (52,7%), niż młodszej (41,7%). Gimnazjaliści najczęściej wymieniali w tym kontekście ulicę i park (22,7%) mieszkanie dealera (15,5%), dyskotekę i bar (15,4%) oraz szkołę (15,9%). Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych najczęściej wspominali o ulicy i parku (25,4%), następnie o szkole (24,4%), dyskotece (22,9%), i mieszkaniu dealera (21,6%). W obu grupach badanych na końcu rankingu ulokował się Internet (9,7% w przypadku gimnazjalistów i 10,7% w starszej grupie wiekowej).

Do najczęściej popełnianych przestępstw przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii dochodziło w zakresie posiadania, udzielania i handlu środkami psychoaktywnymi, co obrazuje poniższy wykres.

<sup>6</sup> Dane pochodzą ze strony <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przestepczosc-narkotyk/50892,Przestepczosc-narkotykowa.html> i dalej. Data pobrania: 21.07.2017 r.

**Wykres 35. Najczęściej popełniane przestępstwa przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii na terenie działania Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu w latach 2015 – 2016.**



Źródło: Dane pochodzą z Komendy Wojewódzkiej Policji, nr pisma: E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r

### 3. Cele programu

#### 3.1 Cel strategiczny

Inspirowanie i kreowanie przedsięwzięć oddziaływujących w kierunku rozwiązywania problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego związanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.

#### 3.2 Cele operacyjne i zadania

Cel strategiczny wynika z przyjętych celów operacyjnych. Dla określenia celów operacyjnych wykorzystano w niniejszym programie zapisy „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020” przyjętego Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz.U. z 2016 poz.1492 z dnia 16.09.2016 r.).

W związku z powyższym WPPN ma następujące **cele operacyjne** :

- 1) Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku upowszechniania informacji i edukacji prozdrowotnej w obszarze używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.
- 2) Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii.
- 3) Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku rozwijania inicjatyw profilaktycznych oraz upowszechnienia standardów profilaktycznych dotyczących używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.
- 4) Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.



- 5) Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku monitorowania sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych dotyczących substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.

Wskazane wyżej cele realizowane byłyby poprzez wskazane niżej zadania.

Ad. Cel operacyjny nr 1

- 1.1 Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci, młodzieży i rodziców na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, a także z pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia.
- 1.2 Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie.

Ad. Cel operacyjny nr 2

- 2.1 Promowanie i wspieranie prowadzenia doskonalenia kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą dotyczącego wczesnego rozpoznawania zagrożenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, NSP oraz umiejętności i podejmowania interwencji profilaktycznej.
- 2.2 Promowanie i wspieranie szkolenia grup zawodowych, w szczególności takich jak: lekarze psychiatry, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych.
- 2.3 Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, kierowanych w szczególności do przedstawicieli organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego.

Ad. Cel operacyjny nr 3

- 3.1 Upowszechnianie standardów jakości w zakresie profilaktyki narkomanii.
- 3.2 Realizacja następujących zadań w wyszczególnionych obszarach profilaktyki:
  - 3.2.1 Profilaktyka uniwersalna:
    - 3.2.1.1 Działania w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty, upowszechniania oraz wdrażania programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, osób dorosłych, w tym programów profilaktyki, które biorą pod uwagę wspólne czynniki chroniące i czynniki

ryzyka używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych, w szczególności zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

- 3.2.1.2 Działania w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty, upowszechniania oraz wdrażania programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

### 3.2.2 Profilaktyka selektywna:

- 3.2.2.1 Działania w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty i wspierania realizacji programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe i lokalnie działające podmioty publiczne w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby).

- 3.2.2.2 Działania w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty i wspierania realizacji programów wczesnej interwencji i profilaktyki selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny.

### 3.2.3 Profilaktyka wskazująca:

- 3.2.3.1 Działania w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty i wspierania realizacji programów profilaktyki wskazującej o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do jednostek lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka, w szczególności do osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP w sposób szkodliwy, w tym w szczególności zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

## Ad. Cel operacyjny nr 4

- 4.1 Działania w kierunku wsparcia i promocji realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi - HIV, HBV, HCV itd.), testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych (HIV, HBV i HCV) oraz działania profilaktyczne dotyczące HIV/AIDS.



- 4.2 Działania w kierunku promowania rozwijania i wspierania sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu.
- 4.3 Działania w kierunku promowania rozwijania dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP.
- 4.4 Promowanie wspierania programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP.
- 4.5 Promowanie wspierania zwiększania oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP lub promowanie i wspieranie zwiększania dostępności do istniejących form wsparcia.

Ad. Cel operacyjny nr 5

- 5.1 Realizacja badań ilościowych w populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej, prowadzonych co najmniej co cztery lata według metodologii Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).
- 5.2 Analiza danych na temat aktywności jednostek samorządu terytorialnego w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające, substancje psychotropowe i NSP.
- 5.3 Oddziaływania w kierunku rozwoju i konsolidacji monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych.

### 3.3. Wskaźniki oraz wskaźniki szablonowe

Założeniem WPPN jest posługiwanie się jak najbardziej uproszczonymi, a jednocześnie uniwersalnymi dla wszystkich celów operacyjnych wskaźnikami. Jednocześnie dane do wskaźników powinny być łatwo osiągalne. Zakłada się też możliwość dodania w trakcie realizacji programu nowych wskaźników oraz modyfikacji już przyjętych. Ponadto wskaźniki powinny wiązać się realnie z zadaniami. Zostaną zastosowane następujące wskaźniki :

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

Przyjęte rozwiązanie uzupełniające to szablony wskaźnikowe stosowane do zadań o określonym charakterze np. szkoleniowym i edukacyjnym. „Owskaźnikowanie” poszczególnych zadań tego typu pozwoli na uzyskanie dalszych informacji odnośnie realizacji przedsięwzięć. Poniżej przedstawione są szablony wskaźnikowe.

Szablon wskaźnikowy wersja „A” zadania szkoleniowe :

- 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.

Szablon wskaźnikowy wersja „B” zadania edukacyjne (konferencje, spotkania robocze, itp.) :

- 1) Liczba uczestników przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 2) Liczba dni przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 3) Liczba godzin przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 4) Liczba podmiotów, które reprezentowali uczestnicy przedsięwzięcia edukacyjnego.

### **3.4. Komentarz**

Realizacja WPPN w latach 2018-2025 będzie miała charakter ciągły i otwarty z zachowaniem elastyczności umożliwiającej odpowiednie, profesjonalne reagowanie na dynamiczną sytuację, szczególnie w obszarze związanym z profilaktyką adresowaną do dzieci i młodzieży.

## **4. Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii**

- Instytucje oświatowe w województwie opolskim,
- Komenda Wojewódzka Policji w Opolu,
- Kościoły i związki wyznaniowe w województwie opolskim,
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- Krajowe Centrum ds. AIDS,
- Mass media w województwie opolskim,
- Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Opolu,
- Organizacje pozarządowe w województwie opolskim,
- Podmioty medyczne w województwie opolskim,
- Powiaty i gminy województwa opolskiego,
- Sądy w województwie opolskim,
- Uczelnie w województwie opolskim,
- Wojewoda Opolski.

## **5. Organizacja i finanse**

Wojewódzki program przeciwdziałania narkomanii realizowany jest przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego. Za realizację programu odpowiada Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień, który współdziała w zakresie wykonywanych zadań z właściwymi komórkami organizacyjnymi Urzędu Marszałkowskiego i z innymi instytucjami oraz organizacjami.

Zadania w ramach WPPN na lata 2018-2025 finansowane będą z dochodów budżetu województwa opolskiego pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu. Wydatki ujęte będą w budżecie województwa w dziale 851, w rozdziałach 85153 oraz 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 WPPN zostaną



w pełnej wysokości odtworzone w budżecie następnego roku lub następnych dwóch lat z przeznaczeniem na realizację ww. programu.

## 6. Spis wykresów

1. Wykres 1. Używanie różnych substancji psychoaktywnych chociaż raz w życiu przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną w 2015 r. w województwie opolskim w %. – strona 5
2. Wykres 2. Używanie marihuany lub haszyszu chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015, w województwie opolskim – strona 6
3. Wykres 3. Używanie marihuany lub haszyszu chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015, w województwie opolskim – strona 6
4. Wykres 4. Używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat, w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 7
5. Wykres 5. Używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat, w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 7
6. Wykres 6. Używanie amfetaminy i metamfetaminy chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 8
7. Wykres 7. Używanie amfetaminy i metamfetaminy chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 8
8. Wykres 8. Używanie substancji wziewnych chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 9
9. Wykres 9. Używanie substancji wziewnych chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 9
10. Wykres 10. Używanie LSD i innych halucynogenów chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 10
11. Wykres 11. Używanie LSD i innych halucynogenów chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 10

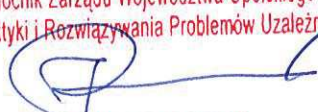
12. Wykres 12. Używanie kokainy chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 11
13. Wykres 13. Używanie kokainy chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 11
14. Wykres 14. Używanie ekstazy chociaż raz w życiu przez kobiety w wieku 15/16 lat i kobiety w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 12
15. Wykres 15. Używanie ekstazy chociaż raz w życiu przez mężczyzn w wieku 15/16 lat i mężczyzn w wieku 17/18 lat (w %), w latach 1995, 2005 i 2015 w województwie opolskim – strona 12
16. Wykres 16. Zatrucia/podejrzenia zatruc dopalaczami w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 14
17. Wykres 17. Używanie dopalaczy chociaż raz w życiu przez młodzież wieku 15/16 lat i młodzież w wieku 17/18 lat (w %), w latach 2011 i 2015 w województwie opolskim – strona 14
18. Wykres 18. Granie w gry hazardowe (tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać) wśród młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej województwa opolskiego w 2015 r. – strona 16
19. Wykres 19. Procent gmin realizujących (wspierających realizację) programów profilaktycznych w jednostkach edukacyjnych w latach 2012-2016 w województwie opolskim – strona 17
20. Wykres 20. Liczba gmin w województwie opolskim realizujących programy profilaktyczne w jednostkach edukacyjnych w latach 2012-2016 (podział ze względu na typ jednostki) – strona 17
21. Wykres 21. Liczba gmin w województwie opolskim deklarujących realizację rekomendowanych programów profilaktycznych na ich terenie w latach 2012-2016 – strona 18
22. Wykres 22. Liczba gmin w województwie opolskim wspierających realizację nierekomendowanych programów profilaktycznych w latach 2012 – 2016 – strona 19
23. Wykres 23. Liczba gmin w województwie opolskim posiadających wiedzę na temat dostępności osób kompetentnych w realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych – strona 19
24. Wykres 24. Liczba gmin w województwie opolskim wspierających oddolne inicjatywy społeczne w zakresie działań profilaktycznych w latach 2012-2016 – strona 20
25. Wykres 25. Liczba gmin w województwie opolskim wspierających podnoszenie kompetencji osób realizujących działania profilaktyczne w latach 2012-2016 – strona 21



26. Wykres 26. Liczba gmin finansujących (dofinansowujących) działania polegające na analizie i/lub oszacowaniu problemu rozpowszechnienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, tzw. dopalacze) oraz uzależnień behawioralnych w województwie opolskim w latach 2012 – 2016 – strona 21
27. Wykres 27. Obszary działań jakie priorytetowo powinny być wspierane przez gminy w trakcie ich realizacji w roku 2017 (procentowy rozkład odpowiedzi w podział na typ gminy) – strona 22
28. Wykres 28. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim z rozpoznaniem F11-F19 na podstawie miejsca zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń w latach : 2010, 2014 i 2016 – strona 23
29. Wykres 29. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego z rozpoznaniem F11-F19 na podstawie powiatu zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok – strona 24
30. Wykres 30. Zestawienie procentowe pacjentów – mieszkańców województwa opolskiego – leczący się w lecznictwie psychiatrycznym według rozpoznania (F10 i F11-F19) z podziałem na grupy wiekowe (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok – strona 25
31. Wykres 31. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem "F11-F19" (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych) z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok. Liczba pacjentów 1.190 – strona 26
32. Wykres 32. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem „F11-F19” (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych) na 10 tys. ludności z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok – strona 26
33. Wykres 33. Liczba wszczętych postępowań z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na terenie działania Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu w latach 2013-2016 – strona 27
34. Wykres 34. Liczba przestępstw stwierdzonych przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii na terenie działania Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu w latach 2013 – 2016 – strona 28
35. Wykres 35. Najczęściej popełniane przestępstwa przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii na terenie działania Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu w latach 2015 – 2016 – strona 29

Wersja 14.11.2017

Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego  
ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień



Jacek Ruszczewski

WICEMARSZAŁEK



Roman Kolek

