UCHWAŁA Nr XXV/289/2026
Sejmiku Województwa Opolskiego
z dnia 31 marca 2026r.

w sprawie przyjęcia Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030

Na podstawie art. 12a ust. 2c i art. 18 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581 z późn. zm.) w związku z art. 16b i art. 21 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. 1214 z późn. zm.), Sejmik Województwa Opolskiego uchwala, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się Strategię Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030, która stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Opolskiego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

Przewodniczący Sejmiku
RAFAŁ BARTEK

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 12a ust. 2c, art. 18 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2025 r. poz. 581 z późn. zm.), w związku z art. 16b i art. 21 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.) do zadań samorządu województwa należy opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.

Z uwagi na zakończenie okresu obowiązywania „Wojewódzkiej strategii w zakresie polityki społecznej na lata 2016-2025", w związku z art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 1378) oraz w związku z uchwałą nr XVI/190/2025 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 maja 2025 r. został przygotowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu projekt nowej Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030. Dokument ten został opracowany przy udziale Zespołu powołanego Zarządzeniem Marszałka Województwa Opolskiego nr 78/2025 z dnia 27 czerwca 2025 r. składającego się z przedstawicieli ROPS, departamentów UMWO, samorządów terytorialnych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, przedstawicieli organizacji pozarządowych, środowisk naukowych tj. szkół wyższych funkcjonujących w regionie oraz ekspertów zajmujących się polityką społeczną. Jednocześnie Regionalny Dyrektor Ochrony Środowiska w Opolu wydał opinię o braku potrzeby przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania Strategii na środowisko. Projekt Strategii został przekazany również do konsultacji przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego i uzyskał opinię pozytywną. Zgodnie z art. 10a ust. 2 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. z 2025 r. poz. 198) przygotowano raport ewaluacyjny dla projektu Strategii, zawierający uprzednio przeprowadzoną ewaluację trafności, przewidywanej skuteczności i efektywności realizacji Strategii. Wyniki raportu wsparły proces tworzenia dokumentu.

Konsultacje projektu Strategii przeprowadzone zostały w oparciu o Regulamin konsultacji społecznych przyjęty przez ZWO uchwałą nr 4604/2026 z dnia 26 stycznia 2026 r. Regulamin określił przebieg konsultacji, ich zasad i tryb opierając się na wymogach ustaw. Konsultacje społeczne projektu Strategii rozpoczęły się 27 stycznia i trwały do 2 marca 2026 r. Z przebiegu konsultacji sporządzono Sprawozdanie przedstawiające sposób rozpatrzenia uwag zgłoszonych do projektu Strategii, które następnie zostało zatwierdzone przez Zarząd Województwa Opolskiego. Projekt Strategii był również konsultowany z powiatami zgodnie z art. 21 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Projekt Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2026 po konsultacjach społecznych został przyjęty przez ZWO.

Strategia Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030 obejmuje również:

1. Wojewódzki program wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu na lata 2026-2030;

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

Strategia Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030 jest zarówno kontynuacją działań prowadzonych w ramach „Wojewódzkiej strategii w zakresie polityki społecznej na lata 2016-2025", jak i wprowadza nowe priorytety, wynikające z potrzeb mieszkańców Województwa Opolskiego, kierunków europejskiej i krajowej polityki społecznej, nakreśla wprowadzenie zmian poprzez nowe inwestycje społeczne, usługi społeczne, deinstytucjonalizację, nową jakość służb społecznych oraz współpracę i partnerstwo społeczne. Ponadto jest źródłem informacji dotyczących sytuacji wewnętrznej województwa i wiedzy o poziomie realizacji polityki społecznej zarówno dla instytucji i podmiotów publicznych, organizacji pozarządowych, jak i społeczności lokalnych oraz wszystkich zainteresowanych problematyką społeczną regionu. Pokazuje nie tylko obszary deficytu działań, ale również obszary, w których efektywna interwencja służb pomocy i aktywnej integracji pomaga w działaniach na rzecz podnoszenia jakości życia mieszkańców Województwa Opolskiego.

Mając powyższe na uwadze, uznaje się, że podjęcie uchwały jest zasadne.

Załącznik
do Uchwały nr XXV/289/2026
Sejmiku Województwa Opolskiego
z dnia 31 marca 2026 r.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu

JEDNOSTKA SAMORZĄDU
Województwa Opolskiego

STRATEGIA POLITYKI SPOŁECZNEJ

WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO NA LATA 2026-2030

Opole, marzec 2026

SPIS TREŚCI

SŁOWO WSTĘPNE 5

WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ 7

WIZJA POLITYKI SPOŁECZNEJ W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM 12

PODSTAWA PRAWNA I ODNIESIENIA 14

KLUCZOWE CECHY WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO 19

DIAGNOZA SPOŁECZNA 25

Sytuacja społeczno-ekonomiczna województwa opolskiego 25

Sytuacja rodzin w województwie opolskim 28

Przemoc domowa 29

Klienci objęci pomocą środowiskową w ośrodkach pomocy społecznej 31

Zasoby pomocy społecznej 33

Piecza zastępcza 33

Kadra pomocy społecznej województwa opolskiego 37

Zasoby instytucjonalne pomocy i wsparcia 41

Ekonomia społeczna w województwie opolskim 42

Potrzeby i bariery w rozwoju usług społecznych w województwie opolskim 45

Główne wnioski wynikające z diagnozy społecznej 46

Wyzwania przyszłości polityki społecznej dla województwa opolskiego 48

ANALIZA SWOT OBSZARU POLITYKI SPOŁECZNEJ 49

Podsumowanie analizy SWOT 51

CELE STRATEGICZNE, DZIAŁANIA I ICH WSKAŹNIKI 53

Cel strategiczny 1: Rozwój spersonalizowanych, dopasowanych do potrzeb mieszkańców usług społecznych realizowanych w środowisku lokalnym 54

Cel strategiczny 2: Profesjonalizacja kadr pomocy i integracji społecznej 56

Cel strategiczny 3: Wzmocnienie i wsparcie funkcji opiekuńczo-wychowawczych rodzin oraz poprawa warunków sprzyjających stabilności i rozwojowi rodzin w województwie opolskim 58

WDRAŻANIE STRATEGII ORAZ RAMY FINANSOWE 61

Finansowanie realizacji 64

MONITORING STRATEGII 65

BIBLIOGRAFIA 68

SPIS RYSUNKÓW 68

SPIS TABEL 68

SPIS WYKRESÓW 69

SPIS MAP 69

ZAŁĄCZNIKI 70

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce *Strategię Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026–2030* — dokument, który wyznacza kierunki działań na najbliższe lata, mające na celu wzmocnienie spójności społecznej, przeciwdziałanie wykluczeniu oraz zapewnienie godnych warunków życia wszystkim mieszkańcom naszego regionu. Strategia Polityki Społecznej stanowi uzupełnienie i rozwinięcie zapisów Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego Opolskie 2030, koncentrując się na aspektach społecznych.

Województwo opolskie od lat mierzy się z wyzwaniami demograficznymi, migracyjnymi i społecznymi. Starzejące się społeczeństwo, zmniejszająca się liczba ludności, potrzeba wspierania rodzin, osób z niepełnosprawnościami, dzieci i młodzieży oraz seniorów — to tylko niektóre z obszarów, które wymagają naszej szczególnej uwagi. Odpowiedzialna i nowoczesna polityka społeczna musi nie tylko reagować na bieżące potrzeby, ale także przewidywać i kształtować przyszłość w duchu solidarności, równości szans i zrównoważonego rozwoju.

Szczególną rolę w realizacji strategii odegrają samorządy, instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz partnerzy lokalni, których codzienna praca i zaangażowanie tworzą fundament polityki społecznej w regionie. Kluczowe znaczenie ma również otwartość i zrozumienie jej idei przez włodarzy i decydentów, ponieważ to właśnie ich wrażliwość społeczna, świadomość wyzwań i gotowość do współpracy pozwolą skutecznie wdrażać działania służące mieszkańcom województwa.

Wierzymy, że wspólna realizacja celów i działań Strategii pozwoli budować Opolszczyznę jako region współpracy i wzajemnego wsparcia, przyjazny dla mieszkańców w każdym wieku, zapewniający dostęp do różnorodnych usług społecznych i sprzyjający aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym.

Zuzanna Donath-Kasiura
Wicemarszałkini
Województwa Opolskiego

Szymon Ogłaza
Marszałek
Województwa Opolskiego

WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ

AOON	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością
COM	Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne
COVID-19	Choroba zakaźna układu oddechowego wywoływana przez wirus SARS-CoV-2
CUS	Centrum Usług Społecznych
DPS	Dom Pomocy Społecznej
DDP	Dzienny Dom Pomocy
DI	Deinstytucjonalizacja
ES	Ekonomia społeczna
FEO 2021-2027	Fundusze Europejskie dla Opolskiego na lata 2021-2027
GUS	Główny Urząd Statystyczny
JST	Jednostka samorządu terytorialnego
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
NGO	Organizacja pozarządowa
Osoba starsza	osoba, która ukończyła 60. rok życia[1]
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
OzN	Osoby z niepełnosprawnościami -- według WHO są to osoby, które nie mogą,

[1] art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2024 r. poz. 834)

	częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego życia indywidualnego i społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych.
OPRES	Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2023-2027
OWES	Ośrodek Wparcia Ekonomii Społecznej
PCPR	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
PES	Podmiot ekonomii społecznej
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PS	Przedsiębiorstwo Społeczne
RKRES	Regionalny Komitet Rozwoju Ekonomii Społecznej
RPDI	Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Opolskiego na lata 2023-2025
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu
SRUS	Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)
SWO	Samorząd Województwa Opolskiego
SWOT	Mocne Strony, Słabe Strony, Szanse, Zagrożenia (ang. Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
ŚDS	Środowiskowy Dom Samopomocy
UE	Unia Europejska

UMWO	Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego
WTZ	Warsztat terapii zajęciowej
Usługi społeczne	Usługi społeczne oznaczają działania z zakresu: 1) polityki prorodzinnej, 2) wspierania rodziny, 3) systemu pieczy zastępczej, 4) pomocy społecznej, 5) promocji i ochrony zdrowia, 6) wspierania osób niepełnosprawnych, 7) edukacji publicznej, 8) przeciwdziałania bezrobociu, 9) kultury, 10) kultury fizycznej i turystyki, 11) pobudzania aktywności obywatelskiej, 12) mieszkalnictwa, 13) ochrony środowiska, 14) reintegracji zawodowej i społecznej – podejmowane przez gminę w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej, świadczone w formie niematerialnej bezpośrednio na rzecz osób, rodzin, grup społecznych, grup mieszkańców o określonych potrzebach lub ogółu mieszkańców[2].

[2] Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2026 poz. 165)

ZOL	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
ZAZ	Zakład aktywności zawodowej
ZPCh	Zakład pracy chronionej
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WIZJA POLITYKI SPOŁECZNEJ W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Wizja polityki społecznej naszego województwa to wizja regionu, w którym każdy mieszkaniec niezależnie od wieku, statusu społecznego i miejsca zamieszkania ma swobodny dostęp do wysokiej jakości usług społecznych oraz możliwość pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Województwo opolskie to region otwarty, solidarny i wrażliwy społecznie. Naszą misją jest stworzenie wspólnoty opartej na wzajemnym zaufaniu, partnerstwie i poczuciu bezpieczeństwa. Jest to możliwe dzięki wykorzystaniu wszystkich atutów, będących w posiadaniu naszego regionu. Jednym z nich jest położenie na terytorium Śląska Opolskiego. Doświadczenia historyczne naszego regionu ukształtowały społeczeństwo o bogatej mozaice etnicznej, co stanowi wartość dodaną i wzmacnia umiejętność współdziałania pomiędzy grupami o odmiennych tradycjach. Kolejnym atutem naszego regionu jest jego kompaktowość. Skala województwa opolskiego jest jego siłą – pozwala na budowanie bardziej spójnych wspólnot, ułatwia integrację i tworzenie sieci współpracy, a także sprzyja temu, by polityka społeczna była szyta na miarę lokalnych potrzeb.

Realizacja wizji opiera się na 4 filarach:

1. **Wsparcie rodziny[3] i systemu pieczy zastępczej**

Województwo opolskie ma być regionem, w którym rodzina pozostaje podstawą życia społecznego i kluczowym punktem odniesienia dla polityki społecznej. Szczególne znaczenie ma tu troska o dzieci, zwłaszcza te dorastające w trudnych warunkach. Chcemy, aby każde dziecko miało zapewnione poczucie bezpieczeństwa i możliwości rozwoju – zarówno w rodzinie biologicznej, jak i wtedy, gdy potrzebuje wsparcia systemu pieczy zastępczej.

2. **Rozwój społeczności lokalnych**

Województwo opolskie ma być regionem, w którym ważną rolę odgrywają lokalne wspólnoty, które są miejscem współpracy, wzajemnego wsparcia oraz budowania poczucia bezpieczeństwa i przynależności. Mieszkańcy są zaangażowani w sprawy

[3] Rodzina rozumiana jako podstawowa grupa społeczna oparta na trwałych więziach emocjonalnych, bliskości i wzajemnym zobowiązaniu, której członkowie wspólnie realizują zadania opiekuńcze, bytowe i wychowawcze.

swojego środowiska lokalnego, co sprzyja wzmacnianiu więzi społecznych i pozwala lepiej odpowiadać na zmieniające się potrzeby społeczności. Ważnym elementem tego procesu są inicjatywy oddolne podejmowane przez organizacje pozarządowe, uzupełniające działalność instytucji publicznych, przy jednoczesnym wsparciu ich działań.

3. Aktywność i integracja społeczna

Województwo opolskie ma być regionem, w którym osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami i inni mieszkańcy wymagający wsparcia w codziennym funkcjonowaniu mają realną możliwość uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym. Rozwój usług blisko miejsca zamieszkania, współpraca instytucji i lokalnych środowisk pozwala mieszkańcom zachować samodzielność i aktywność, a jednocześnie daje im możliwość skorzystania z pomocy wtedy, gdy jej potrzebują.

4. Zdrowie i jakość życia

Chcemy, aby województwo opolskie było regionem, w którym zdrowie jest traktowane jako kluczowy element jakości życia. Mieszkańcy – niezależnie od wieku, stanu zdrowia czy miejsca zamieszkania – powinni móc liczyć na wsparcie w utrzymaniu sprawności fizycznej i psychicznej. Szczególna troska kierowana jest do osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, dzieci i młodzieży oraz osób w kryzysie zdrowotnym lub psychicznym, tak aby mogły funkcjonować w poczuciu bezpieczeństwa i możliwie pełnym uczestnictwie w życiu społecznym.

Polityka społeczna w niniejszej Strategii ujmowana nie jest wyłącznie jako obszar interwencji i wsparcia, lecz jako jedno z kluczowych narzędzi rozwoju regionu. W warunkach postępującej depopulacji, starzenia się społeczeństwa oraz migracji szczególnego znaczenia nabiera inwestowanie w kapitał ludzki i społeczny, wzmacnianie aktywności mieszkańców oraz budowanie spójności społecznej. Działania w obszarze polityki społecznej przyczyniają się tym samym do zwiększania konkurencyjności i długofalowego potencjału rozwojowego województwa.

PODSTAWA PRAWNA I ODNIESIENIA

Obowiązkiem samorządu województwa, wskazanym w art. 21 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.) jest opracowanie, aktualizacja i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, która jest integralną częścią strategii rozwoju województwa, obejmującą w szczególności programy: przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz współpracy z organizacjami pozarządowymi. Aktualne trendy w krajowej i europejskiej polityce społecznej kładą nacisk na integrację usług oraz planowanie strategiczne oparte na celach i kierunkach działań. W tym ujęciu pomoc społeczna stanowi kluczowy element systemu, jednak nie wymaga opracowania odrębnego programu, gdyż jej założenia i działania zostały w sposób spójny ujęte w ramach celów strategicznych niniejszego dokumentu. W ramach Strategii opracowano jedynie te odrębne programy, które znajdują ustawowe i merytoryczne uzasadnienia do funkcjonowania jako załączniki: Wojewódzki program wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu na lata 2026-2030 oraz Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2026-2030.

Strategia Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026–2030 stanowi kontynuację działań prowadzonych w ramach Wojewódzkiej Strategii w zakresie Polityki Społecznej na lata 2016–2025. Założenia i nowe priorytety wynikają z kierunków wskazanych w dokumentach europejskiej i krajowej polityki społecznej.

Potrzeba opracowania ww. dokumentu związana jest również z koniecznością dostosowania założeń Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego do zapisów dokumentów regionalnych, w szczególności zapisów Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego Opolskie 2030.

Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego wśród wyzwań w wymiarze społeczeństwo wskazuje:

- konieczność wypracowania i wykorzystania efektywnych instrumentów polityki społecznej, w tym dalszej poprawy dostępności i jakości usług zdrowotnych i społecznych, gwarantujących łagodzenie skutków procesów demograficznych,
- konieczność prowadzenia aktywnej polityki migracyjnej oraz promocji województwa poprzez wielokulturowość w odpowiedzi na zmiany na rynkach pracy[4].

Struktura celów Strategii Opolskie 2030[5] składa się z dwóch poziomów celów: strategicznych i operacyjnych oraz kierunków działań. Bezpośredni wpływ na realizację wizji rozwoju mają trzy cele strategiczne, które są realizowane przez łącznie jedenaście celów operacyjnych.

W ramach Celu strategicznego 1: Człowiek i relacje – mieszkańcy gotowi na wyzwania i tworzący otwartą wspólnotę, wskazane zostały następujące cele operacyjne:

1) trwałe więzi społeczne;
2) wykwalifikowani mieszkańcy;
3) rozwinięte i dostępne usługi;
4) bezpieczny region.

Trwałe więzi społeczne – w ramach tego celu zostały wskazane następujące kierunki działań:

- integracja i aktywizacja społeczna – zwiększenie partycypacji mieszkańców w działaniach na rzecz społeczności lokalnej, promocja wolontariatu, włączenie społeczne osób zagrożonych wykluczeniem, wzrost świadomości potrzeb i problemów osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin;
- wsparcie rozwiązań prorodzinnych – wspieranie budownictwa mieszkaniowego, działania wspomagające funkcjonowanie rodzin, promocja rodzicielstwa zastępczego, przeciwdziałanie przemocy domowej, wsparcie dla rodzin problemowych, budowanie więzi międzypokoleniowych;

[4] Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego Opolskie 2030, s. 12
[5] Tamże, s. 36-38

- profesjonalizacja organizacji społecznych – wsparcie jakości zarządzania i możliwości pozyskania do pracy wysoko wykwalifikowanych specjalistów;
- budowa systemu wsparcia i rewitalizacji – działania przywracające do życia obszary deficytowe i zdegradowane społecznie;
- rozwój społeczeństwa wielokulturowego – promocja i wsparcie działań służących podtrzymywaniu i rozwojowi tożsamości kulturowej i językowej mniejszości narodowych etnicznych, integracja cudzoziemców i reemigrantów.

Wykwalifikowani mieszkańcy – w ramach tego celu zostały wskazane następujące kierunki działań:

- wzrost jakości kształcenia – podwyższenie jakości edukacji, promocja edukacji, wprowadzenie nowoczesnych metod nauczania, szersze włączenie pracodawców w proces kształcenia;
- wzmacnianie instytucji – rozbudowa i modernizacja infrastruktury jednostek edukacyjnych, rozwój partnerstw instytucji i przedsiębiorstw;
- aktywizacja zawodowa – profesjonalizacja doradztwa zawodowego, działania zwiększające szanse na rynku pracy osób wymagających wsparcia;
- współpraca na rzecz rozwoju kwalifikacji i kompetencji – budowa szerokiej sieci współpracy na rzecz wysokich kwalifikacji.

Rozwinięte i dostępne usługi – w ramach tego celu zostały wskazane następujące kierunki działań:

- rozwój opieki i profilaktyki zdrowotnej – wspieranie budowy spójnego systemu świadczeń medycznych, zwiększenie dostępu do opieki medycznej, rozwój nowoczesnych usług zdrowotnych, edukacja i profilaktyka zdrowotna, promocja zdrowia fizycznego, psychicznego i psychospołecznego, wzrost jakości świadczonych usług;
- rozwój usług społecznych – rozwój infrastruktury społecznej, wzrost jakości zarządzania w podmiotach świadczących usługi opiekuńcze, rozwój usług opiekuńczych i wytchnieniowych, wsparcie procesu deinstytucjonalizacji, wsparcie osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów;

- rozszerzanie oferty spędzania wolnego czasu – wykorzystanie naturalnego potencjału regionu, działania służące urozmaiceniu oferty kulturalnej, rekreacyjno-turystycznej i sportowej, budowa, modernizacja i poprawa dostępności istniejącej infrastruktury;
- rozwój e-usług – wspieranie rozwoju nowych usług świadczonych w całości lub częściowo przez Internet, zwiększenie powszechności i dostępności e-usług.

Bezpieczny region – w ramach tego celu zostały wskazane następujące kierunki działań:

- poprawa bezpieczeństwa – rozwój infrastruktury zapewniającej bezpieczeństwo w różnych obszarach życia społeczno-gospodarczego, wsparcie działań organizacyjnych na rzecz poprawy bezpieczeństwa;
- rozwój edukacji na rzecz bezpieczeństwa – kształtowanie nawyków i właściwych postaw;
- współpraca instytucjonalna – współpraca podmiotów i instytucji na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa.

Ponadto zapisy Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026–2030 uwzględniają priorytety następujących dokumentów o charakterze strategicznym, w tym:

1. Dokumenty międzynarodowe i strategie Unii Europejskiej:
    - Agenda Zrównoważona Europa 2030;
    - Europejski Filar Praw Socjalnych;
    - Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych;
    - Agenda 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju;
    - Konwencja ONZ o Prawach Dziecka.
2. Strategie i dokumenty na szczeblu krajowym:
    - Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.);
    - Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030 (KSRR 2030);

- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030);
- Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027 z perspektywą do roku 2030;
- Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030;
- Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2030 r. Ekonomia Solidarności Społecznej.

3. Strategie i dokumenty na szczeblu regionalnym:
    - Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego Opolskie 2030;
    - Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Opolskiego na lata 2023-2025;
    - Regionalna Strategia Innowacji Województwa Opolskiego 2030;
    - Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2025;
    - Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2016 – 2025;
    - Program Wyrównywania Szans Osób z Niepełnosprawnościami oraz Przeciwdziałania ich Wykluczeniu Społecznemu na lata 2026-2030;
    - Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2023-2027.

KLUCZOWE CECHY WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Województwo opolskie to najmniejszy region w kraju, obejmujący obszar 9411 km², położony w południowo-zachodniej Polsce. Graniczy z Republiką Czeską oraz województwami dolnośląskim, łódzkim, śląskim i wielkopolskim. Stolicą regionu jest Opole, które jest ważnym ośrodkiem administracyjnym, naukowym, akademickim i kulturalnym, położonym w dolinie Odry, stanowiącej główną arterią wodną całego regionu. Województwo opolskie obejmuje 12 powiatów i 71 gmin.

Taki procent ludności Polski mieszka w województwie opolskim

- Region o silnych tradycjach rolniczo-przemysłowych, z rozwiniętym przetwórstwem spożywczym, przemysłem chemicznym, energetycznym i mineralnym oraz rosnącą rolą sektora usług;
- Produkt krajowy brutto województwa opolskiego w 2023 r. wyniósł 66,44 mld zł, co stanowiło ok. 2 % PKB kraju;
- Położenie przygraniczne i korzystne warunki komunikacyjne (autostrada A4, linie kolejowe, połączenia z Czechami i Niemcami) sprzyjają współpracy międzynarodowej i wymianie gospodarczej;
- Województwo opolskie jest regionem o wysokim kapitale społecznym, znanym z zaangażowania mieszkańców, współpracy lokalnych samorządów i budowania relacji międzyludzkich;
- Bogate dziedzictwo kulturowe i wielokulturowość – współistnienie polskiej, niemieckiej, śląskiej i romskiej tradycji, które kształtują unikatową tożsamość naszego regionu;

- Region o wyraźnych procesach starzenia się ludności i depopulacji, co stanowi kluczowe wyzwanie rozwojowe dla polityki społecznej i gospodarczej województwa;
- Najniższa w kraju dostępność miejsc opieki dla dzieci do lat 3

Depopulacja i starzenie się ludności zauważalne jest w całym kraju. Według prognoz GUS w 2060 roku województwo opolskie będzie w grupie kilku województw kraju o najwyższym odsetku osób w wieku 65 lat i więcej (wynosić będzie 35%).[6]

LUDNOŚĆ

- **930,3 tys**. mieszkańców liczyło województwo opolskie na koniec 2024 r.;
- **52,8 %** ludności województwa zamieszkiwało miasta, **47,2 %** ludności zamieszkiwało wsie;
- **51,7%** wszystkich mieszkańców stanowiły kobiety;
- **107** kobiet przypadało na 100 mężczyzn;
- **99** mieszkańców przypadało na 1 km²;
- o **1,3%** spadła liczba mieszkańców od 2022 r.;
- **-5,7** wynosił wskaźnik przyrostu naturalnego na 1000 ludności (jeden z najniższych w Polsce);
- **1,27** dziecka przypadało na 1 kobietę**;**
- **1118** osób ubyło w wyniku migracji;
- **54 323** osób w wieku poprodukcyjnym przybyło od 2010 r.;

SYTUACJA MIESZKANIOWA

- **368,6 tys**. mieszkaniami dysponowało województwo opolskie (stan na koniec 2023r.), co stanowi 2,3% zasobów krajowych;
- **221,5 tys.** mieszkań znajdowało się w miastach, **147 tys.** na wsiach;
- **2,54 osoby** (2015 r. – 2,83) to przeciętna liczba osób na 1 mieszkanie;

[6] Prognoza ludności na lata 2023–2060, GUS, Warszawa 2023, s.46.

- **32,3 m** przypadało przeciętnie na 1 osobę, średnia powierzchnia użytkowa 1 mieszkania wyniosła 82,1 m²;
- **53,1%** mieszkań oddano z przeznaczeniem na sprzedaż lub wynajem, a **46,9%** wybudowano przez inwestorów indywidualnych;
- najwięcej mieszkań oddano w m. Opolu (5,1 na 1000 ludności), najmniej w powiecie głubczyckim (0,9).

RYNEK PRACY

- **114 657** podmiotów gospodarczych odnotowano na koniec 2024 r. (najwyższy poziom od 2014 r.)
- **57,3%** wyniósł współczynnik aktywności zawodowej w regionie (w Polsce – 58,9%);
- **20,0 tys.** osób zarejestrowano jako bezrobotne na koniec 2024 roku, co stanowiło 2,5% wszystkich bezrobotnych w kraju;
- **196,0 tys.** osób pracowało w sektorze usług, który stanowił największy obszar zatrudnienia w regionie;
- **116,7 tys.** osób było zatrudnionych w przemyśle, a **30,1 tys**. osób w rolnictwie
- **59,5%** pracujących mieszkańców województwa koncentrowało się w pięciu powiatach: Opolu, opolskim, nyskim, brzeskim i kędzierzyńsko-kozielskim;
- **41,4 lata** wynosił najniższy średni wiek pracujących (gmina Izbicko), a **44,0 lata** – najwyższy (m. Kędzierzyn-Koźle, Głuchołazy, Nysa);
- **10,4** wyniosła stopa bezrobocia w powiecie głubczyckim (najwyższa w województwie);
- **2,9** wyniosła stopa bezrobocia w mieście Opolu (najniższa w województwie);
- **35,6 %** liczby osób pracujących stanowiły osoby z wyższym wykształcenie.

EDUKACJA

- **107 543** uczniów kształciło się w roku szkolnym 2023/2024 w opolskich szkołach podstawowych i ponadpodstawowych;

- **397** szkół podstawowych oraz **179** szkół ponadpodstawowych funkcjonowało na terenie regionu, w tym **60** szkół specjalnych, do których uczęszczało **1 712** uczniów;
- O **4,7%** zmniejszyła się liczba uczniów w stosunku do poprzedniego roku szkolnego, przy jednoczesnym wzroście liczby uczniów szkół specjalnych o 2,4%;
- **5** uczelni wyższych działa na terenie województwa opolskiego, w tym **3** uczelnie publiczne;
- **17 389** studentów studiowało w roku akademickim 2023/2024 w szkołach wyższych regionu.

JAKOŚĆ ŻYCIA

- **10,7%** wyniósł wskaźnik zagrożenia ubóstwem (po uwzględnieniu transferów społecznych), co plasowało województwo opolskie na **2** miejscu w kraju;
- **62,1%** mieszkańców oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą lub raczej dobrą – 2 wynik w Polsce;
- **3,4%** gospodarstw domowych określiło swoją sytuację materialną jako złą lub raczej złą – jeden z najniższych odsetków w kraju;
- **6 870 zł** brutto wyniosło przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw w 2024 r., co stanowiło 93,5% średniej krajowej.
- **212** osobom w przeliczeniu na 10 tys. ludności przyznano świadczenie pomocy społecznej (12 pozycja w kraju);

ZDROWIE

- **27,4** lekarzy (wg podstawowego miejsca pracy) przypadało w 2024 r. na 10 tys. ludności, podczas gdy średnio w kraju - **37,7 lekarzy**;
- **42,4** łóżek w szpitalach ogólnych w 2024 r. przypadało na 10 tys. ludności – dostępność nieznacznie niższa niż średnia krajowa (42,7);
- **5** miejsce w kraju zajmowało województwo opolskie pod względem dostępności systemu ratownictwa medycznego;

- **1,0** lekarz geriatra przypadał w 2024 r. na 100 tys. ludności wobec przeciętnie w kraju – **1,5**;
- **5** wynik w kraju w 2024 r. pod względem liczby łóżek w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 100 tys. ludności (130,7);
- **217,5** wynosił współczynnik pielęgnacyjny w 2024 r. wyrażający relację liczby potencjalnych opiekunów do liczby osób wymagających wsparcia;
- **8,6** lekarzy psychiatrów przypadało w 2024 r. na 100 tys. ludności, plasując województwo opolskie na **11** miejscu w kraju;
- **3** lokata w kraju w 2023 r. z uwagi na liczbę łóżek w szpitalach psychiatrycznych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (8,7);
- **1,0** lekarz psychiatra dzieci i młodzieży przypadał w 2024 r. na 100 tys. ludności, co pozycjonowało województwo opolskie na **8** lokacie w kraju.

Mieszkańcy województwa opolskiego tworzą aktywną i otwartą na zmiany wspólnotę, zachowującą więzi i dbającą o relacje międzyludzkie, aktywność społeczną, działania wolontariackie oraz inicjatywy oddolne. Funkcjonują tu liczne organizacje społeczne wspierane w zakresie profesjonalizacji i wzrostu jakości prowadzonych działań. Ponadto wyjątkowe miejsce w regionalnej polityce rozwoju zajmuje dbanie o wielokulturowość dziedzictwa oraz budowanie odpowiedniego klimatu dla integracji międzykulturowej i międzynarodowej, tolerancji i otwartości. Biorąc pod uwagę uwarunkowania społeczne, potencjałem województwa jest dorobek kulturowy, związany z etnicznym zróżnicowaniem społeczności. Najliczniejszą mniejszością narodową w województwie opolskim jest mniejszość niemiecka, ponadto znaczna część mieszkańców deklaruje śląską przynależność narodowo-etniczną. W województwie obecna jest również grupa mieszkańców reprezentująca mniejszość etniczną romską. Opolskie jest bogate przyrodniczo i kulturowo przez co posiada również ogromny potencjał do rozwoju krótkoterminowej turystyki (liczne zabytki i historyczne układy urbanistyczne).

Jednym z najważniejszych zadań władz publicznych jest zapewnienie bezpieczeństwa, ładu i równowagi społecznej. Komfort życia w województwie opolskim, w tym poczucie bezpieczeństwa daje rozwinięta i stale doskonalona infrastruktura w obszarze ochrony zdrowia, zarządzania kryzysowego i komunikacji.

Wdrażane są specjalistyczne systemy IT informujące o zagrożeniach, które pozwalają szybko i sprawnie reagować na zbliżające się niebezpieczeństwo. Kluczowy w tym obszarze jest rozwój edukacji, która kształtuje właściwe postawy i nawyki, a także uczy, jak unikać niebezpieczeństw w życiu codziennym poprzez świadome ograniczanie możliwości ich występowania.

DIAGNOZA SPOŁECZNA

Diagnoza Społeczna Województwa Opolskiego stanowi podstawę analizy wyzwań i potrzeb społecznych regionu, a także identyfikacji jego zasobów i możliwości rozwojowych. Opisuje najważniejsze wyzwania i kierunki polityki społecznej, wskazując trendy, które w najbliższych latach będą wyznaczać kierunki zmian społecznych. Diagnoza składa się z czterech części, które razem dają pełniejszy obraz sytuacji społecznej w województwie opolskim – wskazują główne wyzwania, potrzebujące wsparcia grupy oraz dziedziny wymagające intensywniejszych działań.

Opracowanie diagnozy oparto na szerokim zakresie źródeł danych – zarówno statystycznych, jak i analitycznych. Wykorzystano przede wszystkim dane pochodzące z Oceny Zasobów Pomocy Społecznej za rok 2024, z Głównego Urzędu Statystycznego, w tym wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 roku oraz dane z Banku Danych Lokalnych, a także dane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu. Uzupełniono je informacjami pochodzącymi ze sprawozdań jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, danych z systemów informacyjnych resortu, a także analiz i raportów sporządzanych na poziomie województwa.

Istotnym elementem diagnozy są również wyniki badań własnych przeprowadzonych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu, które pozwoliły na analizę potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych, które nie są niedostępne w ogólnokrajowych bazach danych. Dzięki połączeniu analizy źródeł zastanych z wynikami badań własnych możliwe było uzyskanie pogłębionego obrazu sytuacji społecznej województwa oraz wskazanie obszarów wymagających interwencji w najbliższych latach.

Sytuacja społeczno-ekonomiczna województwa opolskiego

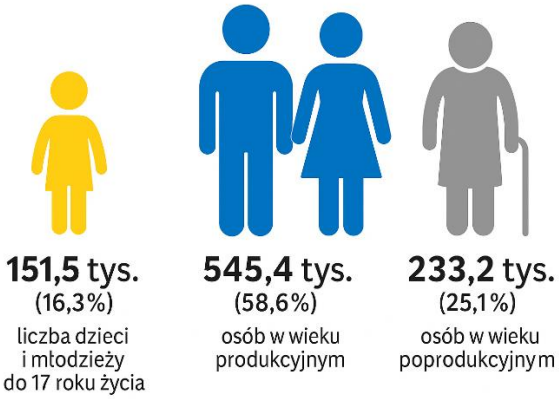
Ludność

Według danych na 31 grudnia 2024 r. populacja województwa opolskiego wynosiła 930 296 osób. W porównaniu do roku 2022 oznacza to spadek o 1,3%, a względem roku 2023 – o 0,7%. Największy ubytek ludności odnotowano w powiatach: nyskim

(1 095 osób) oraz kędzierzyńsko-kozielskim (726 osób). Z kolei najmniejszy spadek liczby mieszkańców wystąpił w powiecie namysłowskim (280 osób) i opolskim (87 osób).

W latach 2023–2024 w większości powiatów województwa opolskiego obserwowano spadek liczby mieszkańców w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, przy równoczesnym wzroście odsetka osób w wieku poprodukcyjnym. Trend ten jest szczególnie widoczny w Mieście Opolu (26,3%), a także w powiatach głubczyckim (27,0%) i nyskim (26,7%). Najmniejszy udział ludności w wieku poprodukcyjnym odnotowano natomiast w powiatach strzeleckim (23,2%) i opolskim (23,0%).

Rysunek 1 Struktura ludności według wieku w województwie opolskim w 2024r.



Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu

Osoby z niepełnosprawnościami

Według danych GUS z Narodowego Spisu Powszechnego[7] w 2021 r. w województwie opolskim mieszka prawie 125 tys. osób z niepełnosprawnościami. Odsetek osób z niepełnosprawnościami w ogólnej liczbie ludności województwa różni się istotnie pomiędzy powiatami – najwyższy udział zanotowano w:

- powiecie głubczyckim (16,14%),
- prudnickim (14,79%),
- brzeskim (14,78%).

Najniższy odsetek występuje w:

[7] Bank Danych Lokalnych GUS, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start

- powiecie opolskim (11,06%),
- krapkowickim (11,28%),
- mieście Opolu (11,96%).

Zróżnicowanie to odzwierciedla lokalne uwarunkowania demograficzne, społeczne i infrastrukturalne, co wymaga dostosowania kierunków działań i form wsparcia do specyfiki poszczególnych powiatów.

W 2024 r. zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności w województwie opolskim rozpatrzyły 19,6 tys. spraw dotyczących orzeczeń o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień. Według danych GUS dotyczących osób niepełnosprawnych w 2024 r., w województwie opolskim wskaźnik osób niepełnosprawnych prawnie na 1 tys. ludności wynosił 92,0[8].

Na dzień 31 grudnia 2024 r. w zakładach pracy chronionej zatrudnionych było 1 167 osób z niepełnosprawnościami, natomiast w zakładach aktywności zawodowej pracowało 349 osób. Jednocześnie, według stanu na 31 marca 2024 r., 1 467 osób z niepełnosprawnościami było zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy jako osoby bezrobotne.

Polityka społeczna regionu powinna zatem uwzględniać indywidualne potrzeby społeczności lokalnych, wzmacniać dostępność usług dla osób z niepełnosprawnościami i wspierać rozwój lokalnych systemów wsparcia w środowisku zamieszkania.

Migracje ludności

W 2024 roku wskaźnik salda migracji (stałej lub czasowej) dla Polski utrzymał się na poziomie dodatnim i wyniósł 0,2‰, co oznacza stabilizację trendów migracyjnych na poziomie ogólnokrajowym w porównaniu z rokiem 2023.

W 2024 roku województwo opolskie podobnie jak w latach poprzednich nadal odnotowywało ujemne saldo migracji, jednak skala odpływu mieszkańców nieco się zmniejszyła. Wskaźnik salda migracji wyniósł -1,2‰, co oznacza poprawę w porównaniu z rokiem 2023 (-1,4‰). Ogółem region opuściło o 1 118 osób więcej,

[8] Osoby niepełnosprawne w 2024 r., Informacje sygnalne, GUS

niż do niego napłynęło – to o 179 osób mniej niż w poprzednim roku.

Najważniejsze wskaźniki demograficzne w Polsce i województwie opolskim w 2024r.

Najważniejsze wskaźniki demograficzne	w województwie opolskim urodziło się **5 410** dzieci, w Polsce 251 782 dzieci *
	wskaźnik liczby urodzeń żywych na 1 000 mieszkańców wyniósł **5,8‰** , w Polsce 6,7‰
	liczba zgonów wyniosła **10 760**, w Polsce 408 504
	wskaźnik liczby zgonów na 1 000 osób wyniósł **11,5‰**, w Polsce 10.9‰
	przyrost naturalny (liczba urodzeń do liczby zgonów) wynosił **minus 5,7**, w Polsce minus 4,2

* Województwo opolskie, wraz ze świętokrzyskim, zachodniopomorskim i śląskim, należy do grupy regionów o najniższym wskaźniku urodzeń w kraju

Sytuacja rodzin w województwie opolskim[9]

Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 r. ukazują istotne przemiany w strukturze rodzin województwa opolskiego. Pośród 309 tys. gospodarstw domowych wyodrębniono 266 tys. rodzin, co stanowi 2,5% ogółu rodzin w kraju. W porównaniu z poprzednim spisem liczba gospodarstw domowych zmniejszyła się 5,2%.

Struktura typów rodzin w regionie odzwierciedla zmieniające się wzorce życia rodzinnego. W porównaniu z poprzednim spisem odnotowano spadek liczby małżeństw i wzrost liczby związków niesformalizowanych. Udział tych ostatnich w liczbie rodzin ogółem wyniósł 7,7% (w kraju – 8,4%). Najwięcej związków niesformalizowanych występowało w gminach Walce (14,8%), Namysłów (11,1%) i

[9] Rodziny w województwie opolskim w świetle Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, Urząd Statystyczny w Opolu, Opole, 2024

Brzeg (9,9%) i m. Opole (9,9%), natomiast najrzadziej w gminach Radłów (2,7%), Jemielnica i Zębowice (po 3,7%).

Rodziny niepełne stanowiły 24,3% ogółu rodzin, co oznacza, że prawie co czwarta rodzina w regionie to gospodarstwo z jednym rodzicem. Najwyższy odsetek rodzin niepełnych odnotowano w powiatach: nyskim (27,4%), brzeskim (25,5%) oraz głubczyckim i kluczborskim (po 25%), najniższy natomiast w powiatach oleskim (21,5%) i strzeleckim (21,8%).

W województwie opolskim w 2021 r. zidentyfikowano 196,2 tys. rodzin z dziećmi (2,5% ogółu rodzin z dziećmi w Polsce), co oznacza spadek o 7,3% w stosunku do 2011 r. Spadek ten jest w dużej mierze efektem zmniejszającej się liczby kobiet w wieku rozrodczym oraz przesuwania decyzji o macierzyństwie na późniejsze lata życia. Średni wiek kobiety rodzącej pierwsze dziecko wzrósł z 26,4 lat w 2011 r. do 28,1 lat w 2021 r.

W strukturze rodzin z dziećmi przeważają te z jednym lub dwojgiem dzieci (blisko 88% wszystkich rodzin z dziećmi). Rodziny z trojgiem i więcej dzieci stanowią ok. 12% tej grupy, przy czym udział rodzin wielodzietnych był wyższy na wsi niż w miastach. Zmniejszeniu uległa zarówno liczba rodzin z dziećmi, jak i liczba dzieci pozostających na utrzymaniu.

Przeciętna liczba dzieci w rodzinie w województwie opolskim wyniosła 1,59 (w Polsce – 1,60). Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w gminach Radłów (1,82), Leśnica (1,78) i Zębowice (1,77), najniższą natomiast w Opolu (1,46) oraz w gminach Brzeg (1,48) i Nysa (1,50).

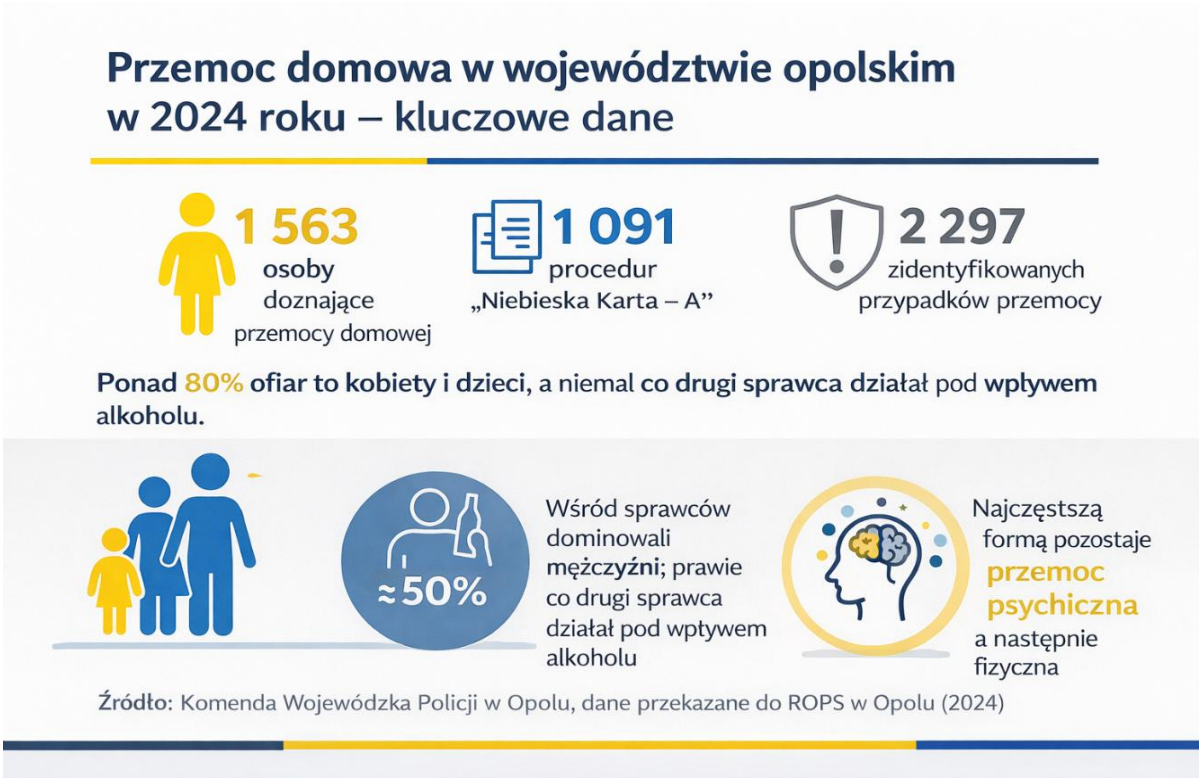
Przemoc domowa

Zjawisko przemocy domowej pozostaje jednym z istotnych problemów społecznych w naszym regionie. W 2024 roku w województwie opolskim odnotowano 1563 ofiary przemocy domowej, przy czym ponad 80% stanowią kobiety i dzieci. Zjawisko to występuje najczęściej w Opolu i powiecie nyskim, a dominującą formą pozostaje przemoc psychiczna (ponad ⅔ wszystkich przypadków). W prawie połowie interwencji sprawcy byli pod wpływem alkoholu, co wskazuje na silny związek przemocy z uzależnieniami.

Coraz bardziej widoczna jest przemoc wobec seniorów, a jej wykrywalność wzrasta dzięki aktywności służb społecznych i policyjnych.

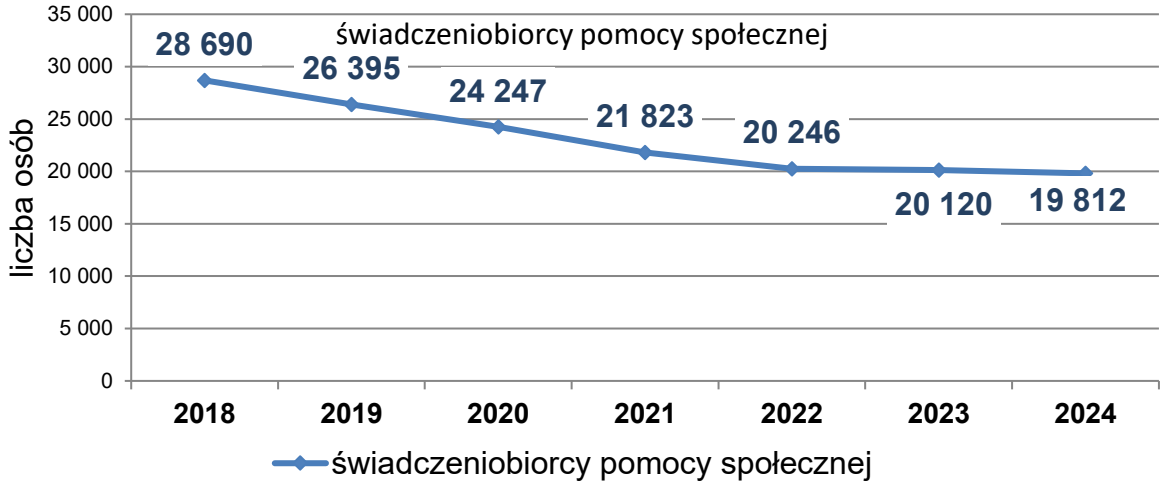
Dane te potwierdzają konieczność rozwoju kompleksowego systemu przeciwdziałania przemocy, obejmującego wsparcie psychologiczne, interwencję kryzysową, edukację społeczną i ścisłą współpracę instytucjonalną.

Rysunek 2 Przemoc domowa w województwie opolskim w 2024 roku – kluczowe dane



Klienci objęci pomocą środowiskową w ośrodkach pomocy społecznej

Wykres 1 Beneficjenci pomocy społecznej (ośrodków pomocy społecznej) w województwie opolskim w latach 2018-2024

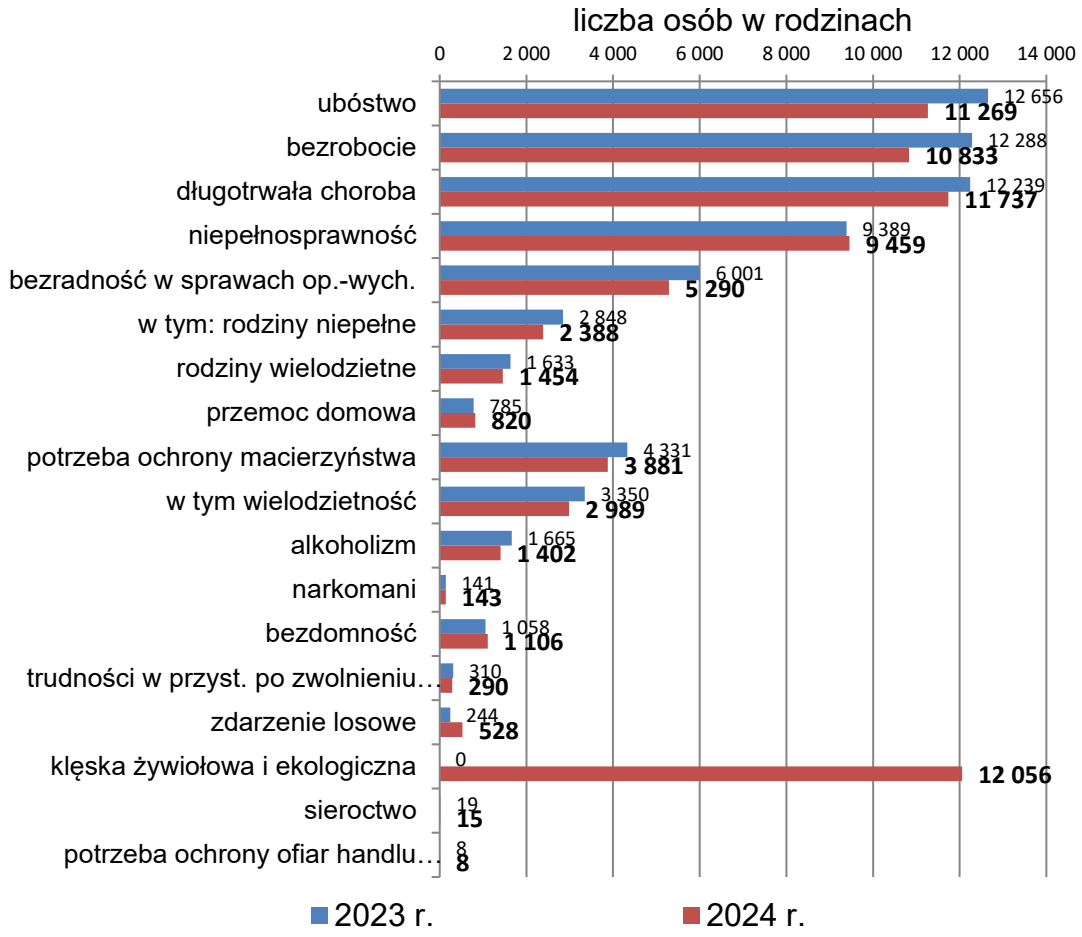


Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego za 2024 r.

W 2024 r. z różnych form pomocy i wsparcia w województwie opolskim korzystało **49 301 osób i rodzin**, w tym **19 812 osób i rodzin** korzystało ze wsparcia w ośrodkach pomocy społecznej, co stanowiło 2,1% ogółu mieszkańców regionu. W porównaniu z rokiem 2023 odnotowano nieznaczny spadek liczby świadczeniobiorców – o 0,1%. W szerszej perspektywie, w stosunku do 2018 roku, liczba osób objętych pomocą społeczną zmniejszyła się o 8 878, co oznacza **spadek o ponad 30,9%.**

W 2024 roku średnio 2,1 osoby na 100 mieszkańców województwa opolskiego otrzymały świadczenia z pomocy społecznej. Wartość tego wskaźnika była zróżnicowana terytorialnie – najwyższy poziom odnotowano w powiecie głubczyckim (3,3%), natomiast najniższy w mieście Opolu (1,3%).

Wykres 2 Powody udzielenia pomocy społecznej w województwie opolskim w latach 2023-2024



Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego za 2024 r.

W 2024 roku najczęstszymi przyczynami udzielania pomocy społecznej w województwie opolskim były: długotrwała lub ciężka choroba (11,7 tys. osób), ubóstwo (11,2 tys.) oraz bezrobocie (10,8 tys.). Choć nadal pozostają one głównymi powodami wsparcia, odnotowano spadek liczby świadczeniobiorców w tych kategoriach w porównaniu do 2023 roku – odpowiednio o 4,1%, 11% i 11,8%. Znacząco zmniejszyła się również liczba osób objętych pomocą z powodu sieroctwa (spadek o 21,1%), uzależnienia od alkoholu (o 15,8%) oraz bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych (o 11,8%).

Wyjątek od utrzymującego się trendu stanowiło istotne zwiększenie liczby świadczeń przyznanych z powodu klęsk żywiołowych i ekologicznych – 12 056 osób otrzymało wsparcie w związku z powodzią, która dotknęła nasze województwo we wrześniu 2024 roku.

Zasoby pomocy społecznej

Zasoby pomocy społecznej są istotnym fundamentem systemu wsparcia, który pozwala skutecznie odpowiadać na różnorodne potrzeby mieszkańców, wspierać ich w trudnych sytuacjach życiowych oraz sprzyjać integracji społecznej i przeciwdziałaniu wykluczeniu.

Piecza zastępcza

Piecza zastępcza stanowi kluczowy element systemu wsparcia dziecka i rodziny, stanowiąc integralną część szerszego katalogu działań realizowanych w ramach pomocy społecznej. Jej zadaniem jest nie tylko zapewnienie dzieciom pozbawionym właściwego środowiska rodzinnego tymczasowej opieki, ale przede wszystkim stworzenie warunków do bezpiecznego rozwoju i przygotowania do samodzielnego życia. Piecza zastępcza w Polsce dzieli się na dwa typy: rodzinną oraz instytucjonalną. Oba typy mają na celu zapewnienie opieki dzieciom, które z różnych względów nie mogą wychowywać się w rodzinie biologicznej.

- **Rodzinna piecza zastępcza**

W 2024 roku w województwie opolskim funkcjonowały 993 podmioty rodzinnej pieczy zastępczej, co oznacza spadek o 15 podmiotów w porównaniu do roku 2023. Struktura rodzinnej pieczy zastępczej w 2024 roku przedstawia się następująco:

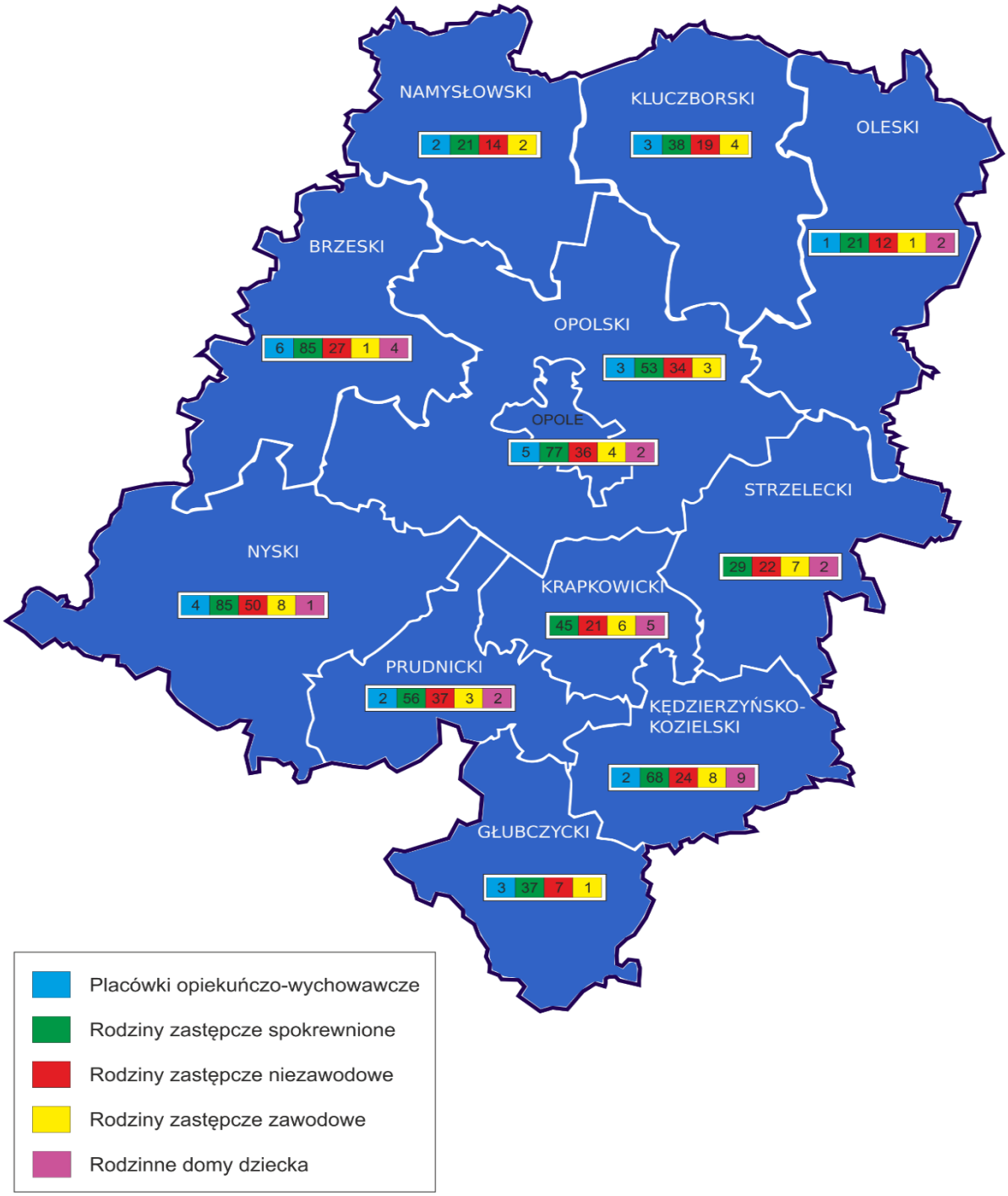
- **615 rodzin zastępczych spokrewnionych z dzieckiem** – o 10 mniej niż w 2023 roku;
- **303 rodziny zastępcze niezawodowe –** liczba ta również zmniejszyła się o 10 w porównaniu z rokiem ubiegłym;
- **48 rodzin zastępczych zawodowych –** wzrost o 4 rodziny w porównaniu z 2023 rokiem, w tym:
  - ✓ **37 rodzin zawodowych zwykłych;**
  - ✓ **8 rodzin pełniących funkcję pogotowia rodzinnego,** które stanowią kluczowe ogniwo w systemie szybkiego reagowania;
  - ✓ **3 rodziny specjalistyczne,** zapewniające opiekę dzieciom z niepełnosprawnością lub szczególnymi potrzebami wychowawczymi;
- **27 rodzinnych domów dziecka –** liczba ta wzrosła o 1 w porównaniu do roku poprzedniego.

- **Instytucjonalna piecza zastępcza**

Jest to forma pieczy zastępczej sprawowana przez placówki opiekuńczo-wychowawcze. Na dzień 31 marca 2025 r. w województwie opolskim funkcjonowało **31 placówek opiekuńczo-wychowawczych**, co oznacza, że ich liczba pozostaje niezmieniona od 2023 roku. **Łączna liczba miejsc** w tych placówkach również nie uległa zmianie i wynosiła **442**. Średnio na 10 tys. dzieci i młodzieży do 17. roku życia przypadało w regionie **29,2 miejsca** w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Analiza przestrzenna ujawnia znaczące zróżnicowanie terytorialne dostępności pieczy instytucjonalnej:

- Największe zagęszczenie miejsc odnotowano w:
  - **powiecie brzeskim** – 68,9 miejsc na 10 tys. dzieci i młodzieży,
  - **powiecie głubczyckim** – 66,2.
- Najniższe wskaźniki dostępności występowały w:
  - **powiecie oleskim** – 13,8,
  - **powiecie kędzierzyńsko-kozielskim** – 18,3.
- Brak placówek opiekuńczo-wychowawczych odnotowano w:
  - **powiecie krapkowickim**,
  - **powiecie strzeleckim**.

Mapa 1 Podmioty rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej w województwie opolskim w 2024 r.



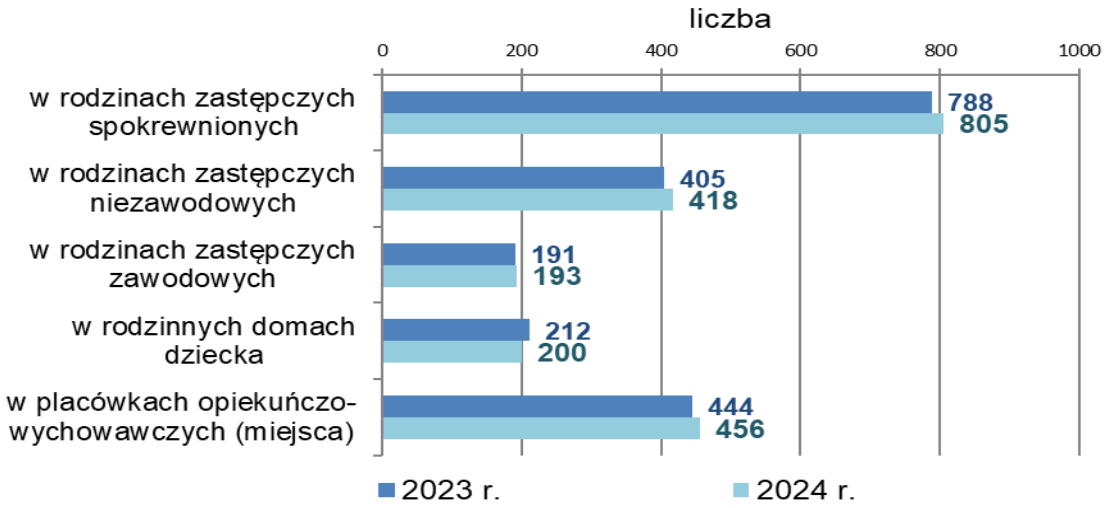
Źródło: Opracowanie własne ROPS w Opolu na podstawie Sprawozdania rzeczowo-finansowego z wykonania przez powiat zadań innych niż realizacja dodatku wychowawczego, dodatku do zryczałtowanej kwoty, o którym mowa w art. 115 ust. 2a ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, i dodatku w wysokości świadczenia wychowawczego, o którym mowa w art. 113a tej ustawy, za 2024 rok, zamieszczonego w Centralnej Aplikacji Statystycznej - rządowej platformie do sporządzenia mi.in. sprawozdań z realizacji zadań z zakresu pomocy i integracji społecznej przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej – aplikacja Sprawozdania resortowe.

W 2024 r. w województwie opolskim funkcjonowały **1 024 podmioty pieczy zastępczej**, w tym 993 podmioty rodzinnej i 31 podmiotów instytucjonalnej pieczy zastępczej. Najwięcej placówek opiekuńczo-wychowawczych znajdowano się w powiatach brzeskim – 6 i mieście Opolu – 5, nyskim - 4.

W przypadku rodzinnej pieczy zastępczej:

- najwięcej rodzin zastępczych spokrewnionych – po 85 funkcjonowało na terenie powiatów brzeskiego i nyskiego, a najmniej po 21 w powiatach namysłowskim i oleskim;
- 50 rodzin zastępczych niezawodowych było w powiecie nyskim, a tylko 7 w powiecie namysłowskim;
- po 8 rodzin zastępczych zawodowych funkcjonowało w powiatach nyskim i kędzierzyńsko-kozielskim, a tylko po 1 w głubczyckim, brzeskim i oleskim;
- najwięcej rodzinnych domów dziecka znajdowało się na trenie powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego – 9, a na terenie 4 powiatów tj. głubczyckiego, namysłowskiego, kluczborskiego i opolskiego nie funkcjonowały żadne rodzinne domy dziecka.

Wykres 3 Dzieci w podmiotach pieczy zastępczej w województwie opolskim w latach 2023-2024



Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego za 2024 r.

W 2024 roku w systemie pieczy zastępczej w województwie opolskim przebywało **2 072 dzieci**, co oznacza wzrost o 32 dzieci (tj. o 1,6%) w porównaniu do roku 2023.

Pomimo tego jednorocznego wzrostu, dane długoterminowe – od początku funkcjonowania zreformowanego systemu pieczy zastępczej w 2012 roku – wskazują na stopniowy, ogólny spadek liczby dzieci umieszczanych w pieczy, co jest zgodne z założeniami systemowymi promującymi wsparcie rodzin biologicznych oraz rozwój działań prewencyjnych. Wzrost obserwowany w 2024 roku wynika przede wszystkim z większej liczby dzieci umieszczanych w następujących formach pieczy:

- w rodzinach zastępczych spokrewnionych,
- w rodzinach zastępczych niezawodowych,
- oraz w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu socjalizacyjnego o liczbie miejsc nieprzekraczającej 14.

Kadra pomocy społecznej województwa opolskiego

Kadra pomocy społecznej stanowi kluczowy zasób w realizacji celów strategii polityki społecznej, odpowiadając za bezpośrednie wsparcie mieszkańców województwa. Jest to zróżnicowana grupa profesjonalistów, których wiedza oraz doświadczenie mają przełożenie na jakość i skuteczność lokalnych działań pomocowych. W kontekście aktualnych wyzwań w polityce społecznej tj.: zmian demograficznych, a także sytuacji kryzysowych ostatnich lat (powódź, wojna w Ukrainie, pandemia Covid-19) rola tej grupy zawodowej nabiera szczególnego znaczenia, wymagając wsparcia instytucjonalnego, stałego rozwoju oraz stabilnych warunków pracy.
Wg stanu na 31 grudnia 2024 r. kadra pomocy społecznej województwa opolskiego liczyła **4 376 osób.**

Kadra pomocy społecznej w liczbach	**1 701** osób zatrudnionych w jednostkach samorządu terytorialnego (190 w powiatowych centrach pomocy rodzinie, 1 476 w ośrodkach pomocy społecznej w gminie oraz 35 w Centrum Usług Społecznych w Gogolinie);
	1 953 osób zatrudnionych w domach pomocy społecznej;
	652 osób zatrudnionych w innych instytucjach i ośrodkach wsparcia, w tym 264 w środowiskowych domach samopomocy dla osób z niepełnosprawnościami i 177 w dziennych domach pomocy dla osób starszych;
	21 osób zatrudnionych w ośrodkach interwencji kryzysowej (głównie w powiatach);
	6 osób zatrudnionych w Wydziale Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu;
	43 osoby zatrudnione w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Opolu.

Zgodnie z art. 110 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ośrodek pomocy społecznej winien zatrudniać pracowników socjalnych (nie mniej jednak niż trzech pracowników) proporcjonalnie do:

- liczby mieszkańców w stosunku 1 pracownik socjalny na 2 tys. mieszkańców lub
- liczby rodzin i osób samotnie gospodarujących, objętych pracą socjalną w gminie, w stosunku 1 pracownik socjalny na 50 rodzin i osób samotnie gospodarujących.[10]

W 2024 roku wymóg zatrudnienia odpowiedniej liczby pracowników socjalnych w odniesieniu do liczby ludności spełniało 28 gmin województwa opolskiego. Średnia liczba mieszkańców przypadających na jednego pracownika socjalnego wynosiła w regionie 2 153 osoby.

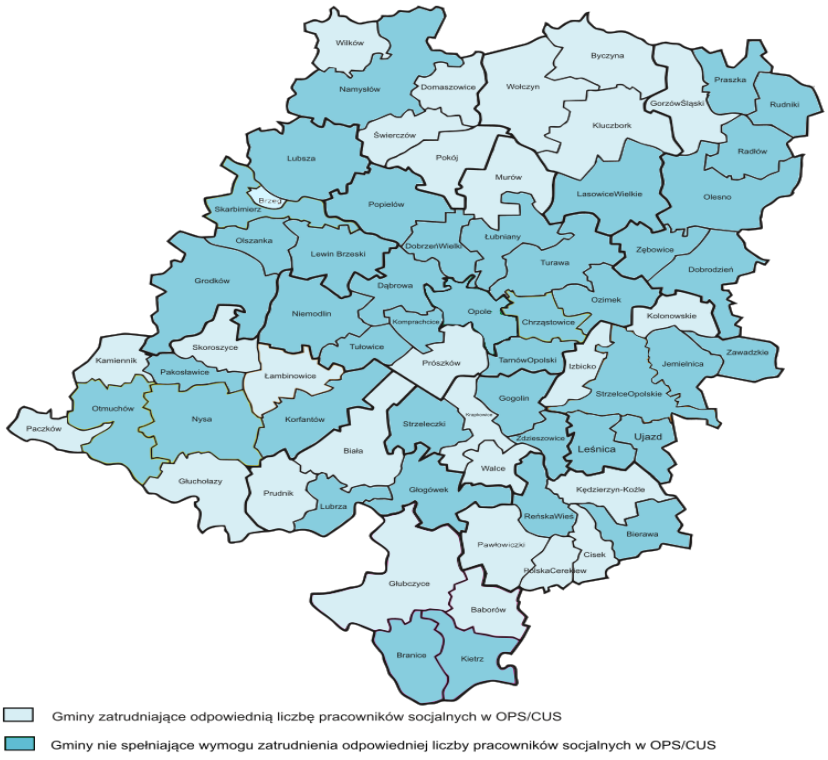
Najlepszy wskaźnik zatrudnienia odnotowano w gminie Świerczów (powiat namysłowski), gdzie na jednego pracownika socjalnego przypadało 1 006 mieszkańców. Najwyższą liczbę mieszkańców na jednego pracownika socjalnego

[10] Wskaźnik wprowadzony w 2015 r.

odnotowano natomiast w gminie Dobrzeń Wielki (powiat opolski) – aż 9 145 osób.

Spośród 71 gmin województwa opolskiego, aż 43 (60,6%) nie spełnia wymaganego standardu zatrudnienia pracowników socjalnych w stosunku do liczby mieszkańców. Wśród nich 11 gmin zatrudnia mniej niż trzech pracowników socjalnych w ośrodkach pomocy społecznej – są to wyłącznie gminy wiejskie.

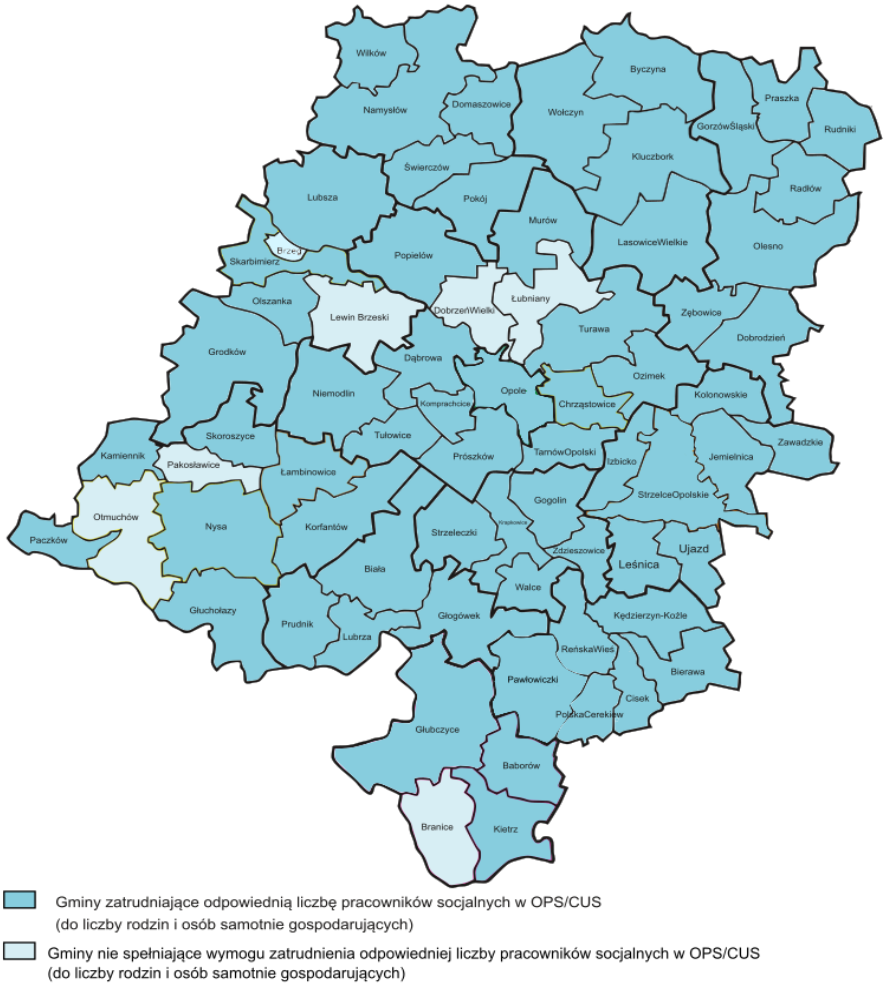
Mapa 2 Gminy spełniające ustawowy wskaźnik zatrudnienia pracowników socjalnych (do liczby ludności) w ośrodku pomocy społecznej w 2024 r.



Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego za 2024 r.

Drugi wariant standardu zatrudnienia odpowiedniej liczby pracowników obliczany jest jako stosunek liczby pracowników socjalnych do liczby rodzin i osób samotnie gospodarujących. Standard ten spełniały w 2024 r. 64 gminy – 90,1%. Najwięcej rodzin i osób samotnie gospodarujących na pracownika socjalnego przypadało w Otmuchowie (182) i w Dobrzeniu Wielkim (138), a średnia ich liczba w województwie opolskim wyniosła 34, tj. poniżej maksymalnej wartości (50 rodzin).

Mapa 3 Gminy spełniające ustawowy wskaźnik zatrudnienia pracowników socjalnych (do liczby rodzin i osób samotnie gospodarujących objętych pracą socjalną)



Spośród wszystkich gmin województwa opolskiego jedynie 27 spełniało jednocześnie dwa kluczowe standardy dotyczące zatrudnienia pracowników socjalnych – zarówno w odniesieniu do liczby mieszkańców, jak i w relacji do liczby rodzin oraz osób samotnie gospodarujących. Do gmin tych należą: Baborów, Głubczyce, Kędzierzyn-Koźle, Cisek, Polska Cerekiew, Pawłowiczki, Byczyna, Kluczbork, Wołczyn, Krapkowice, Walce, Domaszowice, Pokój, Świerczów, Wilków, Głuchołazy, Kamiennik, Łambinowice, Paczków, Skoroszyce, Gorzów Śląski, Murów, Prószków, Biała, Prudnik, Izbicko oraz Kolonowskie.

Zasoby instytucjonalne pomocy i wsparcia

Analiza potencjału i funkcjonowania zasobów instytucjonalnych, stanowiących fundament systemu polityki społecznej w regionie, jest niezbędna do oceny poziomu dostępności i jakości oferowanej pomocy, ale również pozwala na identyfikację tzw. „białych plam" i nierówności w dostępie do usług. W obliczu zmian demograficznych, oraz rosnących potrzeb społecznych i wyzwań systemowych, zrównoważony rozwój zasobów instytucjonalnych jest niezbędny do budowania spójnej, dostępnej i efektywnej polityki społecznej na poziomie regionalnym.

System wsparcia społecznego w województwie opolskim opiera się na rozbudowanej sieci instytucji realizujących zadania z zakresu pomocy społecznej, pieczy zastępczej, wsparcia osób z niepełnosprawnościami, osób starszych oraz integracji społeczno-zawodowej. W 2024 roku na terenie regionu funkcjonowały:

- **70 ośrodków pomocy społecznej** oraz **1 Centrum Usług Społecznych** (Gogolin),
- **11 powiatowych centrów pomocy rodzinie**,
- **29 domów pomocy społecznej** (w tym 1 gminny), oferujących łącznie **3 048 miejsc**,
- **33 placówki całodobowej opieki** dla osób starszych, przewlekle chorych i z niepełnosprawnościami (1 310 miejsc),
- **31 placówek opiekuńczo-wychowawczych** (442 miejsca), w tym socjalizacyjne i interwencyjne,
- **15 środowiskowych domów samopomocy** dla osób z zaburzeniami psychicznymi (813 miejsc),
- **23 dzienne domy pomocy** dla seniorów oraz **99 klubów seniora**, z których łącznie korzysta ponad **7 000 osób**,
- **443 miejsca w mieszkaniach wspomaganych i treningowych** (m.in. dla młodzieży opuszczającej pieczę zastępczą, osób z niepełnosprawnościami i uchodźców),
- **7 ośrodków interwencji kryzysowej** i **2 ośrodki adopcyjne** (w których

przysposobiono 50 dzieci),

- **2 specjalistyczne ośrodki wsparcia** dla ofiar przemocy w rodzinie,
- **35 placówek wsparcia dziennego** dla dzieci (895 miejsc, 830 dzieci korzystających).

Ekonomia społeczna w województwie opolskim

Ekonomia społeczna stanowi istotny element polityki społecznej województwa, łącząc działalność gospodarczą z realizacją celów społecznych, w szczególności w obszarze integracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem oraz świadczenia usług społecznych.

Zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej oraz Krajowym Programem Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2030 r., w skład sektora wchodzą m.in. spółdzielnie socjalne, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, centra i kluby integracji społecznej, organizacje pozarządowe oraz spółki non profit. Kluczową rolę w jego strukturze odgrywa przedsiębiorczość społeczna, ukierunkowana na reintegrację osób zagrożonych wykluczeniem i świadczenie usług użyteczności publicznej.

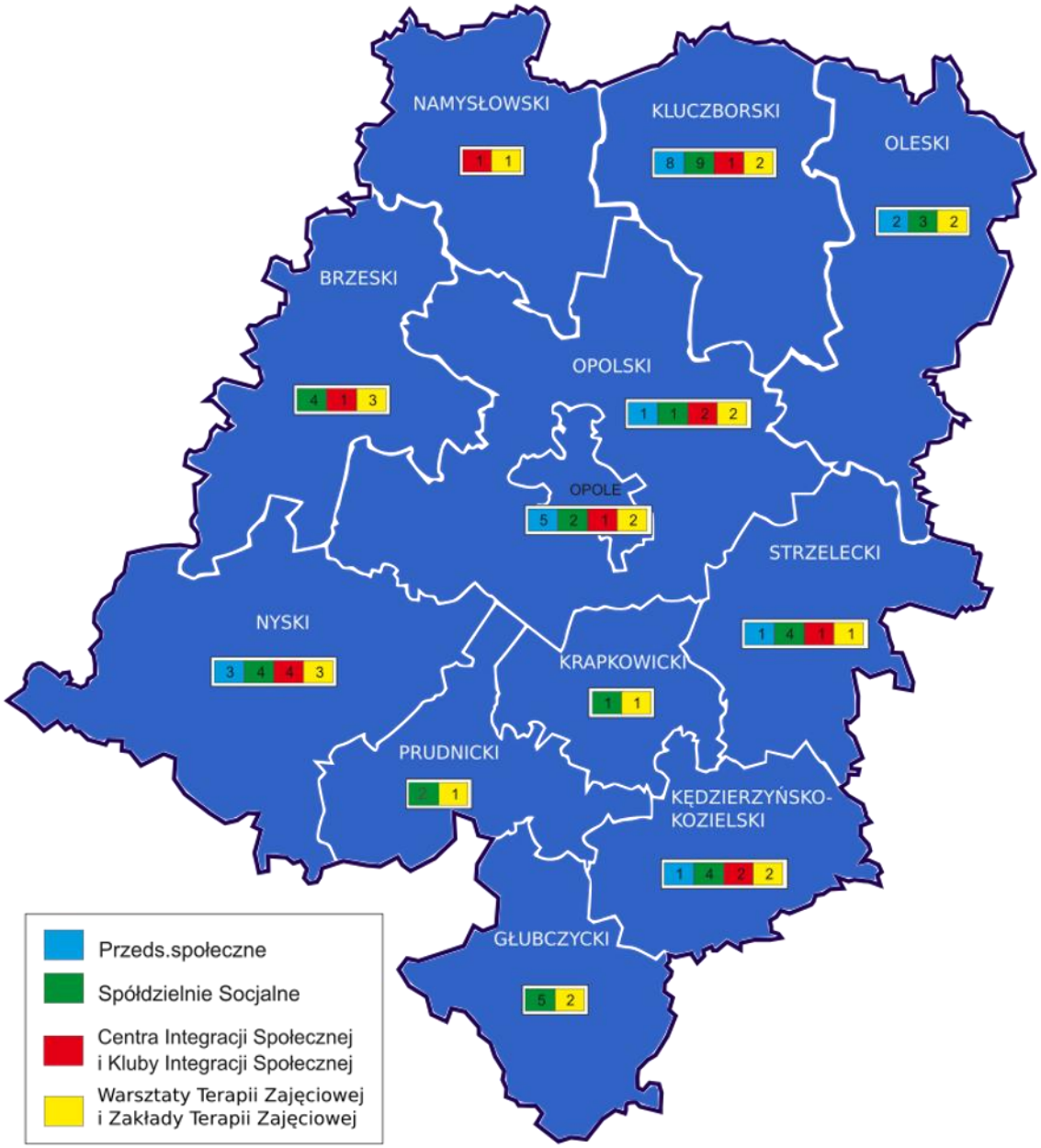
W maju 2024 r. w województwie opolskim funkcjonowało **4 196 podmiotów ekonomii społecznej (PES)**, w tym:

- **39 spółdzielni socjalnych**,
- **17 warsztatów terapii zajęciowej** (674 uczestników) i **5 zakładów aktywności zawodowej** (340 miejsc),
- **5 centrów** i **8 klubów integracji społecznej**,
- **10 spółek z o.o. non profit**,
- **578 fundacji** i **3 534 stowarzyszenia,**
- **359 kół gospodyń wiejskich** (zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Kół Gospodyń Wiejskich).

Zdecydowaną większość sektora (98%) stanowią fundacje i stowarzyszenia, a największe skupisko PES występuje w mieście Opolu (948 podmiotów, 22,6%), a

następnie w powiatach: nyskim (548, 13,1%) i opolskim (427, 10,2%).

Mapa 4. Podmioty ekonomii społecznej w województwie opolskim w maju 2025r.



Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego w 2024 r.

Od 2022 r. status **przedsiębiorstwa społecznego** nadawany jest przez Wojewodę Opolskiego. Na koniec 2024 r. posiadało go 20 podmiotów. Uzyskanie statusu wiąże się z preferencjami w dostępie do wsparcia finansowego i instytucjonalnego (m.in. refundacje składek ZUS, dotacje z Funduszu Pracy i PFRON, zwolnienia podatkowe, dostęp do zamówień publicznych).

Szczególną rolę w procesach reintegracji i aktywizacji odgrywają **spółdzielnie socjalne**, których w regionie działa 39. Koncentrują się one głównie na tworzeniu miejsc pracy dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, realizując jednocześnie zadania o charakterze usługowym i opiekuńczym.

W województwie funkcjonują także **Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej (OWES),** odpowiedzialne za animację, doradztwo i rozwój PES. W latach 2023–2026 wsparcie dla subregionu północnego realizuje Spółdzielnia Socjalna „Profes" z Byczyny, natomiast dla subregionu środkowo-południowego planowane jest ponowne wyłonienie OWES w ramach nowego konkursu[11].

Podmioty ekonomii społecznej odgrywają coraz większą rolę w dostarczaniu usług społecznych – zwłaszcza w zakresie usług opiekuńczych i reintegracyjnych – jednak nadal ich udział w tym segmencie pozostaje ograniczony. Wymaga to tworzenia warunków do szerszego włączenia PES w realizację usług społecznych oraz deinstytucjonalizację wsparcia.

Na poziomie regionalnym wdrażany jest Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2023–2027, obejmujący trzy priorytety:
1. Upowszechnianie wiedzy o ekonomii społecznej – promocja idei, produktów i współpracy międzysektorowej;
2. Rozwój i wzmocnienie systemu wsparcia ekonomii społecznej – tworzenie stabilnych struktur i sieci współpracy PES, w tym ich włączenie do systemu usług społecznych;
3. Wzmocnienie potencjału organizacyjnego i ekonomicznego PES/PS – zwiększenie liczby podmiotów, profesjonalizacja i rozwój usług.

Funkcję doradczą w zakresie rozwoju sektora pełni **Regionalny Komitet Rozwoju Ekonomii Społecznej Województwa Opolskiego (RKRES)** powołany w 2023 r. przez Marszałka Województwa. W jego skład wchodzą przedstawiciele administracji, sektora społecznego, uczelni i partnerów społecznych. Komitet opiniuje dokumenty strategiczne, inicjuje działania na rzecz rozwoju ekonomii społecznej oraz monitoruje

[11] Podział na subregiony przyjęty w OPRES na lata 2023-2027, dotyczy tylko podziału środków w ramach perspektywy finansowej UE na lata 2021-2027 na wsparcie podmiotów ekonomii społecznej, https://bip.opolskie.pl/wp-content/uploads/2023/12/11282-zal.-1-poprawny.pdf

realizację programów regionalnych.

Potrzeby i bariery w rozwoju usług społecznych w województwie opolskim

Badanie własne ROPS w Opolu przeprowadzone we wszystkich gminach województwa opolskiego w maju 2025 r. dotyczyło stanu oraz potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych w czterech obszarach wsparcia: osób starszych i z niepełnosprawnościami, rodziny oraz pieczy zastępczej, osób w kryzysie zdrowia psychicznego oraz osób w kryzysie bezdomności. Wyniki badania potwierdzają silny trend rozwojowy usług środowiskowych, przy równoczesnym słabszym rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego i treningowego.

W obszarze wsparcia osób starszych i z niepełnosprawnościami gminy najczęściej wskazywały konieczność rozwoju: usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania (50%), AOON (40%), usług rehabilitacyjnych (38%), opieki wytchnieniowej (38%), usługi asystenckie i wspomagające tj. dowóz żywności, leków, usługa „złotej rączki” (37%), usług typu „door-to-door” (33%). Najpoważniejsze bariery, które powtarzają się we wszystkich obszarach to niedobór środków finansowych, kadr oraz infrastruktury lokalowej.

W obszarze wsparcia rodziny i pieczy zastępczej prawie połowa gmin wskazała, że najważniejszy jest rozwój usług wspierających rodziny naturalne celem zapobiegania umieszczania dzieci w pieczy zastępczej (48%). Kolejną ważną potrzebą zdaniem 45% gmin jest rozwój mieszkalnictwa wspomaganego i treningowego dla wychowanków opuszczających pieczę zastępczą, gdyż brak takiej infrastruktury hamuje proces usamodzielniania. W dalszej kolejności gminy wskazywały na rozwój usług wspierających rodziny przeżywające trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej oraz rodziny w kryzysie np. leczenie uzależnień, telefony zaufania, wsparcie psychologiczne (42%).

W obszarze wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi wśród najważniejszych potrzeb w rozwoju usług społecznych gminy wymieniały: asystenturę osobistą (35%), specjalistyczne usługi opiekuńcze (33%), opiekę wytchnieniową (30%), mieszkalnictwo wspomagane (27%), dzienne formy wsparcia i usługi sąsiedzkie/wspomagające (po 24%). Za największe przeszkody w rozwijaniu usług

gminy uznały: deficyt kadrowy (75%), brak środków finansowych lub niedostateczne zasoby (62%), infrastrukturę lokalową (61%), problemy z transportem, dojazdem do miejsca świadczenia usług (40,85%); ponadto: złożoność przepisów, długie kolejki do specjalistów z obszaru wsparcia zdrowia psychicznego, brak podmiotów, którym gmina mogłaby zlecić zadania.

Do najważniejszych potrzeb w obszarze wsparcia osób w kryzysie bezdomności zdaniem badanych gmin należą: rozwój mieszkalnictwa, w tym mieszkań wspomaganych, komunalnych i w ramach najmu socjalnego (34%), rozwój usług wspierających np. terapia uzależnień (29%), poradnictwo specjalistyczne dla osób przebywających w instytucjach całodobowych tj. schroniska, domy wspólnotowe, domy dla samotnych matek mające na celu wsparcie tych osób w opuszczeniu placówek (27%). W dalszej kolejności gminy wskazały na konieczność wprowadzenia działań profilaktycznych tj. poradnictwo specjalistyczne skierowane do osób zagrożonych bezdomnością z powodu m.in. eksmisji, przemocy w rodzinie, dla osób uzależnionych, po opuszczeniu zakładów karnych, szpitali.

Podsumowując:

- w województwie opolskim dominują usługi środowiskowe – opiekuńcze, wytchnieniowe, asystenckie, natomiast mniej dostępne są usługi mobilne i specjalistyczne (specjalistyczne usługi opiekuńcze, usługi typu door-to-door, usługi rehabilitacyjne);
- mieszkalnictwo wspomagane i treningowe to najczęściej wskazywana potrzeba i najtrudniejszy obszar do realizacji;
- bariery w zakresie rozwoju usług społecznych powtarzają się we wszystkich obszarach: brak środków finansowych, niedostateczna infrastruktura lokalowa, niedobór kadr, ograniczenia transportowe oraz brak podmiotów do zlecania usług.

Główne wnioski wynikające z diagnozy społecznej

- Utrzymujący się trend depopulacyjny stanowi istotne wyzwanie dla polityki społecznej województwa opolskiego, w szczególności w kontekście planowania usług społecznych, polityki senioralnej oraz rozwoju lokalnego.
- W mniejszych, peryferyjnych powiatach województwa (m.in. głubczyckim,

prudnickim, namysłowskim) występuje wyższy odsetek osób z niepełnosprawnościami. Powiaty te powinny być priorytetowo traktowane w planowaniu dostępności usług publicznych i infrastruktury wspierającej.

- Utrzymujące się ujemne saldo migracji w województwie opolskim, mimo jego nieznacznej poprawy w 2024 roku, potwierdza istnienie trwałego trendu odpływu ludności z regionu. Zjawisko to może osłabiać potencjał demograficzny i społeczno-gospodarczy województwa, dlatego wymaga zintensyfikowania działań na rzecz zwiększenia atrakcyjności regionu do życia, pracy i zakładania rodzin – zwłaszcza w kontekście zatrzymywania młodych mieszkańców oraz przyciągania nowych.
- Spadek liczby rodzin i dzietności, wzrost liczby rodzin niepełnych i związków niesformalizowanych wskazują na konieczność budowania zintegrowanego systemu wsparcia rodziny, który będzie nie tylko reagował na problemy (duża skala przemocy domowej), lecz także wzmacniał potencjał rodziny jako podstawowej komórki społecznej.
- Zróżnicowanie terytorialne skali korzystania z pomocy społecznej – od 3,3% w powiecie głubczyckim do 1,3% w Opolu oraz wzrost wskaźnika w czterech powiatach wskazują na potrzebę prowadzenia polityki społecznej uwzględniającej lokalne uwarunkowania i koncentrację działań tam, gdzie występuje wzrost potrzeb.
- Dominujące przyczyny korzystania z pomocy społecznej w województwie opolskim – ciężka lub długotrwała choroba, ubóstwo i bezrobocie – pozostają niezmienne, choć liczba świadczeniobiorców z tych powodów systematycznie maleje,
  co świadczy o poprawie sytuacji społeczno-ekonomicznej części mieszkańców. Jednocześnie wzrost liczby osób objętych wsparciem z powodu klęsk żywiołowych (powódź w 2024r.) podkreśla potrzebę wzmacniania systemu reagowania kryzysowego i elastyczności działań pomocowych w sytuacjach nadzwyczajnych.
- Nadal znaczącego wsparcia wymagają rodziny doświadczające problemów opiekuńczo-wychowawczych oraz te, które dotknięte zostały przemocą domową. W związku z tym ważne jest, aby rozwijać oraz planować usługi tak, aby wspierały rodziny w kryzysie zgodnie z ich potrzebami. Dobrze

zaprojektowany holistyczny system wsparcia dedykowany rodzinom może skutecznie przeciwdziałać umieszczaniu dzieci w pieczy zastępczej.

Wyzwania przyszłości polityki społecznej dla Województwa Opolskiego

Obszar wyzwania	Opis wyzwania	Rekomendacje
Depopulacja i migracje	Utrzymujący się odpływ ludności z woj. opolskiego, szczególnie osób młodych i aktywnych zawodowo	Potrzeba działań na rzecz zatrzymywania mieszkańców, przyciągania nowych oraz rozwoju lokalnych usług i infrastruktury
Zmiany demograficzne – starzenie się społeczeństwa	Rosnący udział osób starszych w strukturze demograficznej województwa	Konieczność rozwoju usług środowiskowych; wspieranie opiekunów oraz asystentów
Nierówności terytorialne	Zróżnicowany poziom korzystania z pomocy społecznej w zależności od powiatu	Ukierunkowanie działań na obszary z największymi potrzebami i słabszą dostępnością usług
Zdarzenia kryzysowe i losowe	Wzrost liczby świadczeń z powodu klęsk żywiołowych (np. powodzie)	Budowa elastycznego systemu reagowania i wsparcia w sytuacjach nadzwyczajnych
Spadek liczby świadczeniobiorców	Malejąca liczba osób korzystających z pomocy społecznej, przy jednoczesnych zmianach demograficznych i zmianie charakteru i potrzeb odbiorców pomocy społecznej	Koordynacja usług społecznych np. w centrach usług społecznych (promocja ich tworzenia) diagnozowanie potrzeb w zakresie rozwoju infrastruktury usług społecznych
Aktywizacja i usamodzielnianie	Potrzeba dalszego wzmacniania samodzielności beneficjentów i ograniczania zależności od systemu świadczeń	Rozwój usług integracyjnych, aktywizacja zawodowa i społeczna, wspieranie rozwoju ekonomii społecznej

ANALIZA SWOT OBSZARU POLITYKI SPOŁECZNEJ

Analiza SWOT stanowi kluczowy element strategii, umożliwiający kompleksową ocenę wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań wpływających na rozwój systemu wsparcia społecznego w regionie. Celem analizy jest identyfikacja mocnych i słabych stron istniejących rozwiązań instytucjonalnych, kadrowych i finansowych, a także rozpoznanie szans i zagrożeń wynikających z uwarunkowań demograficznych społeczno-gospodarczych oraz organizacyjnych. Uzyskane wyniki stanowią podstawę do formułowania celów strategicznych i kierunków rozwoju polityki społecznej w latach 2026-2030, ukierunkowanych na poprawę jakości życia mieszkańców oraz upowszechnianie nowoczesnych, środowiskowych form wsparcia dostosowanych do potrzeb odbiorców.

Analiza SWOT obszaru polityki społecznej	
MOCNE STRONY (strengths)	**SŁABE STRONY (weaknesses)**
• doświadczenie instytucjonalne w pozyskiwaniu i wdrażaniu środków unijnych • umiarkowany wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym • zmniejszająca się liczba osób korzystających z pomocy społecznej • kapitał ludzki sektora pomocowego – wykwalifikowana kadra • dobrze rozwinięta sieć instytucji pomocy społecznej • rozwinięta infrastruktura społeczna (duża liczba miejsc w domach pomocy społecznej, dziennych domach pomocy, klubach seniora)	• starzejące się społeczeństwo i odpływ młodych ludzi (szczególnie migracje zarobkowe) • najniższy w kraju wskaźnik dzietności • niekorzystne prognozy demograficzne do 2050 r. wskazujące województwo opolskie jako najstarszy demograficznie region kraju • jeden z najniższych w kraju poziom dostępności mieszkań • nierównomierny dostęp do usług społecznych, zwłaszcza na obszarach wiejskich, gdzie deficyty transportu publicznego i wykluczenie komunikacyjne stanowią barierę

• aktywny sektor ekonomii społecznej i wsparcie w programach regionalnych (FEO) sprzyjające rozwojowi usług społecznych • wielokulturowość i tradycje integracyjne	systemową w dostępie do opieki i wsparcia, wpływając na aktywność społeczną oraz procesy migracyjne mieszkańców • niewystarczający zakres usług realizowanych w formie mieszkań wspomaganych i treningowych • niewystarczająca liczba kadry pomocowej (opiekunki, asystenci OzN) • niewystarczająca liczba placówek reintegracji społecznej i zawodowej (WTZ, ŚDS, ZAZ, ZPCh) • rosnąca liczba osób w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym niepokojąca liczba osób nieletnich • niski poziom wiedzy i zaufania społecznego do podmiotów ekonomii społecznej • uzależnienie III sektora od środków zewnętrznych
SZANSE (opportunities)	**ZAGROŻENIA (threats)**
• wykorzystanie środków finansowych z perspektywy UE 2021-2027 • aktywna polityka prorodzinna i rozwój sektora usług społecznych • poprawa infrastruktury mieszkaniowej, w tym dostępności mieszkań (także wspomaganych i treningowych) • zwiększenie świadomości konieczności rozwoju usług środowiskowych (lepsze zrozumienie procesu	• niestabilność finansowa usług społecznych tj. brak krajowych rozwiązań finansowych na rzecz poprawy dostępności usług społecznych • uzależnienie realizacji działań od dostępności zewnętrznych środków finansowych • deficyt pracowników w sferze pomocowej (z zakresie opieki nad osobami starszymi i z niepełnosprawnościami)

deinstytucjonalizacji usług społecznych) • wzrost dostępności oraz znaczenia nowoczesnych technologii i innowacji społecznych • upowszechnienie zasad dostępności infrastruktury, dzięki uniwersalnemu projektowaniu oraz usuwaniu istniejących barier • większa dostępność do usług ochrony zdrowia psychicznego • współpraca i rozwój powiązań z sektorem usług społecznych w innych krajach • propagowanie zdrowego stylu życia jako profilaktyka zdrowotna adresowana do rodziny i dziecka	• Pogłębianie się niekorzystnych różnic demograficznych między województwem opolskim a innymi regionami kraju oraz narastanie dysproporcji ludnościowych pomiędzy poszczególnymi obszarami województwa

Podsumowanie analizy SWOT

Analiza SWOT wskazuje, że polityka społeczna województwa opolskiego opiera się na stabilnych podstawach instytucjonalnych i kadrowych, jednak wymaga ukierunkowanych działań dostosowujących system wsparcia do zmieniających się uwarunkowań demograficznych i społecznych. Wykorzystując mocne strony regionu, w szczególności rozwiniętą infrastrukturę instytucji pomocy społecznej, doświadczenie w pozyskiwaniu środków zewnętrznych, wysokie kwalifikacje kadr oraz potencjał sektora ekonomii społecznej, należy dążyć do zwiększenia dostępności i jakości usług społecznych, w tym szczególnie na obszarach wiejskich i peryferyjnych. W tym celu istotne jest rozwijanie usług środowiskowych, mieszkań wspomaganych i treningowych, a także lokalnych form wsparcia opiekuńczego i asystenckiego. Mając na względzie niekorzystne tendencje demograficzne, konieczne jest wzmocnienie działań o charakterze prorodzinnym i prozatrudnieniowym.

Szansą na przeciwdziałanie depopulacji oraz poprawę jakości życia mieszkańców regionu jest aktywna polityka prorodzinna, rozwój usług dla dzieci i rodzin oraz tworzenie warunków sprzyjających godzeniu ról zawodowych i rodzinnych.
Ważnym kierunkiem działań jest również zwiększanie świadomości społecznej w zakresie zdrowia psychicznego, starzenia się społeczeństwa oraz dostępności usług, a także budowanie zaufania do sektora ekonomii społecznej i organizacji pozarządowych. Wzmocnienie ich roli w realizacji usług publicznych może przyczynić się do większej elastyczności i efektywności systemu wsparcia.
Kolejnym ważnym kierunkiem powinno być przeciwdziałanie zagrożeniom związanym z brakiem ciągłości finansowania usług społecznych oraz deficytem kadr w sektorze pomocowym. W związku z tym konieczne jest rozwijanie partnerstw międzysektorowych, systematyczne podnoszenie kwalifikacji pracowników oraz poszukiwanie alternatywnych źródeł finansowania usług.
Dalszy rozwój polityki społecznej województwa opolskiego wymaga pełnego wykorzystania istniejącego potencjału instytucjonalnego poprzez:

- Zwiększenie świadomości władz gmin i powiatów na temat ich roli w rozwijaniu lokalnych usług społecznych;
- rozbudowę systemu mieszkań wspomaganych i treningowych, szczególnie na obszarach gmin miejsko-wiejskich;
- wdrażanie stałych mechanizmów finansowania usług społecznych z poziomu regionalnego i krajowego;
- zawiązywanie partnerstw między instytucjami publicznymi i sektorem ekonomii społecznej;
- inwestycje w rozwój i stabilizację kadr pomocy społecznej, w tym opiekunów i asystentów osób z niepełnosprawnościami, np. opracowanie regionalnego planu stabilizacji i rozwoju kadr opiekuńczych;
- wykorzystanie technologii cyfrowych do poprawy dostępności usług (teleopieka, e-usługi społeczne);
- prowadzenie regionalnych programów profilaktyki zdrowotnej i wsparcia zdrowia psychicznego, zwłaszcza dzieci i młodzieży.

CELE STRATEGICZNE, DZIAŁANIA I ICH WSKAŹNIKI

W Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030 zaplanowane zostały następujące cele strategiczne oraz działania:

Cel strategiczny 1: Rozwój spersonalizowanych, dopasowanych do potrzeb mieszkańców usług społecznych realizowanych w środowisku lokalnym
Działanie 1: Zwiększenie dostępności usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej
Działanie 2: Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji poprzez rozwój nowych form instytucjonalnych w zakresie usług społecznych
Działanie 3: Wzmacnianie i rozwój usług środowiskowych dla rodzin, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami
Działanie 4: Inspirowanie i pobudzanie do działania w kierunku powstawania gminnych i miejskich rad seniorów
Działanie 5: Inspirowanie i pobudzanie do działania w kierunku tworzenia w urzędach gmin samodzielnych stanowisk ds. senioralnych

Cel strategiczny 2: Profesjonalizacja kadr pomocy i integracji społecznej
Działanie 1: Doskonalenie kompetencji i umiejętności kadr pomocy i integracji społecznej poprzez stworzenie spójnego systemu szkoleń
Działanie 2: Działania zmierzające do wzmocnienia służb społecznych

Cel strategiczny 3: Wzmocnienie i wsparcie funkcji opiekuńczo-wychowawczych rodzin oraz poprawa warunków sprzyjających stabilności i rozwojowi rodzin w województwie opolskim
Działanie 1: Wspieranie rodzin z dziećmi w zakresie opieki, wychowania i łączenia ról rodzinnych i zawodowych oraz wzmacnianie kondycji rodzin poprzez działania edukacyjne i profilaktyczne
Działanie 2: Wsparcie rodzin w trudnej sytuacji życiowej i przeciwdziałanie ubóstwu
Działanie 3: Wspieranie rodzin wielodzietnych
Działanie 4: Dostosowanie usług społecznych do zmian w strukturze rodzin
Działanie 5: Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej

Cel strategiczny 1: Rozwój spersonalizowanych, dopasowanych do potrzeb mieszkańców usług społecznych realizowanych w środowisku lokalnym

Działanie 1: Zwiększenie dostępności usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej

Tabela 1 Wskaźnik nr 1 do Działania 1

Nazwa wskaźnika	Liczba osób objętych usługami opiekuńczymi w gminach w skali roku
Źródło pomiaru wskaźnika	Sprawozdanie MRiPS-03/OZPS
Wielkość bazowa 2024 r.	2 855
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	3 000

Tabela 2 Wskaźnik nr 2 do Działania 1

Nazwa wskaźnika	Liczba mieszkań treningowych/wspomaganych prowadzonych lub zlecanych do prowadzenia przez gminy i powiaty
Źródło pomiaru wskaźnika	Dane własne ROPS
Wielkość bazowa 2025 r.	226
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	236

Działanie 2: Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji poprzez rozwój nowych form instytucjonalnych w zakresie usług społecznych

Tabela 3 Wskaźnik nr 3 do Działania 2

Nazwa wskaźnika	Liczba powstałych centrów usług społecznych w województwie
Źródło pomiaru wskaźnika	OZPS
Wielkość bazowa 2025 r.	1
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	4

Tabela 4 Wskaźnik nr 4 do Działania 2

Nazwa wskaźnika	Liczba powstałych centrów opiekuńczo-mieszkalnych w województwie
Źródło pomiaru wskaźnika	OZPS
Wielkość bazowa 2025 r.	3
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	5

Działanie 3: Wzmacnianie i rozwój usług środowiskowych dla rodzin, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami

Tabela 5 Wskaźnik nr 5 do Działania 3

Nazwa wskaźnika	Liczb osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w skali roku
Źródło pomiaru wskaźnika	Sprawozdanie MRiPS-03/OZPS
Wielkość bazowa 2024 r.	513

Wielkość oczekiwana do 2030 r.	550

Tabela 6 Wskaźnik nr 6 do Działania 3

Nazwa wskaźnika	Liczb miejsc/uczestników w dziennych domach pomocy i klubach seniora w województwie i Uniwersytetach III wieku
Źródło pomiaru wskaźnika	OZPS
Wielkość bazowa 2024 r.	9 375
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	9 500

Działanie 4: Inspirowanie i pobudzanie do działania w kierunku powstawania gminnych i miejskich rad seniorów

Działanie 5: Inspirowanie i pobudzanie do działania w kierunku tworzenia w urzędach gmin samodzielnych stanowisk ds. senioralnych

Cel strategiczny 2: Profesjonalizacja kadr pomocy i integracji społecznej

Działanie 1: Doskonalenie kompetencji i umiejętności kadr pomocy i integracji społecznej poprzez stworzenie spójnego systemu szkoleń

Tabela 7 Wskaźnik nr 1 do Działania 1

Nazwa wskaźnika	Liczba zorganizowanych szkoleń/spotkań podnoszących umiejętności i kompetencje zawodowe w skali roku
Źródło pomiaru wskaźnika	Dane własne ROPS w Opolu
Wielkość bazowa 2024 r.	35

Wielkość oczekiwana do 2030 r.	40

Tabela 8 Wskaźnik nr 2 do Działania 1

Nazwa wskaźnika	Liczba pracowników kadry pomocy i integracji społecznej, którzy podnieśli kwalifikacje zawodowe w skali roku
Źródło pomiaru wskaźnika	Dane własne ROPS w Opolu
Wielkość bazowa 2024 r.	404
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	≥ 404

Działanie 2: Działania zmierzające do wzmocnienia służb społecznych

Tabela 9 Wskaźnik nr 3 do Działania 2

Nazwa wskaźnika	Liczba gmin nie spełniających ustawowego wymogu zatrudnienia odpowiedniej liczby pracowników socjalnych
Źródło pomiaru wskaźnika	OZPS
Wielkość bazowa 2024 r.	6
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	≤ 6

Tabela 10 Wskaźnik nr 4 do Działania 2

Nazwa wskaźnika	Liczba działań promocyjnych, pikników i wydarzeń skierowanych do mieszkańców województwa w celu poprawy wizerunku pomocy społecznej w skali roku

Źródło pomiaru wskaźnika	Dane własne ROPS w Opolu
Wielkość bazowa 2024 r.	7
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	≥ 7

Cel strategiczny 3: Wzmocnienie i wsparcie funkcji opiekuńczo-wychowawczych rodzin oraz poprawa warunków sprzyjających stabilności i rozwojowi rodzin w województwie opolskim

Działanie 1: Wspieranie rodzin z dziećmi w zakresie opieki, wychowania i łączenia ról rodzinnych i zawodowych oraz wzmacnianie kondycji rodzin poprzez działania edukacyjne i profilaktyczne

Tabela 11 Wskaźnik nr 1 do Działania 1

Nazwa wskaźnika	Liczba placówek wparcia dziennego funkcjonujących w województwie
Źródło pomiaru wskaźnika	OZPS
Wielkość bazowa 2024 r.	35
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	≥ 35

Tabela 12 Wskaźnik nr 2 do Działania 1

Nazwa wskaźnika	Liczba wydarzeń skierowanych do rodzin w skali roku
Źródło pomiaru wskaźnika	Dane własne ROPS w Opolu
Wielkość bazowa 2024 r.	7
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	8

Działanie 2: Wsparcie rodzin w trudnej sytuacji życiowej i przeciwdziałanie ubóstwu

Tabela 13 Wskaźnik nr 3 do Działania 2

Nazwa wskaźnika	Liczba rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu ubóstwa
Źródło pomiaru wskaźnika	OZPS
Wielkość bazowa 2024 r.	6 992
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	6 500

Tabela 14 Wskaźnik nr 4 do Działania 2

Nazwa wskaźnika	Liczba dzieci i młodzieży korzystających z posiłków w ramach programu „Posiłek w szkole i w domu”
Źródło pomiaru wskaźnika	MRPiPS „Posiłek w szkole i w domu”
Wielkość bazowa 2024 r.	4 651
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	≤ 3 500

Działanie 3: Wspieranie rodzin wielodzietnych

Tabela 15 Wskaźnik nr 5 do Działania 3

Nazwa wskaźnika	Liczba osób w rodzinach korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych w rodzinach niepełnych i wielodzietności
Źródło pomiaru wskaźnika	OZPS
Wielkość bazowa 2024 r.	2 989

Wielkość oczekiwana do 2030 r.	2 500

Działanie 4: Dostosowanie usług społecznych do zmian w strukturze rodzin[12]

Tabela 16 Wskaźnik nr 6 do Działania 4

Nazwa wskaźnika	Liczba projektów wdrażających nowe formy usług dla rodzin
Źródło pomiaru wskaźnika	Dane własne ROPS w Opolu
Wielkość bazowa 2024 r.	1
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	1

Działanie 5: Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej

Tabela 17 Wskaźnik nr 7 do Działania 5

Nazwa wskaźnika	Odsetek dzieci przebywających w pieczy zastępczej, które wychowują się w rodzinnej pieczy zastępczej
Źródło pomiaru wskaźnika	OZPS
Wielkość bazowa 2024 r.	78%
Wielkość oczekiwana do 2030 r.	80%

[12] Kluczowe zmiany w strukturze rodziny to: zmiany demograficzne, zmiany w modelach małżeńskich, zmiany w rozmiarze rodziny, zmiany w relacjach międzypokoleniowych

WDRAŻANIE STRATEGII ORAZ RAMY FINANSOWE

Realizacja Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030 opiera się na zestawie zasad, które mają zapewnić skuteczność, przejrzystość i trwałość działań w całym okresie obowiązywania dokumentu.

Zasady realizacji Strategii są następujące:

- **Zasada partnerstwa i współpracy** - oznacza, że strategia realizowana jest w oparciu o szerokie partnerstwo podmiotów publicznych, społecznych i prywatnych. Kluczową rolę odgrywają jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli (województwo, powiat, gmina), jednostki organizacyjne pomocy społecznej, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, uczelnie wyższe, instytucje rynku pracy, podmioty ochrony zdrowia, a także środowiska obywatelskie. Gwarantem kompleksowej i zintegrowanej realizacji usług społecznych jest współpraca międzysektorowa, która przyczyni się do lepszego i efektywniejszego wykorzystania lokalnych zasobów i potencjałów.
- **Zasada komplementarności i spójności –** oznacza, że realizacja Strategii jest skoordynowana z innymi dokumentami strategicznymi, tj. Strategią Rozwoju Województwa Opolskiego 2030, Programem Regionalnym Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027, Strategią Rozwoju Usług Społecznych Polityka Publiczna do roku 2030 oraz krajowymi programami resortowymi. Zachowana zostaje spójność celów i działań, a finansowanie poszczególnych przedsięwzięć opiera się na łączeniu środków z różnych źródeł, co zwiększa efektywność inwestycji społecznych.
- **Zasada integracji i koordynacji polityk publicznych** zakłada zintegrowane podejście do problemów społecznych, łączenie polityki społecznej z polityką zdrowotną, edukacyjną, mieszkaniową, zatrudnienia, demografią i rozwojem regionalnym.
- **Zasada równości szans oraz niedyskryminacji** - oznacza, że wdrażanie strategii odbywa się z poszanowaniem zasad równego traktowania kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji ze względu na wiek, niepełnosprawność,

pochodzenie, status materialny, wyznawaną religię, światopogląd czy miejsce zamieszkania.

- **Zasada zrównoważonego rozwoju –** oznacza, że strategia jest realizowana z poszanowaniem zasad zrównoważonego rozwoju, czyli dbałości o dobrostan społeczny, równowagę ekologiczną oraz stabilność ekonomiczną województwa.
- **Zasada efektywności i racjonalności –** oznacza, że realizacja Strategii opiera się na odpowiedzialnym gospodarowaniu środkami publicznymi, w tym funduszami europejskimi.

Strategia ma charakter otwarty i elastyczny. Wyznacza cele i kierunki działań, pozostawiając realizatorom we wszystkich płaszczyznach przestrzeń w doborze narzędzi i sposobów ich osiągania. Takie podejście jest szczególnie właściwe w obszarze polityki społecznej, gdzie – jak pokazało doświadczenie pandemii COVID-19 kluczowe znaczenie ma szybkie reagowanie na zmieniające się potrzeby. Sprawdza się ono również w działaniach wymagających współpracy wielu podmiotów i partnerów społecznych.

Poniższy schemat wdrażania Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026–2030 przedstawia zintegrowany i cykliczny proces realizacji, w którym kluczową rolę odgrywa współpraca oraz bieżące dostosowywanie działań do zmieniających się uwarunkowań społecznych.

Na najwyższym poziomie znajduje się koordynacja strategiczna, zapewniająca spójność podejmowanych inicjatyw z celami Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego. Kolejnym etapem jest monitoring, wsparcie merytoryczne, analiza wskaźników oraz ewaluacja, które prowadzone na bieżąco umożliwiają ocenę skuteczności działań i identyfikację obszarów wymagających wsparcia. W proces wdrażania strategii zaangażowani są partnerzy lokalni i instytucjonalni tj. organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, uczelnie wyższe, pełniący funkcję doradczą, wspierającą i współrealizującą poszczególne przedsięwzięcia. Natomiast realizatorami strategii są jednostki organizacyjne pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej oraz podmioty gospodarcze, które wdrażają konkretne działania w terenie. Ostatnim elementem schematu jest doskonalenie i aktualizacja, czyli bieżące dostosowywanie kierunków działań do

potrzeb województwa oraz zmian społeczno-demograficznych, co zapewni strategii charakter otwarty i rozwojowy.

Rysunek 3. Schemat wdrażania Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026–2030

Źródło: opracowanie własne

Finansowanie realizacji

Finansowanie działań opisanych w Strategii Polityki Społecznej odbywać się będzie za pomocą środków pochodzących z różnych źródeł, co daje większe możliwości realizacyjne. Korzyści wynikające z dywersyfikacji źródeł finansowania:

- Zwiększenie stabilności finansowej – ogranicza ryzyko uzależnienia od jednego źródła (np. funduszy UE);
- Zapewnienie ciągłości działań – pozwala utrzymać realizację usług nawet w sytuacji ograniczenia środków;
- Lepsze wykorzystanie potencjału partnerstw – sprzyja współpracy międzysektorowej (NGO-samorząd-biznes) i łączy różne źródła kapitału społecznego i finansowego;
- Możliwość rozwoju innowacji społecznych – pozyskiwanie środków z funduszy grantowych.

Precyzyjne określenie i szczegółowe opisanie środków na realizację strategii nie jest możliwe na tym etapie z uwagi na długoterminowy charakter dokumentu oraz zmienność uwarunkowań społecznych i finansowych. Realizacja celów będzie uzależniona od dostępności środków oraz decyzji budżetowych na szczeblu zarówno krajowym jak i regionalnym, a także od możliwości finansowych jednostek samorządu terytorialnego, a także ich potencjału w zakresie pozyskiwania funduszy z innych źródeł.

Finansowanie Strategii odbywać się może m.in. przy udziale środków:

- ✓ budżetu państwa;
- ✓ własnych samorządu województwa;
- ✓ własnych jednostek samorządu terytorialnego;
- ✓ funduszy Unii Europejskiej;
- ✓ innych źródeł zewnętrznych np. funduszy grantowych (Szwajcarsko-Polski Program Współpracy, Fundusze Norweskie itp.), środków PFRON.

MONITORING STRATEGII

Monitoring realizacji Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030 stanowi kluczowy element procesu decyzyjnego w regionie w zakresie rozwoju społecznego. Jego celem jest dostarczenie wiedzy o tym, czy jest ona realizowana zgodnie z założeniami, zapewnienie bieżącej oceny postępów wdrażania zaplanowanych działań, identyfikację ewentualnych trudności, a także umożliwienie podejmowania decyzji korygujących.

Samorząd Województwa Opolskiego sprawuje nadzór nad realizacją monitoringu Strategii, który w jego imieniu prowadzi Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu. Podstawą monitoringu Strategii będą coroczne opracowania w postaci Oceny Zasobów Pomocy Społecznej przygotowywane przez ROPS, a także wnioski wynikające z badań, analiz i realizacji programów wojewódzkich oraz wyniki ewaluacji realizowanych w województwie opolskim, a także coroczne opracowania Raportu o stanie województwa opolskiego.

Zasady monitorowania Strategii:

- **Zasada systematyczności –** oznacza, że monitoring Strategii jest prowadzony zgodnie z przyjętym harmonogramem (tabela 18) w sposób ciągły i regularny, z wykorzystaniem gromadzonych danych statystycznych, sprawozdań jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz wyników badań i analiz społecznych.
- **Zasada partycypacji i współodpowiedzialności** – oznacza, że proces monitorowania obejmuje współpracę instytucji samorządowych, organizacji pozarządowych, podmiotów ekonomii społecznej oraz interesariuszy, którzy wspólnie odpowiadają za realizację celów Strategii.
- **Zasada przejrzystości i dostępności informacji** – wyniki monitoringu są upowszechniane w sposób czytelny i publicznie dostępny (publikacja na stronie ROPS), co umożliwia wszystkim zainteresowanym ocenę skuteczności prowadzonych działań.
- **Zasada wykorzystania wyników monitoringu w zarządzaniu strategicznym** – oznacza, że wnioski z monitoringu stanowią podstawę do aktualizacji działań, modyfikacji celów oraz podejmowania decyzji o

kierunkach rozwoju polityki społecznej w województwie.

Tabela 18 Monitoring Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030

Zakres monitoringu	Instytucja odpowiedzialna	Źródła danych	Częstotliwość	Forma opracowania
Weryfikacja poziomu realizacji wskaźników Strategii	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu	Ocena Zasobów Pomocy Społecznej, sprawozdania JST, dane GUS, badania i analizy własne	Corocznie	Zestawienie wskaźników i ich analiza pod kątem realizacji w stosunku do wartości bazowej
Realizacja celów strategicznych	ROPS we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego	Ocena Zasobów Pomocy Społecznej, sprawozdania JST, dane GUS, badania i analizy własne, sprawozdania z realizacji programów wojewódzkich	Po dwóch latach	Bilans realizacji Strategii
Podsumowanie realizacji Strategii	ROPS, Zarząd Województwa Opolskiego	Raporty monitoringowe, konsultacje społeczne, oceny eksperckie	Po czterech latach obowiązywania Strategii	Raport ewaluacyjny i rekomendacje aktualizacyjne

Źródło: opracowanie własne

BIBLIOGRAFIA

Bank Danych Lokalnych GUS, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start

Kisielewicz, D. (2015), Historyczne uwarunkowania odrębności regionu Śląska Opolskiego, Pogranicze, Polish Borderlands Studies, t. 3, nr 1, s. 7-18.

Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego za rok 2024, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu, czerwiec 2025

Opieka nad dziećmi w wieku do lat 3 w 2024, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2025

Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS, Warszawa 2014, s.134.

Rodziny w województwie opolskim w świetle Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, Urząd Statystyczny w Opolu, Opole 2024
Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa opolskiego 2025, Urząd Statystyczny w Opolu, Opole 2025

Sytuacja gospodarstw domowych w 2023 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych, Warszawa 2024

Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego. Opolskie 2030

Osoby niepełnosprawne w 2024 r., Informacje sygnalne, GUS

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1 Struktura ludności według wieku w województwie opolskim w 2024r. ... 26

Rysunek 2 Przemoc domowa w województwie opolskim w 2024 roku – kluczowe dane ... 30

Rysunek 3. Schemat wdrażania Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026–2030 ... 63

SPIS TABEL

Tabela 1 Wskaźnik nr 1 do Działania 1 ... 54

Tabela 2 Wskaźnik nr 2 do Działania 1 ... 54

Tabela 3 Wskaźnik nr 3 do Działania 2 ... 55

Tabela 4 Wskaźnik nr 4 do Działania 2 55

Tabela 5 Wskaźnik nr 5 do Działania 3 55

Tabela 6 Wskaźnik nr 6 do Działania 3 56

Tabela 7 Wskaźnik nr 1 do Działania 1 56

Tabela 8 Wskaźnik nr 2 do Działania 1 57

Tabela 9 Wskaźnik nr 3 do Działania 2 57

Tabela 10 Wskaźnik nr 4 do Działania 2 57

Tabela 11 Wskaźnik nr 1 do Działania 1 58

Tabela 12 Wskaźnik nr 2 do Działania 1 58

Tabela 13 Wskaźnik nr 3 do Działania 2 59

Tabela 14 Wskaźnik nr 4 do Działania 2 59

Tabela 15 Wskaźnik nr 5 do Działania 3 59

Tabela 16 Wskaźnik nr 6 do Działania 4 60

Tabela 17 Wskaźnik nr 7 do Działania 5 60

Tabela 18 Monitoring Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030 66

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1 Beneficjenci pomocy społecznej (ośrodków pomocy społecznej) w województwie opolskim w latach 2018-2024 31

Wykres 2 Powody udzielenia pomocy społecznej w województwie opolskim w latach 2023-2024 32

Wykres 3 Dzieci w podmiotach pieczy zastępczej w województwie opolskim w latach 2023-2024 36

SPIS MAP

Mapa 1 Podmioty rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej w województwie opolskim w 2024 r. 35

Mapa 2 Gminy spełniające ustawowy wskaźnik zatrudnienia pracowników socjalnych (do liczby ludności) w ośrodku pomocy społecznej w 2024 r. 39

Mapa 3 Gminy spełniające ustawowy wskaźnik zatrudnienia pracowników socjalnych (do liczby rodzin i osób samotnie gospodarujących objętych pracą socjalną) 40

Mapa 4. Podmioty ekonomii solidarnej w województwie opolskim w maju 2025r. 43

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 Wojewódzki program wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu na lata 2026-2030

Załącznik nr 2 Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2026-2030

Załącznik nr 1
do Strategii Polityki Społecznej
Województwa Opolskiego
na lata 2026-2030

WOJEWÓDZKI PROGRAM WYRÓWNYWANIA SZANS OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA ICH WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU NA LATA 2026-2030

OPOLE, marzec 2026

Spis treści

Spis treści ... 3
1. Wstęp ... 4
2. Kierunki działań i priorytety ... 7
2.1. Osoby z niepełnosprawnościami – aktywne i samodzielne ... 7
2.2. Cele, priorytety i działania ... 8
2.3. Wskaźniki działań ... 12
3. Grupy docelowe ... 13
4. Realizatorzy Programu ... 13
5. Finansowanie Programu ... 13
6. Spodziewane efekty realizacji Programu ... 14
7. Monitoring ... 15

1. Wstęp

Podstawę do opracowania Programu wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałania ich wykluczenia społecznemu na lata 2026-2030, stanowi zapis art. 21 pkt 1 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, który mówi, iż zadaniem samorządu województwa jest – opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.

Program został opracowany w oparciu o nowe oraz znowelizowane akty prawne regulujące zasady i formy wsparcia w obszarze polityki społecznej, ukierunkowanego na wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu. W ramach udzielanej pomocy kluczowe znaczenie przypisano rozwojowi przedsiębiorczości społecznej, systemowi kształcenia kadr pomocy i integracji społecznej oraz inspirowaniu i promowaniu nowych rozwiązań w obszarze pomocy społecznej.

Na podstawę prawną Programu wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałania ich wykluczenia społecznemu na lata 2026-2030, składają się następujące ustawy:

1) z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025, poz.1214 z późn. zm.),
2) z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2025, poz. 581 z późn.zm),
3) z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2025 poz. 913 z późn. zm.),
4) z 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2025, poz. 1718),
5) z 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. z 2026, poz. 48),
6) z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2024, poz. 1673 z późn. zm.),
7) z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2025, poz. 1208),
8) z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. 2025, poz. 1338),
9) z 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz.U.2025, poz.806).

Na płaszczyźnie ogólnokrajowej i wojewódzkiej Program pozostaje w zgodności z zapisami :

- Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020- Nowy Wymiar Integracji, Aktualizacja 2021-2027 z perspektywą do roku 2030,
- Polityki Społecznej wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo - Uczestnictwo – Solidarność (Uchwała Rady Ministrów nr 161 poz. 1169 z dnia 26 października 2018r.),
- Rządowego Programu Przeciwdziałania Przemocy Domowej na lata 2024-2030,
- Zrównoważonej Europy 2030 (European Commission COM(2019)22 of 30 January 2019),
- Krajowego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2030 roku. Ekonomia solidarności społecznej,
- Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., (Dz. U. z 2012, poz. 1169)[1],
- Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego. Opolskie 2030,
- Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Opolskiego na lata 2026-2028.

Podstawą prawną działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami realizowanych w oparciu o niniejszy Program jest przywołana wyżej ustawa o rehabilitacji, gdzie w art.35 ust.1 pkt 1 nałożono na samorząd województwa obowiązek opracowania i realizacji wojewódzkich programów dotyczących wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziała ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Przywołane regulacje prawne tworzą warunki do realizacji programów opartych na konstytucyjnej zasadzie pomocniczości państwa przy wykorzystaniu zasobów tkwiących w społecznościach lokalnych i indywidualnej aktywności osób i środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym i innymi dysfunkcjami.

Według danych GUS z Narodowego Spisu Powszechnego[2] przeprowadzonego w 2021 r. woj. opolskie zamieszkuje prawie 125 tys. osób z niepełnosprawnościami, co w porównaniu do danych ze NSP z 2011 r. wskazuje na wzrost około 30%. Odsetek osób z niepełnosprawnościami w ogólnej liczbie

[1] Ratyfikacja konwencji przez Sejm RP nastąpiła 15 czerwca 2012 r., a przez Prezydenta RP 6 września 2012 r. Dokumenty ratyfikacyjne zostały złożone Sekretarzowi Generalnemu ONZ 25 września 2012 r.
[2] Bank Danych Lokalnych GUS, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start

ludności województwa różni się istotnie pomiędzy powiatami – najwyższy udział zanotowano w powiecie głubczyckim (16,14%), prudnickim (14,79%) i brzeskim (14,78%). Natomiast najniższy odsetek występuje w powiecie opolskim (11,06%), krapkowickim (11,28%) oraz w mieście Opolu (11,96%). W końcu grudnia 2024 r. w województwie opolskim 1,5 tys. osób z niepełnosprawnościami posiadało status osoby bezrobotnej, a w urzędach pracy znajdowało się 0,6 tys. ofert skierowanych do osób z niepełnosprawnościami, tj. 2,5% wszystkich ofert pracy zgłoszonych dla bezrobotnych. [3]

Zróżnicowanie to odzwierciedla lokalne uwarunkowania demograficzne, społeczne i infrastrukturalne, co wymaga dostosowania kierunków działań i form wsparcia do specyfiki poszczególnych powiatów. Polityka społeczna regionu powinna zatem uwzględniać indywidualne potrzeby społeczności lokalnych, wzmacniać dostępność usług dla osób z niepełnosprawnościami i wspierać rozwój lokalnych systemów wsparcia w środowisku zamieszkania.

Z analizy danych wynika, że obecność osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy jest wciąż znacznie niższa niż mogłaby być w rzeczywistości. Często wiąże się to z niższym poziomem wykształcenia, co z kolei przekłada się na trudności w znalezieniu zatrudnienia, w tym formy bezrobocia utrzymujące się dłużej. W tej grupie nadal niewielu jest korzystających ze szkoleń i przekwalifikowania zawodowego. Dodatkowe bariery tworzą uprzedzenia i stereotypy, a także ograniczona wiedza pracodawców o przepisach wspierających zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami oraz o specyfice związanych z niepełnosprawnością wyzwań. Budowanie bardziej otwartego nastawienia pracodawców i pracowników pełnosprawnych jest jednym z ważnych elementów wyrównywania szans i integracji zawodowej.

Program wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałania ich wykluczenia społecznemu na lata 2026-2030 wpisuje się w europejską politykę społeczną, której zasady zostały określone w dokumencie pn. Zrównoważona Europa do 2030, którego główne założenia i cele to zrównoważony

[3] Osoby z niepełnosprawnościami na rynku pracy w województwie opolskim w 2024 r., Informacja sygnalna Urząd Statystyczny w Opolu, 31.03.2025 r., https://opole.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/praca-wynagrodzenie/osoby-z-niepelnosprawnosciami-na-rynku-pracy-w-wojewodztwie-opolskim-w-2024-r-,5,12.html# , s.1, (z dnia 07.11.2025 r.).

wzrost gospodarczy, tworzenie miejsc pracy, walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, równość płci. Jednym z przyjętych w ww. dokumencie celów jest obniżenie liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Obecnie Unia Europejska zwraca uwagę na działania mające na celu niwelowanie różnic regionalnych, wprowadzanie spójności społecznej, wyrównywanie szans edukacyjnych oraz zwalczanie dyskryminacji na rynku pracy. Prowadząc politykę równości, dąży do traktowania równo wszystkich obywateli bez względu na płeć, pochodzenie czy stopień wykształcenia.

2. Kierunki działań i priorytety

2.1. Osoby z niepełnosprawnościami – aktywne i samodzielne

Osoby z niepełnosprawnościami w życiu codziennym napotykają wiele barier, które nie pozwalają na pełne zaspokojenie ich praw oraz na realizację potrzeb społecznych i zawodowych. Niepełnosprawność wskutek uprzedzeń i stereotypów, które funkcjonują w społeczeństwie, marginalizacji społecznej spowodowanej także poprzez bariery komunikacyjne w dużej mierze utrudnia uzyskanie pracy, wykształcenia oraz samorealizacji osób z niepełnosprawnością. Polityka społeczna wobec osób z niepełnosprawnością powinna zatem uwzględniać wiele dziedzin życia społeczno-gospodarczego i realizować kompleksowe działania z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej tej grupy osób. Podstawą prawną działań na rzecz osób z niepełnosprawnością, realizowanych w oparciu o niniejszy program jest ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, gdzie określono zadania samorządu województwa, którego głównym celem jest wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnością, przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu oraz wyrównywanie szans w zakresie zatrudniania osób z niepełnosprawnościami.

Integracja zawodowa i społeczna osób zaliczonych do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym stanowi jedno z największych wyzwań dla polskich instytucji zajmujących się szeroko rozumianą polityką społeczną. Jest to związane z narastającym zjawiskiem długotrwałego bezrobocia oraz brakiem dostosowania osób z grup szczególnego ryzyka do potrzeb rynku pracy. Na szczególne ryzyko narażone są przede wszystkim osoby z niepełnosprawnością, długotrwale korzystające ze świadczeń pomocy społecznej, które pomimo podejmowanych

wysiłków nie są w stanie samodzielnie przezwyciężyć trudności życiowych, znaleźć zatrudnienia i usamodzielnić się. Potrzebują one kompleksowego wsparcia, stworzenia warunków do integracji ze społeczeństwem i pomocy w przezwyciężeniu problemów, którym są obarczone.

2.2. Cele, priorytety i działania

Cel główny: stworzenie warunków dla pełnego udziału osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym i zawodowym

Cel szczegółowy 1: wzmacnianie włączania społecznego i zawodowego osób z niepełnosprawnościami

Propozycja działań:

- **Wsparcie samodzielności i niezależności**
  - finansowanie i doradztwo w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego i treningowego, asystentury, technologii wspomagających, usług środowiskowych i rehabilitacyjnych;
  - dofinansowanie adaptacji i remontów obiektów oraz infrastruktury w myśl projektowania uniwersalnego z uwzględnieniem projektowania uniwersalnego zgodnie z Konwencją ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych;
  - szkolenia dla osób z niepełnosprawnościami w zakresie zarządzania codziennym funkcjonowaniem, korzystania z dostępnych usług i narzędzi.
- **Aktywizacja zawodowa i edukacyjna**
  - programy szkoleniowe, kursy i przekwalifikowania odpowiadające lokalnym potrzebom rynku pracy;
  - wsparcie w zdobyciu i utrzymaniu zatrudnienia, w tym doradztwo zawodowe, pośrednictwo pracy, zatrudnienie subsydiowane;
  - współpraca z pracodawcami w zakresie dostosowań stanowisk, informacji o dostępnych rozwiązaniach prawnych i wsparciach.
- **Promowanie pozytywnych postaw i przeciwdziałanie wykluczeniu**
  - kampanie informacyjne, warsztaty i szkolenia dla pracodawców i społeczności lokalnych;
  - działania edukacyjne w szkołach i instytucjach kultury, pokazujące kompetencje i potencjał osób z niepełnosprawnościami;

- upowszechnianie dobrych praktyk i przykładów udanej integracji społeczno-zawodowej.

- **Łatwy dostęp do informacji i komunikacji**
  - zapewnienie materiałów i dokumentów w formatach dostępnych, z użyciem powiększania tekstu, syntezatorów mowy, tłumaczeń na PJM, wsparcia asystenta itp.;
  - utrzymanie i rozwój baz danych oraz kanałów informacyjnych o dostępnych usługach i formach wsparcia.

Cel szczegółowy 2: profilaktyka i ograniczanie skutków niepełnosprawności

Propozycje działań:

- **Zwiększanie dostępności usług i wsparcia w miejscu zamieszkania**
  - rozwój usług rehabilitacyjnych, środowiskowych, w tym opiekuńczych;
  - wspieranie inicjatyw liderów lokalnych i organizacji działających w społecznościach, w tym finansowanie na rozwój usług;
  - rozwijanie usług środowiskowych zapewniających możliwie ciągły i elastyczny dostęp do wsparcia, adekwatny do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
- **Diagnoza i przygotowanie do aktywizacji społecznej**
  - prowadzenie badań i diagnoz ograniczeń w samodzielności;
  - opracowanie programów indywidualnych ścieżek wsparcia, które przygotowują do uczestnictwa w edukacji, życiu społecznym i zawodowym.
- **Działania uświadamiające i edukacyjne dla rodzin i opiekunów**
  - warsztaty, poradnictwo, materiały informacyjne pomagające rozumieć potrzeby i możliwości osób z niepełnosprawnościami;
  - wsparcie w budowaniu kompetencji opiekuńczych i aktywizujących, aby rodziny mogły skuteczniej wspierać samodzielność i uczestnictwo.
- **Inicjowanie kompleksowych rozwiązań**
  - tworzenie lokalnych i regionalnych modeli współdziałania sektorów: zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, rynku pracy;
  - pilotaże nowych form wsparcia, monitorowanie efektów i ich skalowanie.
- **Tworzenie warunków do aktywnego uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym, kulturalnym, rekreacyjnym i sportowym poprzez:**

- rozwój lokalnych programów aktywności społecznej opartych na zainteresowaniach i potencjale osób z niepełnosprawnościami;
- wspieranie tworzenia grup samopomocowych, klubów zainteresowań i inicjatyw środowiskowych sprzyjających integracji społecznej;
- współpracę z instytucjami kultury, sportu i rekreacji w zakresie włączania osób z niepełnosprawnościami do ogólnodostępnej oferty programowej.

Cel szczegółowy 3: zwiększenie efektywności działań instytucji i organizacji

Propozycja działań:

- **Koordynacja i współpraca międzysektorowa**
  - platformy współdziałania i sieci partnerskie między samorządami, NGO, pracodawcami, środowiskiem edukacyjnym i instytucjami rynku pracy;
  - tworzenie lokalnych i regionalnych modeli współdziałania sektorów: zdrowia, edukacji, rynku pracy, transportu publicznego;
  - wspólne projekty i programy, w tym finansowane ze środków PFRON, UE i innych źródeł, ukierunkowane na integrację społeczno-zawodową;
  - wzmacnianie udziału przedstawicieli środowisk lokalnych (w tym seniorów i osób z niepełnosprawnościami) w procesach konsultacyjnych i opiniodawczych dotyczących organizacji usług społecznych
  - prowadzenie wspólnej bazy danych zawierającej informacje o dostępnych dofinansowaniach, formach wsparcia finansowego i pomocy dla osób z niepełnosprawnościami.
- **Profesjonalizacja i wsparcie organizacji**
  - szkolenia, doradztwo, mentoring dla kadr organizacji i instytucji działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami;
  - dofinansowanie kosztów funkcjonowania i rozwoju usług, w tym zakładów aktywności zawodowej oraz ekonomii społecznej.
- **Usprawnienie systemu diagnozy i monitoringu**
  - tworzenie i aktualizacja baz danych o osobach z niepełnosprawnościami, instytucjach, infrastrukturze i dobrych praktykach;
  - regularny monitoring rynku pracy i sytuacji społecznej, analiza efektów działań i dostosowywanie strategicznych decyzji.
- **Zwiększanie dostępu do usług i technologii**

- wsparcie rozwiązań w zakresie transportu, informacji, komunikacji, technologii pomocniczych i systemów IT;
- wspieranie rozwiązań zwiększających dostępność transportową dla osób z niepełnosprawnościami, w tym rozwój usług transportu specjalistycznego i dostosowanego;
- promowanie i finansowanie usług aktywizacji społeczno-zawodowej i zatrudnienia zarówno na chronionym, jak i otwartym rynku pracy.

- **Upowszechnianie i finansowanie dobrych praktyk**
  - granty, konkursy, wsparcie rzeczowe dla oddolnych inicjatyw lokalnych;
  - dzielenie się przykładami skutecznych działań, aby inspiracja przekładała się na kolejne projekty w regionie.

Osoby z niepełnosprawnościami są grupą znajdującą się w trudnej sytuacji na rynku pracy ze względu na różne bariery występujące w otoczeniu oraz deficyty kompetencyjne i edukacyjne. W województwie opolskim udział bezrobotnych osób z niepełnosprawnościami w ogólnej liczbie bezrobotnych w 2024 r. wynosił 7,3 %. Niepełnosprawność oraz długotrwała lub ciężka choroba odgrywają coraz większą rolę w strukturze powodów udzielania pomocy społecznej. Jest to postępujący proces związany m.in. ze starzeniem się populacji w regionie i rozwojem chorób przewlekłych związanych bezpośrednio z postępem cywilizacyjnym. Osoby z niepełnosprawnościami oraz ich rodziny znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji ze względu na koszty ponoszone w związku z występowaniem niepełnosprawności w rodzinie.

Zgodnie z zapisami Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji, opracowywanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu na okres trzyletni, kładzie się nacisk na rozwój spersonalizowanych i niedrogich usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym, a kluczowym kierunkiem działań w najbliższej przyszłości będzie przejście od opieki instytucjonalnej do wsparcia realizowanego właśnie w środowisku lokalnym.
W dalszym ciągu wsparcie osób niesamodzielnych lub zależnych opiera się w dużej mierze na wsparciu instytucjonalnym. Należy podjąć wszelkie działania w kierunku przejścia rozwoju wsparcia środowiskowego udzielanego na poziomie społeczności lokalnych. W związku z tym konieczne jest konsekwentne wzmacnianie lokalnych

usług środowiskowych i ich lepsze powiązanie z systemem wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami, aby realnie zmniejszać zależność od opieki instytucjonalnej. Przyjęte kierunki rozwoju, oparte na regionalnej diagnozie i dokumentach strategicznych, powinny stać się punktem odniesienia przy dalszym planowaniu i monitorowaniu rozwiązań dla osób z niepełnosprawnościami, tak aby zmiany te były spójne, skuteczne i dostosowane do potrzeb lokalnych społeczności.

2.3. Wskaźniki działań

Tabela 1. Wskaźniki rezultatu do kierunków działań

Wskaźnik rezultatu	**Wartość oczekiwana w 2030 roku**	**Źródło danych**
Liczba osób w rodzinach świadczeniobiorców pomocy społecznej, którym udzielono pomocy z tytułu niepełnosprawności	8 459	MRPiPS, OZPS
Liczba osób bezrobotnych z niepełnosprawnościami zarejestrowanych w PUP	1 250	GUS/WUP
Liczba utworzonych miejsc w mieszkaniach wspomaganych i treningowych	150	ROPS/OUW
Liczba organizacji/instytucji realizujących zadania z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami	75	ROPS
Liczba inicjatyw i działań skierowanych do osób z niepełnosprawnościami oraz kadry instytucji pomocy i integracji społecznej	300	ROPS

3. Grupy docelowe

Grupę docelową będącą zarazem odbiorcą „Programu wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałania ich wykluczenia społecznemu na lata 2026-2030” stanowią:

- osoby z niepełnosprawnością,
- rodziny i opiekunowie osób z niepełnosprawnością,
- jednostki samorządu terytorialnego,
- organizacje pozarządowe i inne podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego na rzecz osób z niepełnosprawnością,
- podmioty lecznicze,
- placówki edukacyjne,
- przedsiębiorstwa.

4. Realizatorzy Programu

Kluczowymi partnerami realizacji działań stanowiących operacjonalizację Programu są w szczególności:

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- jednostki samorządu terytorialnego;
- instytucje rynku pracy;
- instytucje pomocy i integracji społecznej;
- organizacje pozarządowe;
- instytucje edukacyjne;
- instytucje kultury;
- podmioty ekonomii społecznej;
- ośrodki wsparcia ekonomii społecznej;
- instytucje otoczenia biznesu;
- przedsiębiorcy/ pracodawcy.

5. Finansowanie Programu

Finansowanie zadań przewidzianych w Programie będzie oparte przede wszystkim na środkach zewnętrznych i partnerskich, z szerokiego wachlarza źródeł. Należą do nich m.in. budżet państwa, PFRON, fundusze unijne, w tym program FEO 2021–2027, oraz różne fundusze grantowe. Wkład ze środków własnych samorządu

województwa, jednostek samorządu terytorialnego czy realizujących zadania podmiotów jest traktowany jako uzupełnienie, a nie jedyne źródło; jego rola zależy od możliwości pozyskania i łączenia różnych strumieni finansowania. Dzięki takiemu podejściu program zyskuje elastyczność i większą szansę na realizację działań, nawet gdy skala środków z jednego z źródeł jest ograniczona, co wpisuje się w praktykę równoległego wykorzystywania różnych zasobów w planach i strategiach regionalnych.

6. Spodziewane efekty realizacji Programu

W efekcie całościowego wdrożenia programu spodziewane jest stopniowe przejście od opieki instytucjonalnej do wsparcia środowiskowego, większa niezależność osób z niepełnosprawnościami, lepsze warunki do uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym oraz silniejszy, bardziej spójny system usług społecznych w regionie.

1. **Większa samodzielność i udział w życiu społecznym**
    - Zwiększenie liczby osób z niepełnosprawnościami korzystających ze wsparcia środowiskowego, zamiast z opieki instytucjonalnej.
    - Wyraźny wzrost udziału w aktywnościach społecznych, kulturalnych i obywatelskich, dzięki łatwiejszemu dostępowi do usług, informacji i komunikacji.
2. **Wyższy poziom zatrudnienia i stabilizacji zawodowej**
    - Większe zatrudnienie osób z niepełnosprawnościami na otwartym rynku pracy, a także w obszarze III sektora czy zakładach pracy chronionej, dzięki programom szkoleniowym, doradztwu i wsparciu pracodawców.
3. **Lepsza dostępność i jakość usług lokalnych**
    - Rozbudowa i usprawnienie usług rehabilitacyjnych, opiekuńczych, środowiskowych oraz innych, w miejscu zamieszkania, zgodnie z założeniem przechodzenia od działań instytucjonalnych do środowiskowych.
    - Wyraźna poprawa dostępności niedrogich usług społecznych, dostosowanych do konkretnych potrzeb lokalnych społeczności oraz do

standardów zawartych w regionalnych dokumentach strategicznych dotyczących rozwoju usług i deinstytucjonalizacji.

4. **Zwiększenie świadomości i neutralizacja barier społecznych**
    - Zmniejszanie uprzedzeń i stereotypów wśród pracodawców poprzez kampanie, warsztaty, edukację i prezentację dobrych praktyk zatrudniania OzN.
    - Wyższy poziom wiedzy o dostępnych rozwiązaniach prawnych i wsparciu, co prowadzi do lepszego wykorzystania istniejących programów i środków.
5. **Skuteczniejsza koordynacja działań i stabilność systemu wsparcia**
    - Powołanie i utrzymanie zintegrowanych baz danych, narzędzi monitoringu i platform współpracy, co umożliwia szybsze reagowanie na potrzeby oraz planowanie działań w oparciu o aktualne dane.
    - Wzrost liczby partnerstw międzysektorowych, lepsza profesjonalizacja organizacji i instytucji działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, a także bardziej efektywne wykorzystanie dostępnych funduszy.
6. **Lepsze dopasowanie oferty do lokalnych potrzeb**
    - Wykorzystanie wyników badań i lokalnych diagnoz do tworzenia programów i usług w poszczególnych gminach i powiatach dopasowanych do potrzeb i lokalnych uwarunkowań.
    - Wzrost satysfakcji i odczuwanej użyteczności programów przez osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów.

7. Monitoring

Ze względu na przyjęty, pięcioletni okres realizacji Programu wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami oraz przeciwdziałania ich wykluczenia społecznemu na lata 2026-2030 w województwie opolskim, zakłada się sukcesywną analizę przyjętych działań i wskaźników, zgodnie z systemem monitoringu przyjętym w Strategii Polityki Społecznej Województwa Opolskiego na lata 2026-2030.

Jednocześnie zmiany w dokumencie będą dokonywane jedynie w wyjątkowych sytuacjach, spowodowanych potrzebami regionalnymi lub krajowymi.

Załącznik nr 2
do Strategii Polityki Społecznej
Województwa Opolskiego
na lata 2026-2030

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

Opole, marzec 2026 r.

Spis treści

1. Wprowadzenie, uwarunkowania oraz elementy diagnostyczne 4

1.1 Wprowadzenie - uwarunkowania prawne i merytoryczne 4

1.2. Uwarunkowania finansowe 6

1.3. Elementy diagnostyczne – wstęp 7

1.4. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025". Zagadnienia - zgony, leczeni z rozpoznaniem F10, F11-F19, obciążenie chorobowe - wskaźnik DALLY 7

1.5. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022". Zagadnienie - pijący ryzykownie 11

1.6. Elementy diagnostyczne na podstawie materiału „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD". Zagadnienia - picie napojów alkoholowych, silne upijanie się, używanie innych niż alkohol substancji, problemowe używanie marihuany, nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych i z gier na urządzeniach elektronicznych oraz udział w zajęciach profilaktycznych przez młodzież 11

1.7. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II" dotyczącego badań zrealizowanych w latach 2018-2019. Zagadnienia - używanie substancji, zaburzenia związane z używaniem substancji i piciem alkoholu przez młodzież 22

1.8. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania Profilaktyka uzależnień w gminach województwa opolskiego w 2024 r. Raport wojewódzki 2025. Zagadnienia realizacja programów profilaktycznych, dostępność realizatorów rekomendowanych programów profilaktycznych, plany gmin na 2025 r., potrzeby gmin w zakresie profilaktyki 24

1.9. Elementy diagnostyczne na podstawie materiałów policji. Zagadnienia - wypadki drogowe i alkohol, przemoc domowa 31

2. Przedsięwzięcia i realizacje 33

2.1 Cele programu 33

2.1.1 Cel strategiczny 33

2.1.2 Cele operacyjne Programu 34

2.2 Zadania Programu inspirowane Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2026 34

2.3 Wskaźniki 37

3. Finansowanie i organizacja realizacji Programu 38

3.1 Finansowanie Programu. Ramy finansowe realizacji Programu 38

3.2 Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji Programu 38

3.3 Organizacja i realizacja Programu 38

3.4 Elementy ewaluacji Programu 38

4. Spis tabel 39

5. Spis wykresów 40

Wykaz skrótów i nazw skróconych

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

1. Wprowadzenie, uwarunkowania oraz elementy diagnostyczne

1.1 Wprowadzenie - uwarunkowania prawne i merytoryczne

Podstawą opracowania nowego wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2026-2030 (dalej program) są zapisy art. 4 ust 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi (dalej ust-alk) - stanowiącymi, że samorząd województwa realizuje zadania „w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia". Ponadto na taką realizację zadań/celów dotyczących przeciwdziałania narkomanii wskazuje art.9 ust.1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej ust-nar).
W roku 2025 wskazania do merytorycznej zawartości programu zawarte były w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2026 (dalej NPZ 2021-26), który został przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026. Wskazania te zawarte były w NPZ 2021-26 w części VI „Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka uzależnień" w czterech działaniach „Zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom", „Uzależnienie od alkoholu", „Uzależnienia od zachowań (uzależnienia behawioralne)" oraz „Uzależnienia od narkotyków". Cztery wskazane wyżej działania zawierają konkretne zadania, z których część jest wskazana jako możliwa do realizacji między innymi przez jednostki samorządu terytorialnego (dalej jst).
Poniżej przedstawione zostanie zestawienie w/w działań NPZ 2021-26 ze wskazaniem zadań dla jst.

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

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

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

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

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

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

1.2. Uwarunkowania finansowe

W przypadku samorządów województw dysponują one specjalnymi dochodami, które przeznaczone są na realizację wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.
Zgodnie z zapisami art.9, ust.2 ust-alk „Obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu może być prowadzony tylko na podstawie zezwolenia wydanego przez marszałka województwa. Wydawanie zezwoleń, decyzji wprowadzających zmiany w tych zezwoleniach oraz duplikatów tych zezwoleń należy do zadań własnych województw".
Jak stanowi art.9^2, ust.1 ust-alk „Za zezwolenia, o których mowa w art. 9 ust. 1 i 2, decyzji wprowadzających w zezwoleniach zmiany oraz wydawanie duplikatów pobiera się opłaty", a zgodnie z art.9^3, ust.1, pkt.1 „Opłaty, o których mowa w art. 9^2 ust. 1, przeznacza się wyłącznie na finansowanie zadań: 1) określonych w wojewódzkich programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, o których mowa w art. 4 ust. 1". Realizacja programu ma zapewnione środki finansowe, przy czym należy podkreślić, że samorząd województwa może na realizacje programu przeznaczyć dodatkowe środki finansowe pochodzące z innych dochodów niż wskazane wyżej.

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

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

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

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

1.3. Elementy diagnostyczne – wstęp

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 3. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2019, 2022 i 2023 na 100 tys. ludności w Polsce[1]

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

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

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

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

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

Tabela 4. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2023 r. na 100 tys. ludności w Polsce[2]

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

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

Tabela 5. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w latach 1999 i 2023 na 100 tys. ludności w Polsce[3]

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

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

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

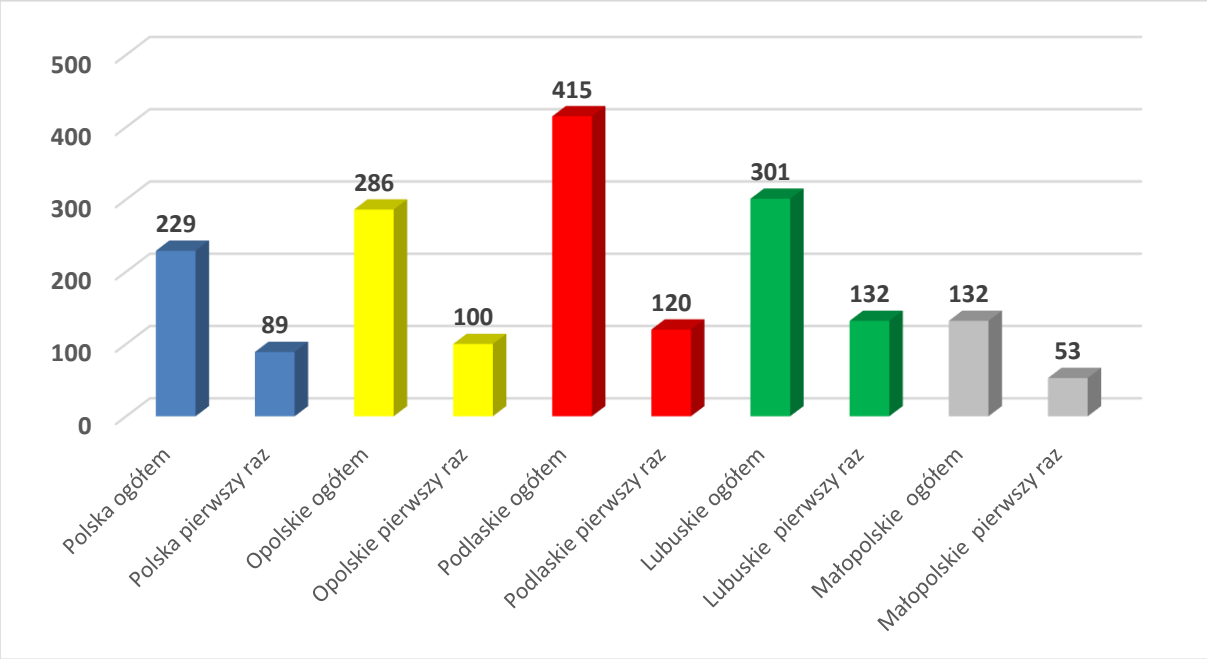
[3] Sytuacja zdrowotna ludności Polski…2025, op. cit., obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS, ss.172-173.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

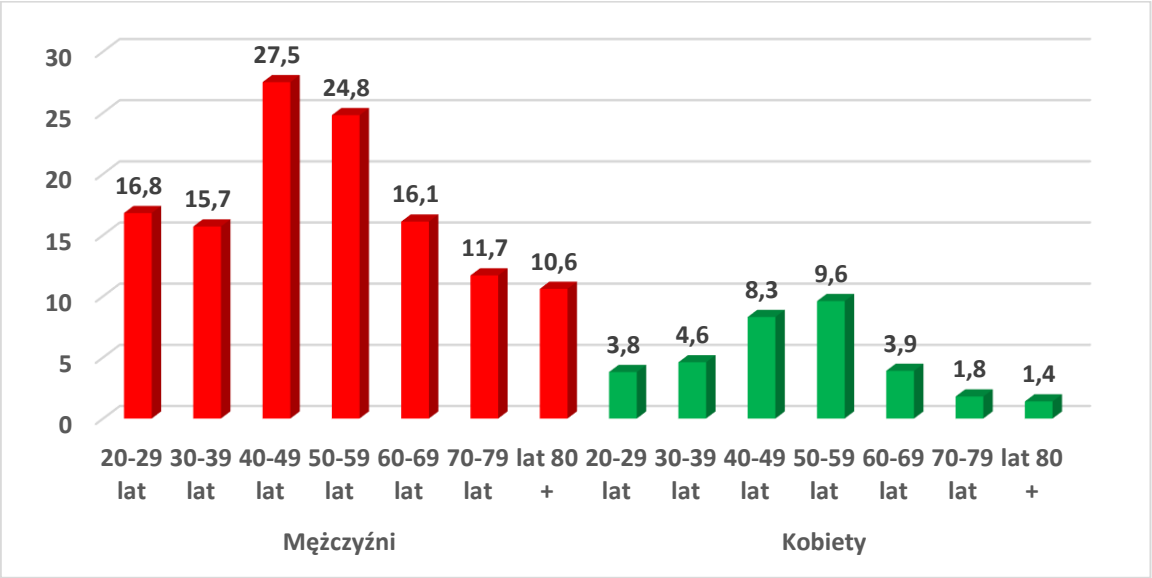
[6] Sytuacja zdrowotna ludności Polski…2025, op. cit., s.542-543.

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

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

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

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



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

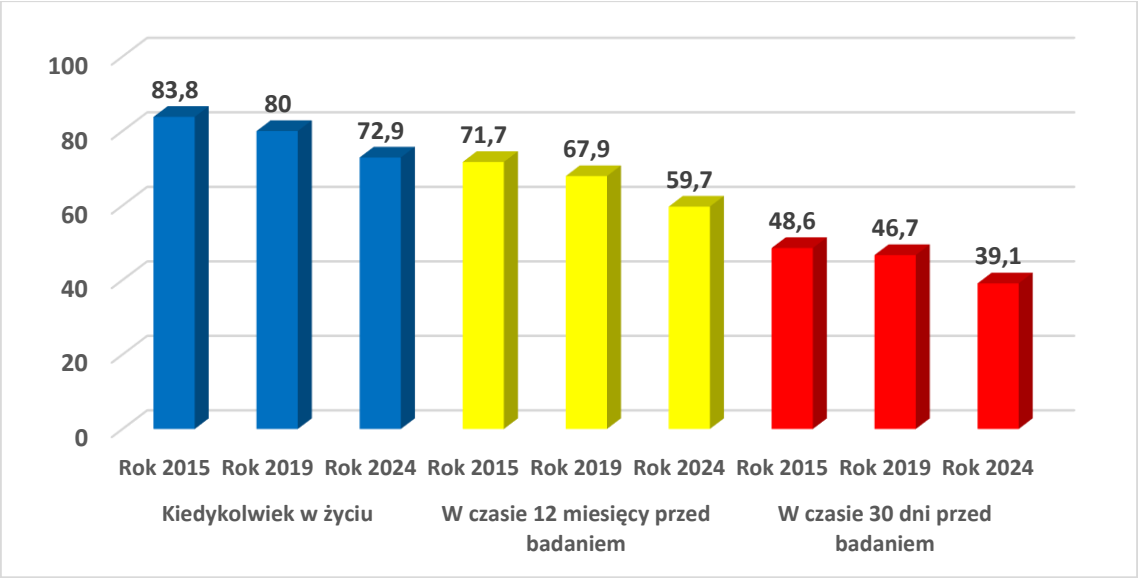
1.6. Elementy diagnostyczne na podstawie materiału „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD". Zagadnienia - picie napojów alkoholowych, silne upijanie się, używanie innych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

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

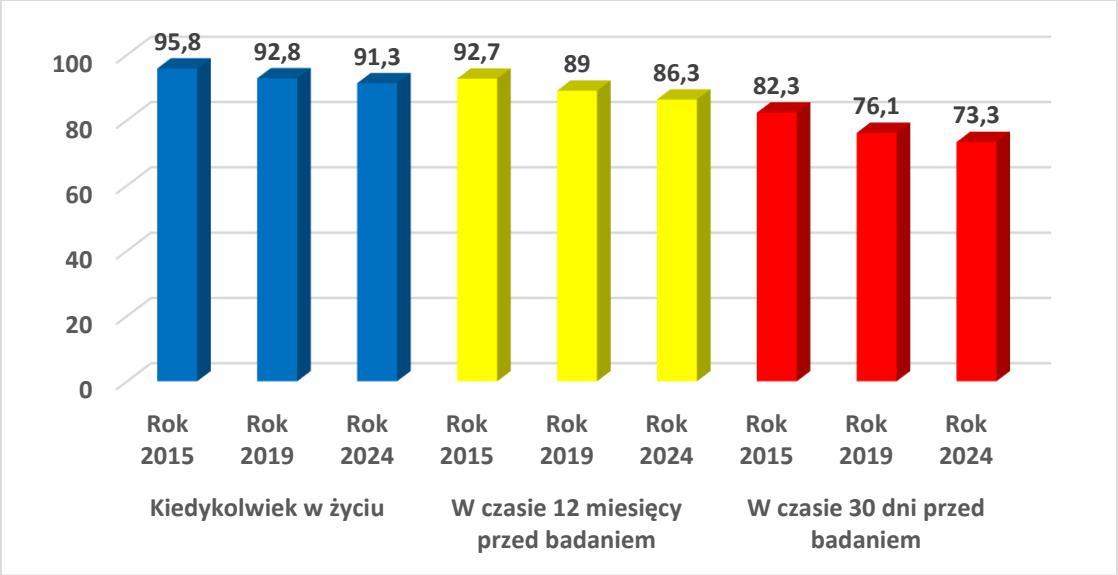
[8] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025, obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS, s.502.

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

Wykres 3. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez młodzież w wieku 15–16 lat w Polsce [9]



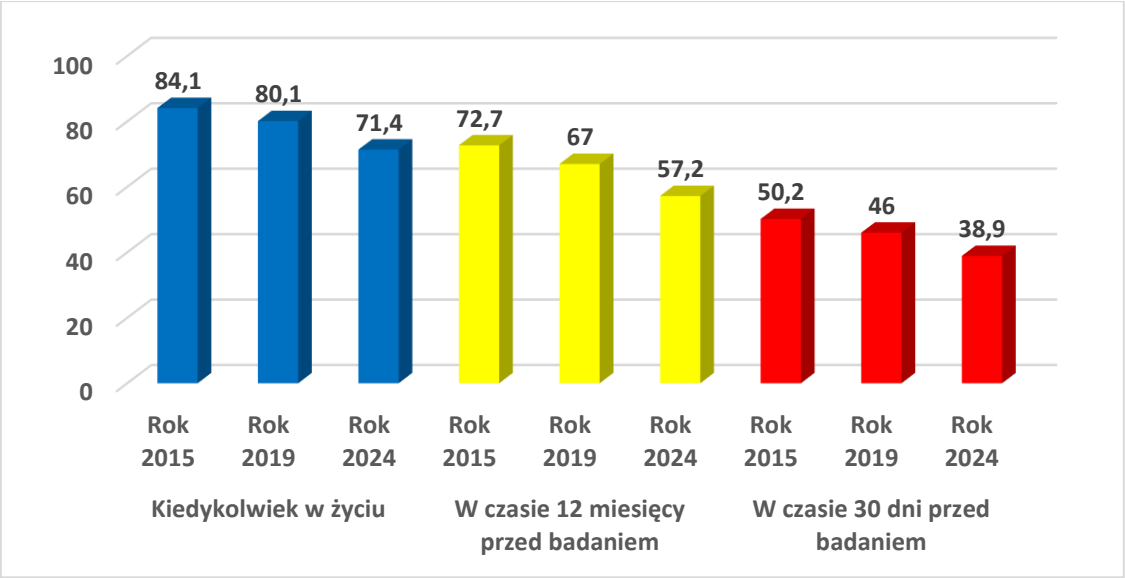
Wykres 4. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez młodzież w wieku 17–18 lat w Polsce [10]



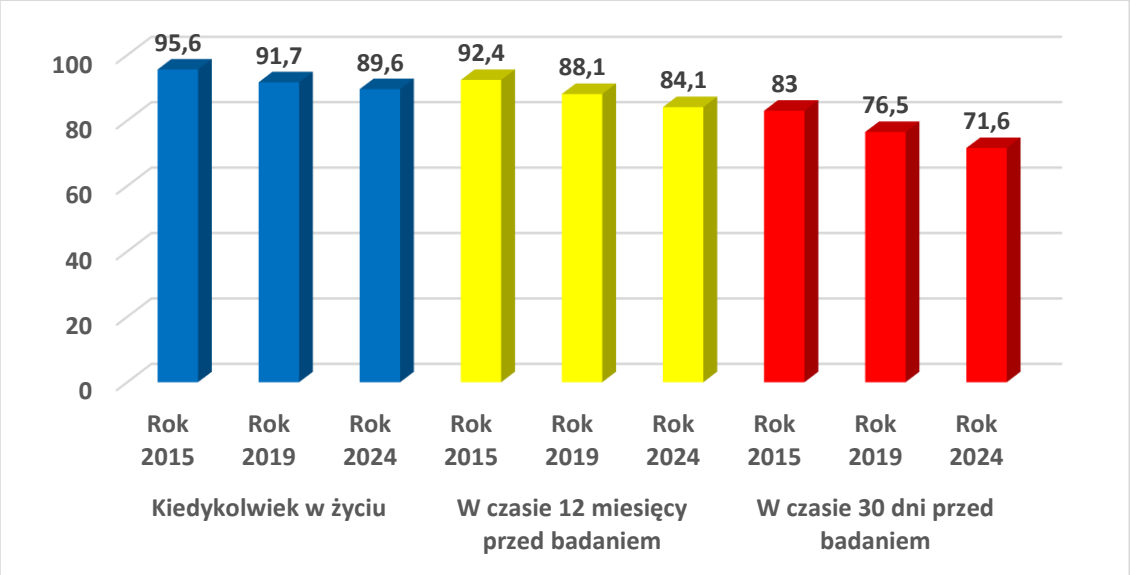
[9] Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD, Janusz Sierosławski, Urszula Sierosławska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2024, s.22. Pobrane z https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf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

[10] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.22.

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

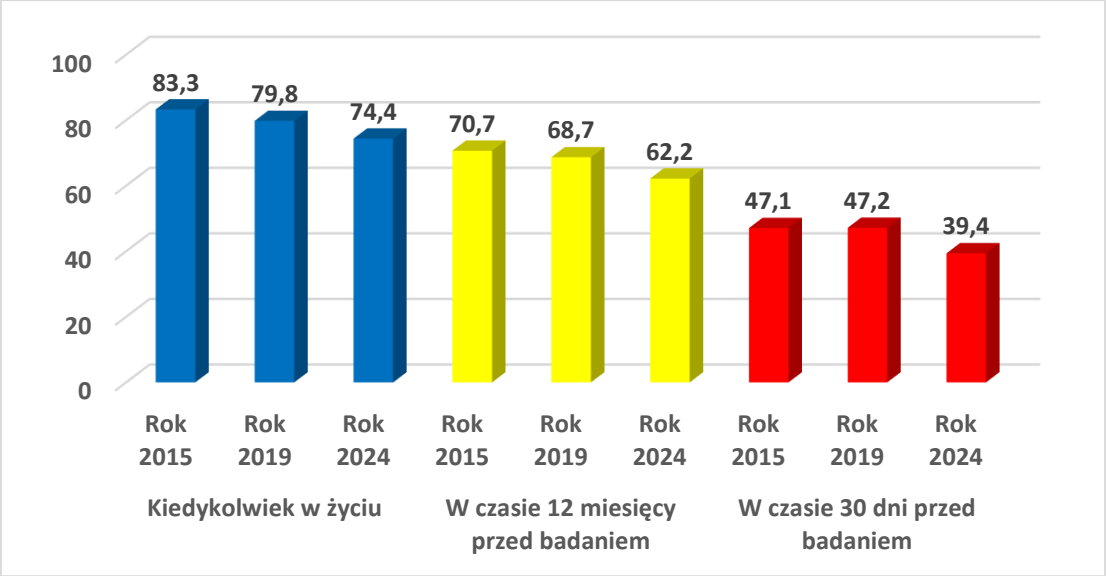


Wykres 6. Picie napojów alkoholowych (odsetki badanych) przez chłopców w wieku 17–18 lat w Polsce [12]

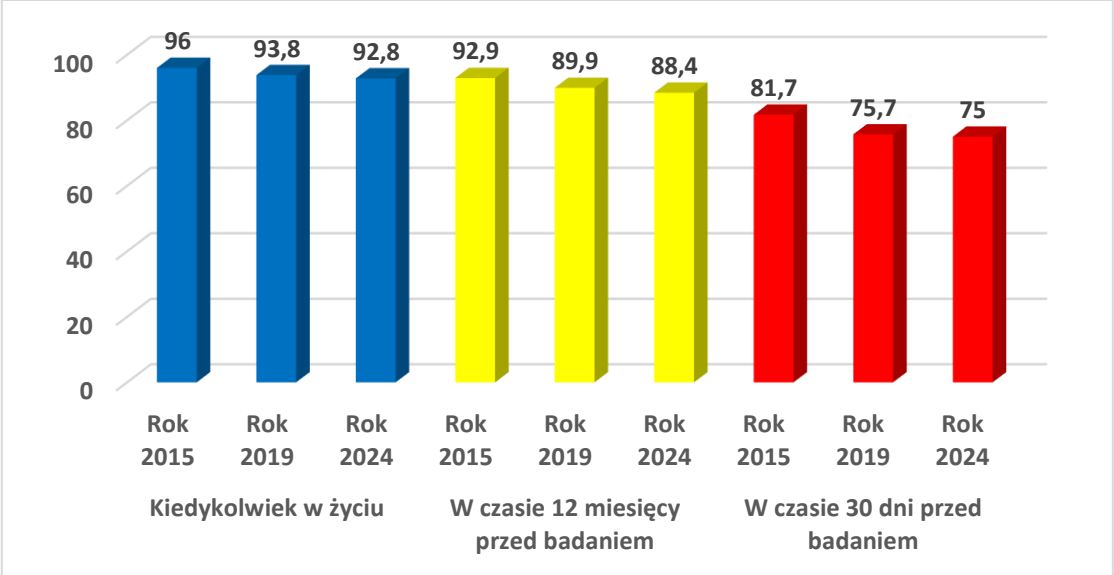


[11] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.23.
[12] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.23.

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



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



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

[13] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.24.
[14] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.24.

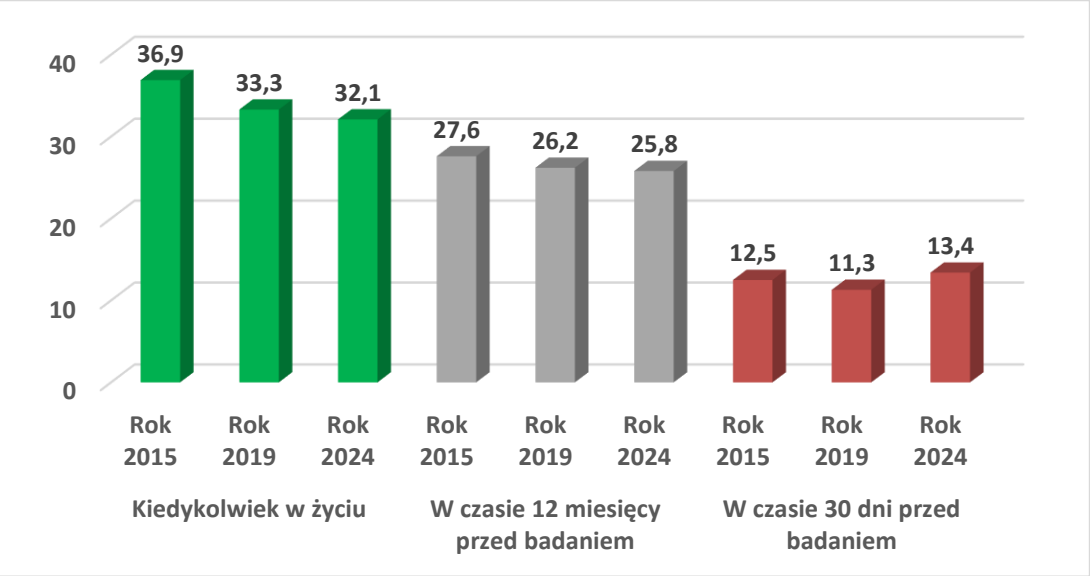
większymi wahaniami. Tak więc do stylu życia nastolatków przypisane jest picie napojów alkoholowych – trzeba założyć, że opcja abstynencyjna nastolatków nie jest i nie będzie możliwa do osiągnięcia. Uwagę zwracają wysokie wskaźniki używania napojów alkoholowych przez 15-16 latków. To wszystko wskazuje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

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

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

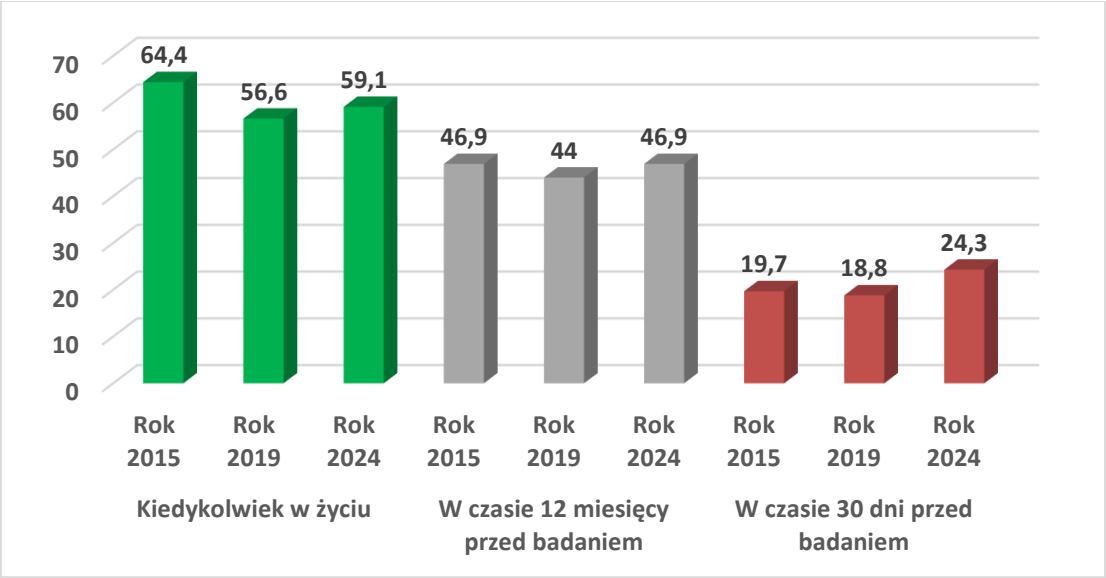
1) wysokie odsetki młodzieży, która się silnie upija,
2) występujące wyraźne tendencje wzrostowe zjawiska, także wśród dziewcząt (!),
3) możliwe negatywne konsekwencje, w postaci szkód doraźnych o różnym charakterze.

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

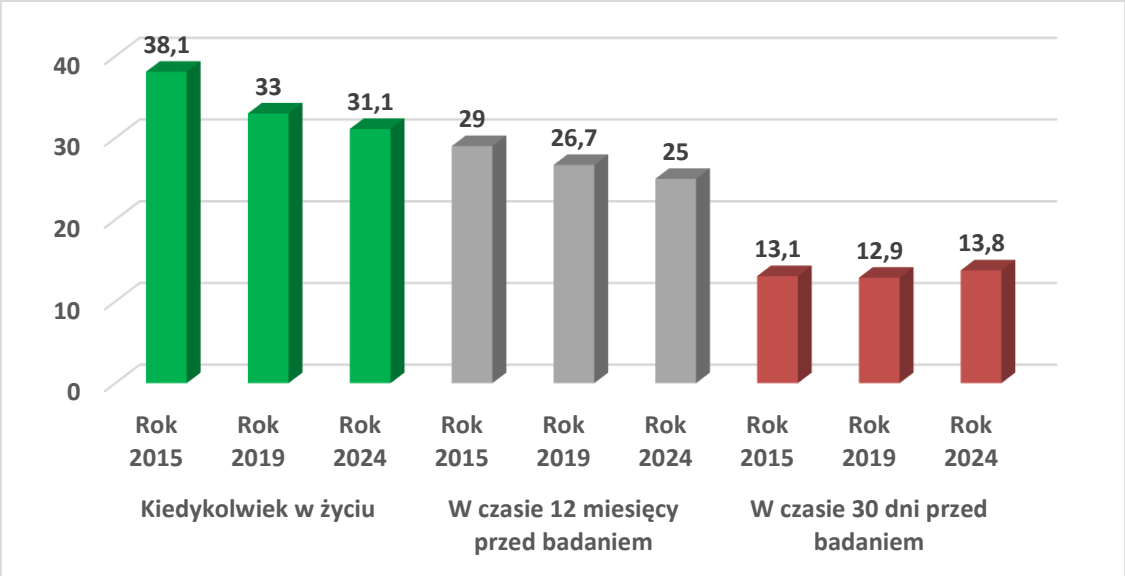


[15] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.28.

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

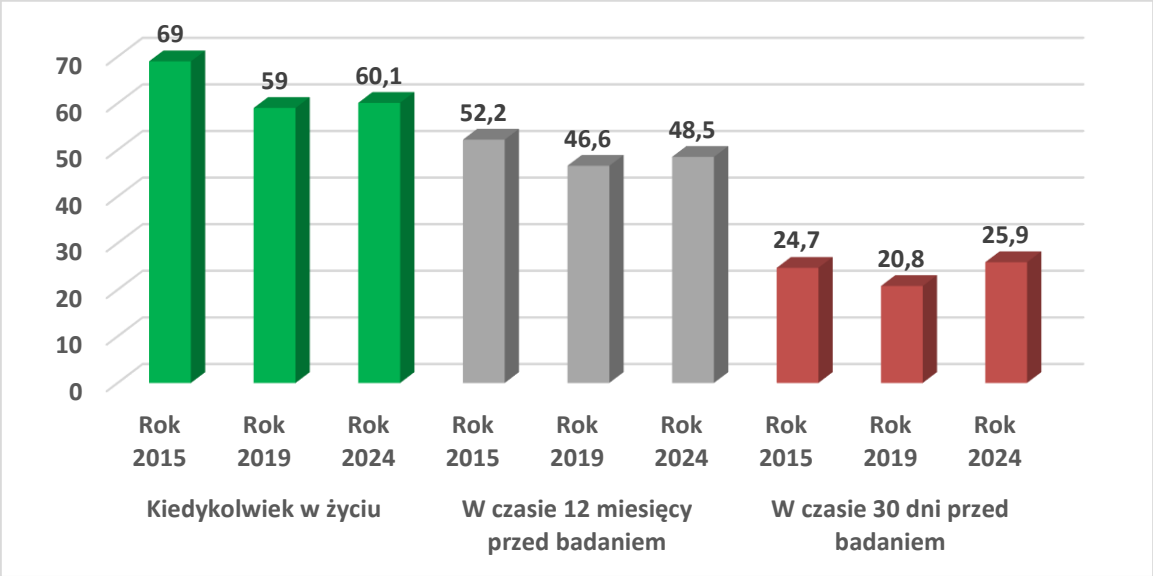


Wykres 11. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez chłopców w wieku 15–16 lat w Polsce [17]

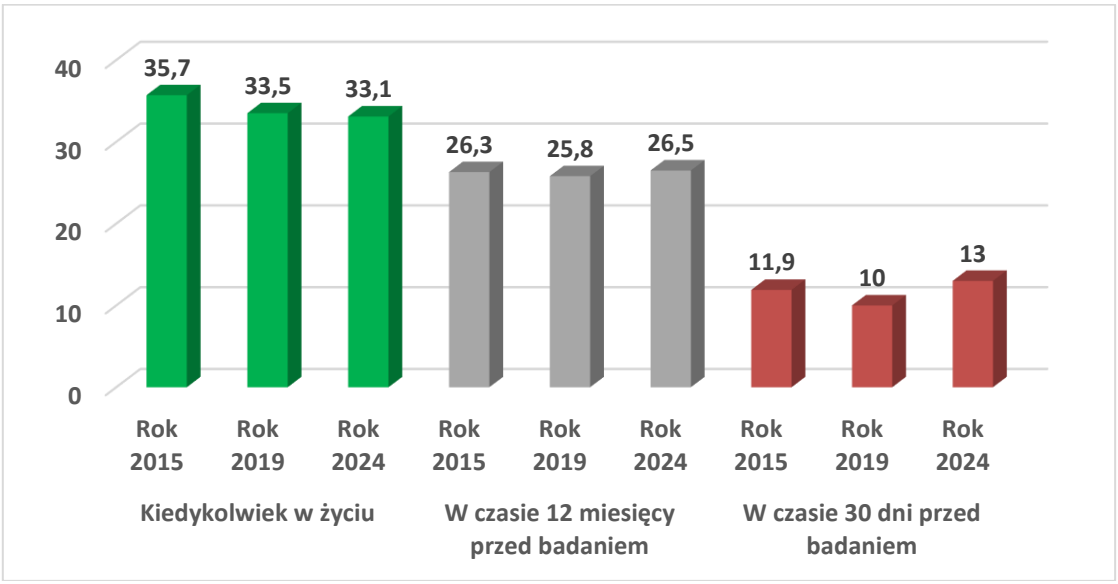


[16] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.28.
[17] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.29.

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

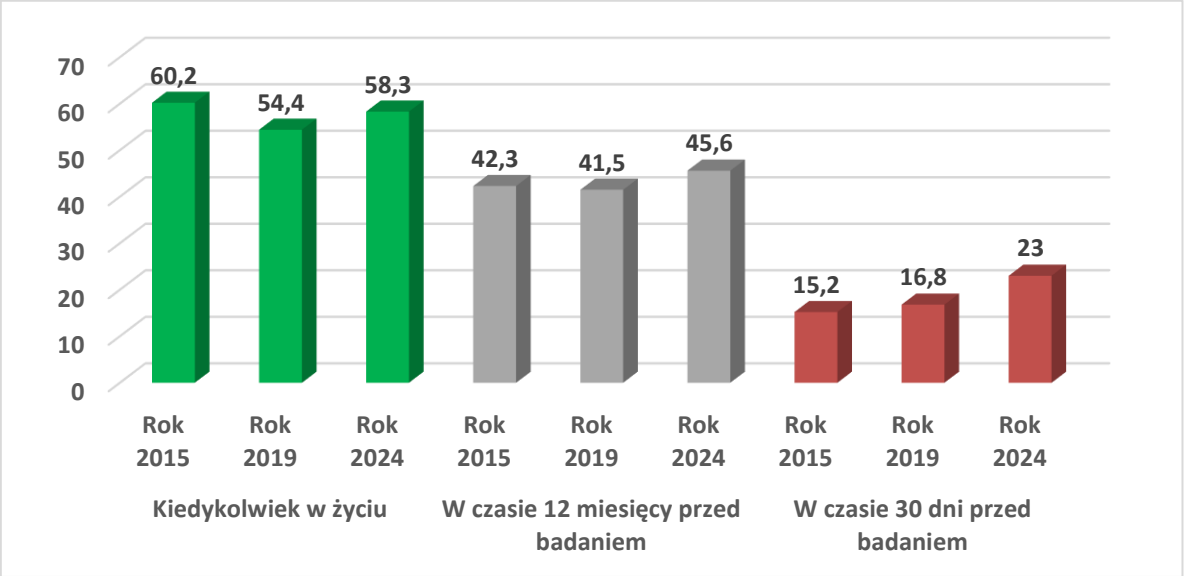


Wykres 13. Silne upicie się, tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać, co się działo (odsetki badanych), przez dziewczęta w wieku 15–16 lat w Polsce [19]



[18] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.29.
[19] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.30.

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



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

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

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

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

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

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

[20] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.30.
[21] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.33-34.

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

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

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

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

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

[22] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.37-38.
[23] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.39-40.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[24] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.47-49.
[25] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.98.

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

Tabela 14. Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak komputer, smartfon, konsola przez młodzież w wieku 15-16 i 17-18 lat (odsetki badanych) [26]

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

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

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

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

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

[26] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.101.
[27] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.110.

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

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

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

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

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

„Wyniki badania zdają się wskazywać na skokowe narastanie problemu gier hazardowych, co wymagałoby zintensyfikowania działań profilaktycznych.

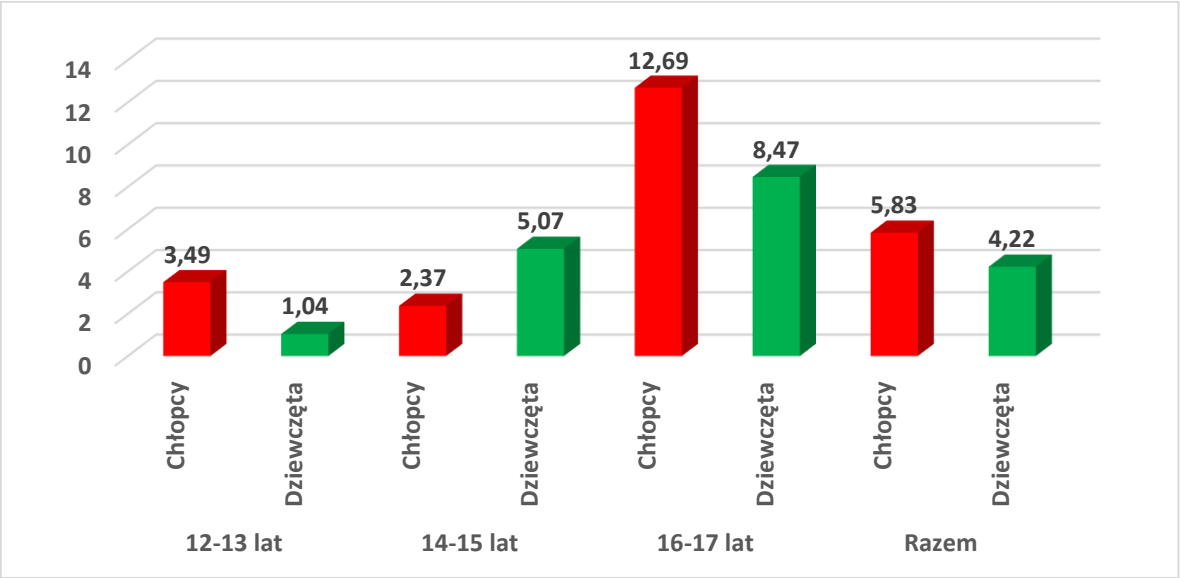
Znaczne rozmiary frakcji rodziców nieskorych, aby bezwarunkowo zabraniać swoim pociechom picia napojów alkoholowych stanowią aktualne wyzwanie dla profilaktyki. Zainicjowanie debaty na temat abstynencyjnego paradygmatu polskiej profilaktyki wydaje się obecnie potrzebą chwili"[31].

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

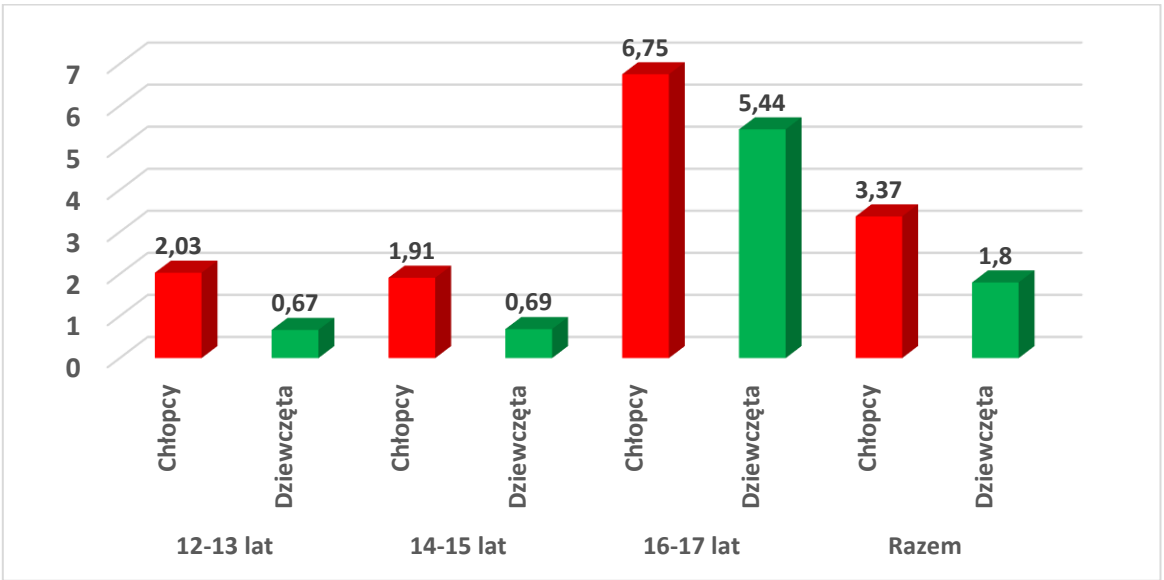
1.7. Elementy diagnostyczne na podstawie opracowania Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II" dotyczącego badań zrealizowanych w latach 2018-2019. Zagadnienia - używanie substancji, zaburzenia związane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

[28] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.114-115.
[29] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.115.
[30] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., ss.115-116.
[31] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.116.
[32] Używanie alkoholu i narkotyków…, op. cit., s.116.

Wykres 15. Używanie substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i tytoń) – rozpowszechnienie (odsetki) jakichkolwiek substancji w ostatnich 12 miesiącach w populacji młodzieży w wieku 12–17 lat według trzech grup wiekowych oraz płci - oszacowanie punktowe [33]



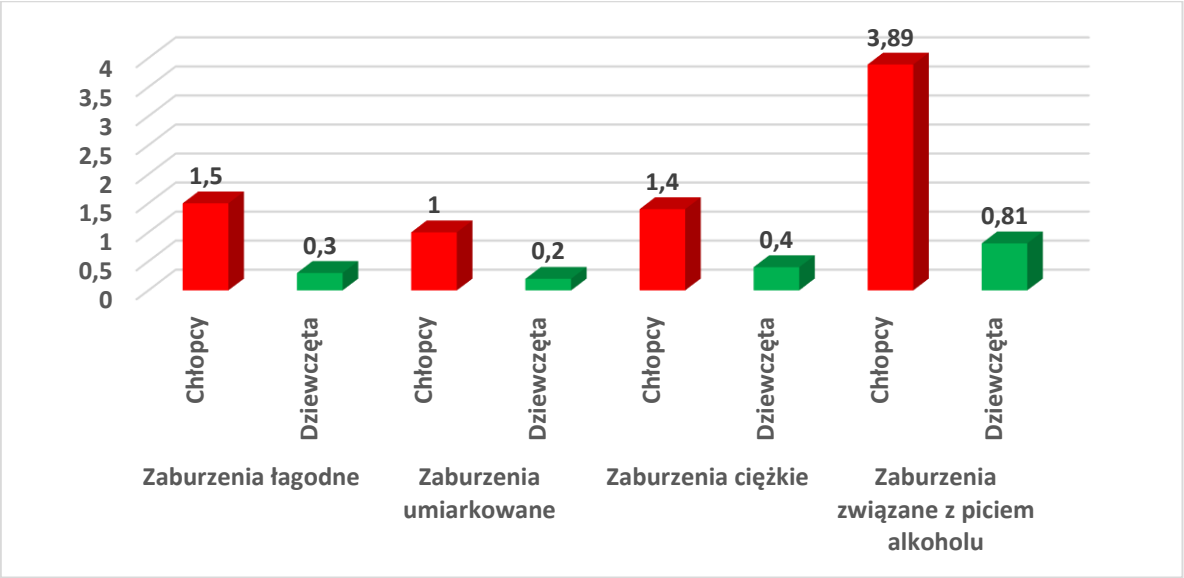
Wykres 16. Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i tytoń) – rozpowszechnienie (odsetki) w ostatnich 12 miesiącach w populacji młodzieży w wieku 12–17 lat według płci i wieku (trzy grupy wiekowe) – oszacowanie punktowe [34]



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

[34] Kondycja psychiczna mieszkańców…, op. cit., s.663.

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

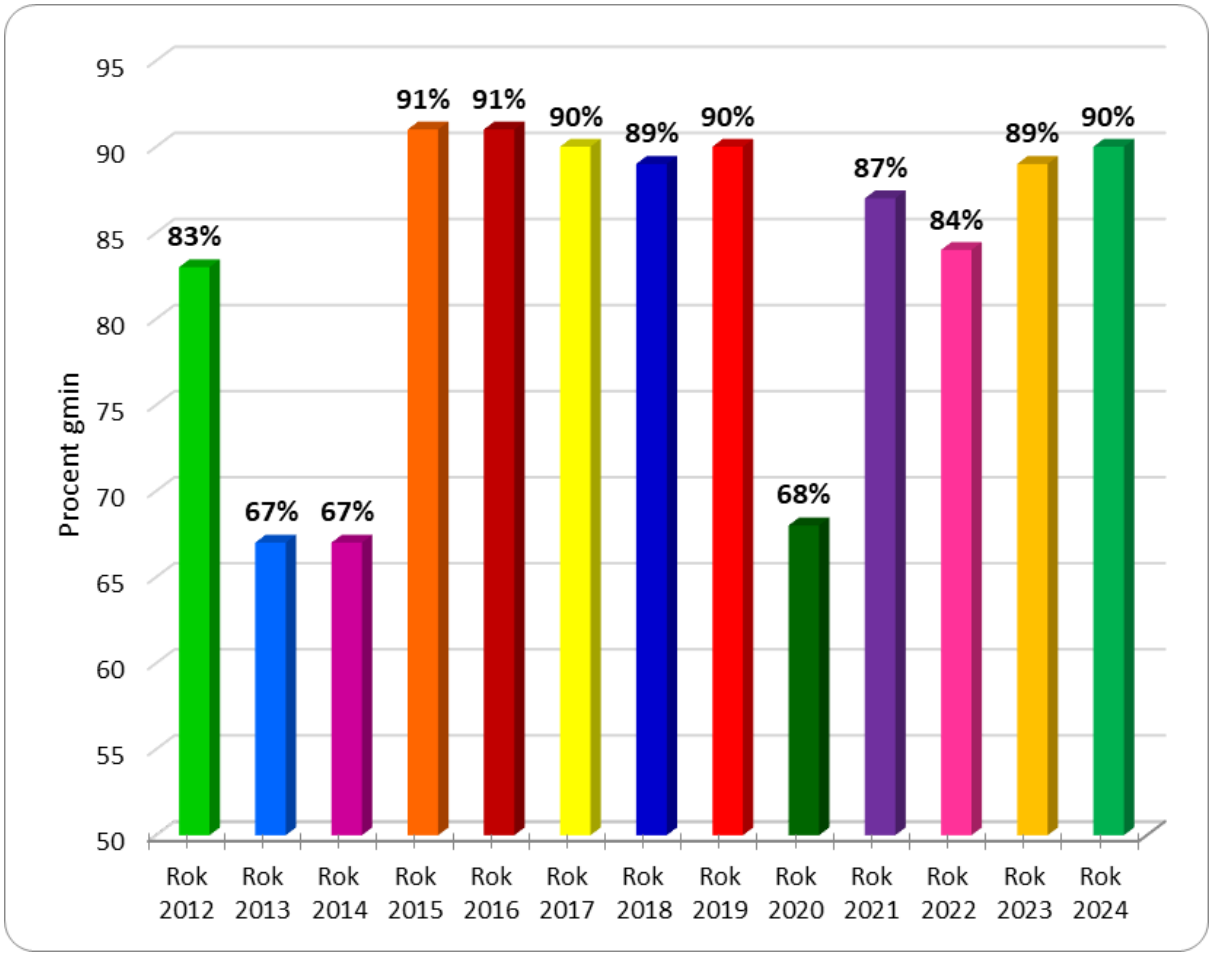


Zaprezentowane wyżej dane dotyczące występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i z piciem alkoholu przez młodzież, wskazują na potrzebę funkcjonowania profesjonalnych podmiotów psychoterapeutycznych oraz rozwiązań, które umożliwiałyby identyfikację osób z problemami oraz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

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

[35] Kondycja psychiczna mieszkańców…, op. cit., s.650.

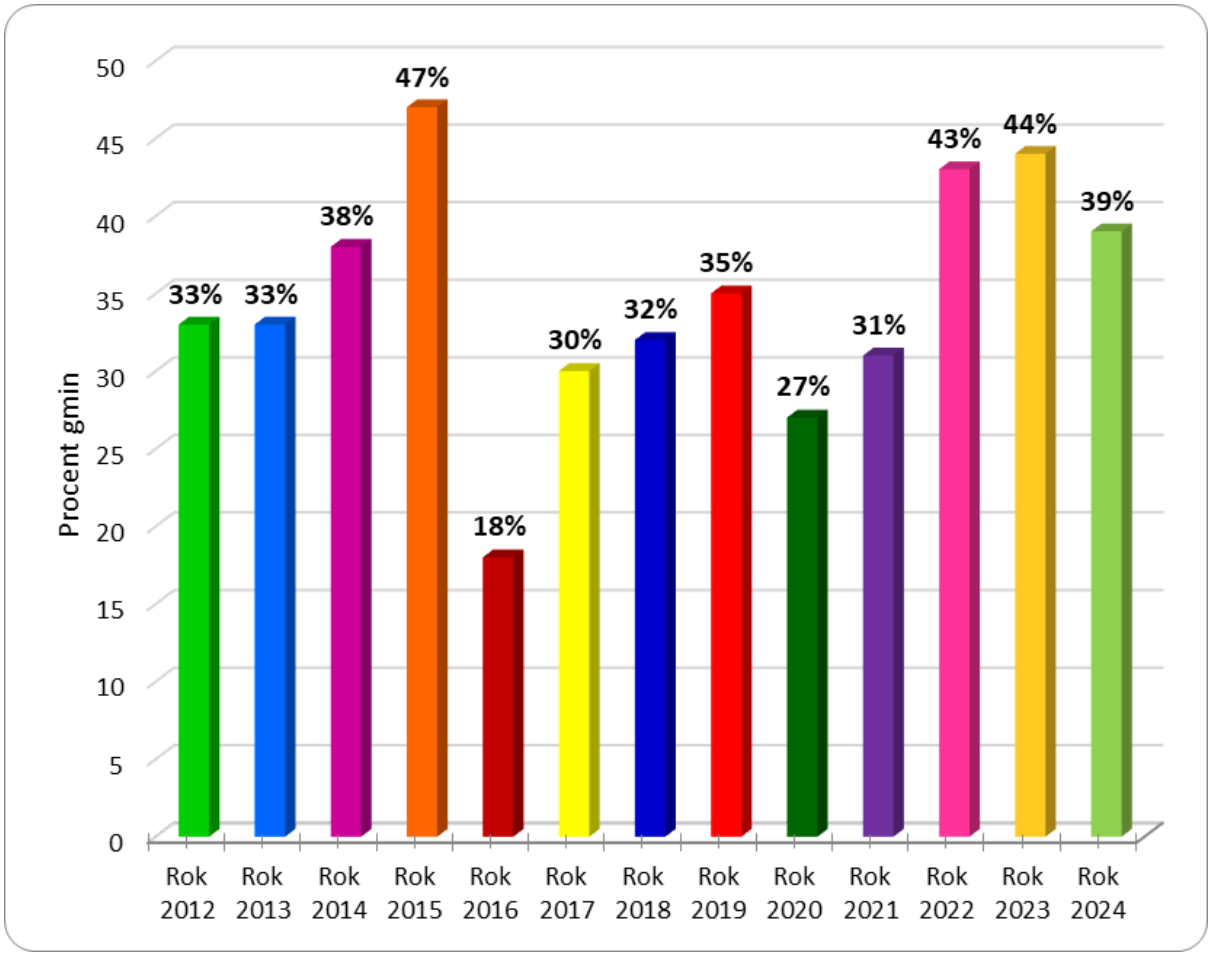
Wykres 18. Procent gmin realizujących (wspierających realizację) programy profilaktyczne w jednostkach edukacyjnych w latach 2012–2024 [36]



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

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

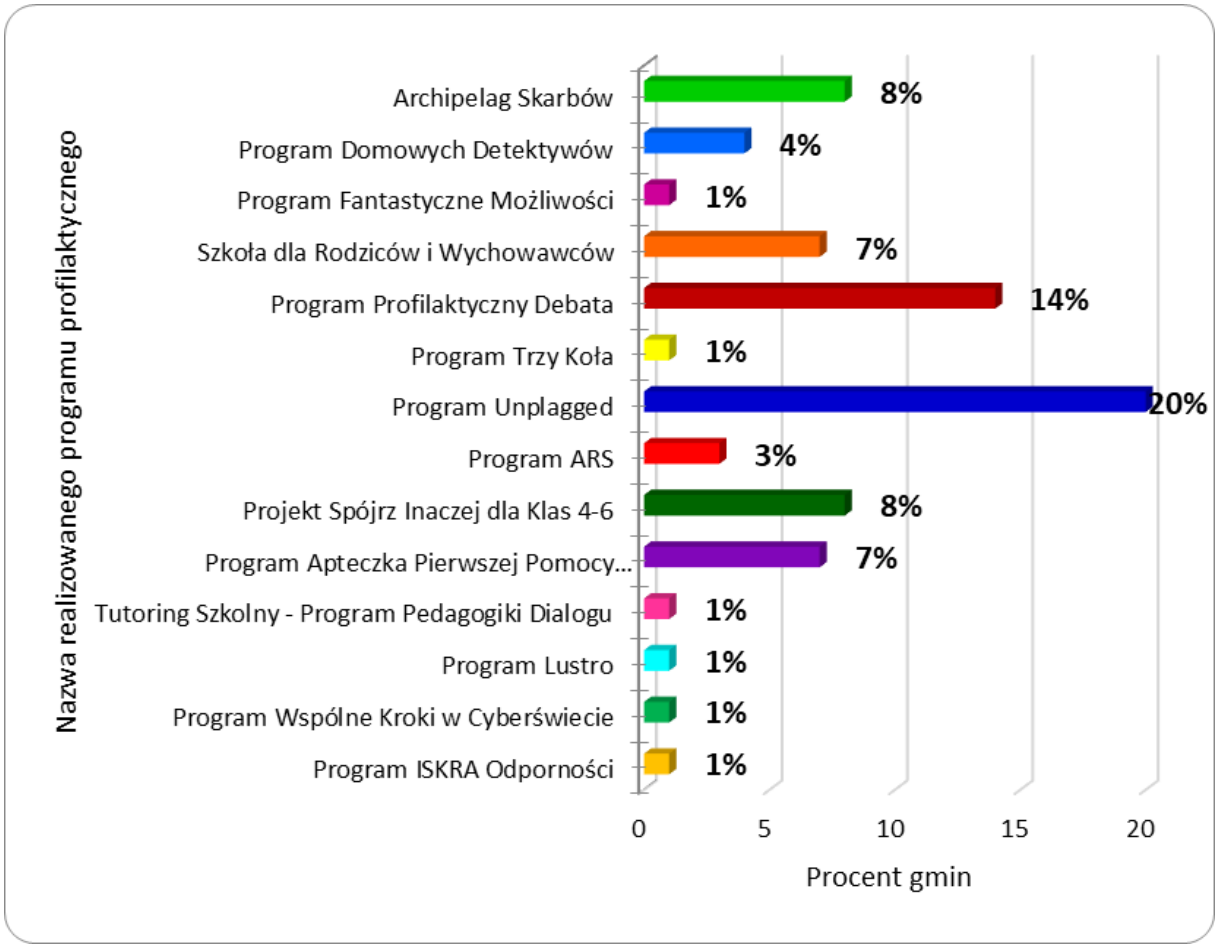
Wykres 19. Procent gmin deklarujących realizację rekomendowanych programów profilaktycznych na ich terenie w latach 2012–2024 [37]



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

[37] Profilaktyka uzależnień w gminach…, op. cit., s.9.

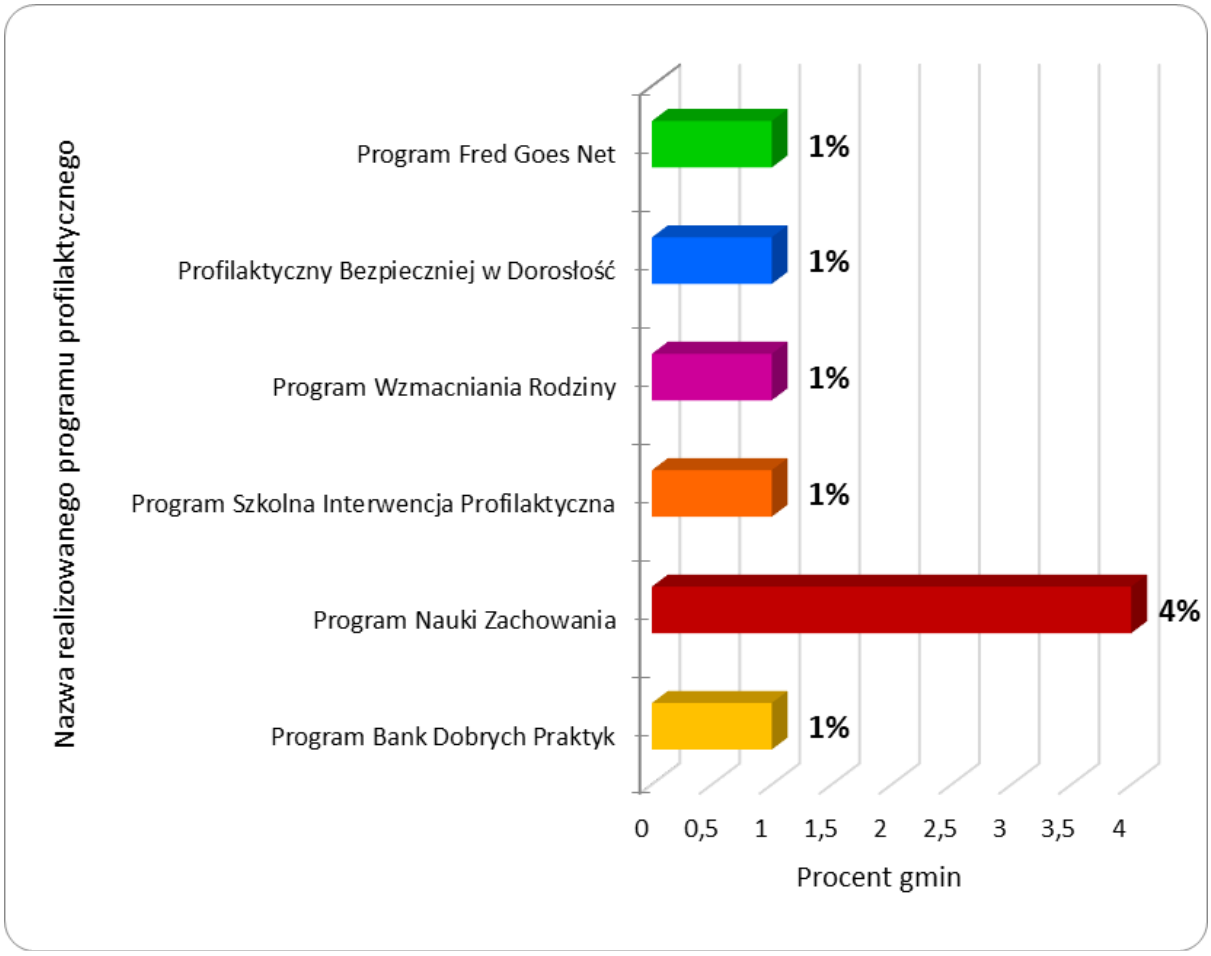
Wykres 20. Procent gmin wspierających realizację wybranych rekomendowanych programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki uniwersalnej w roku 2024 [38]



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

[38] Profilaktyka uzależnień w gminach…, op. cit., s.16.

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



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

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

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

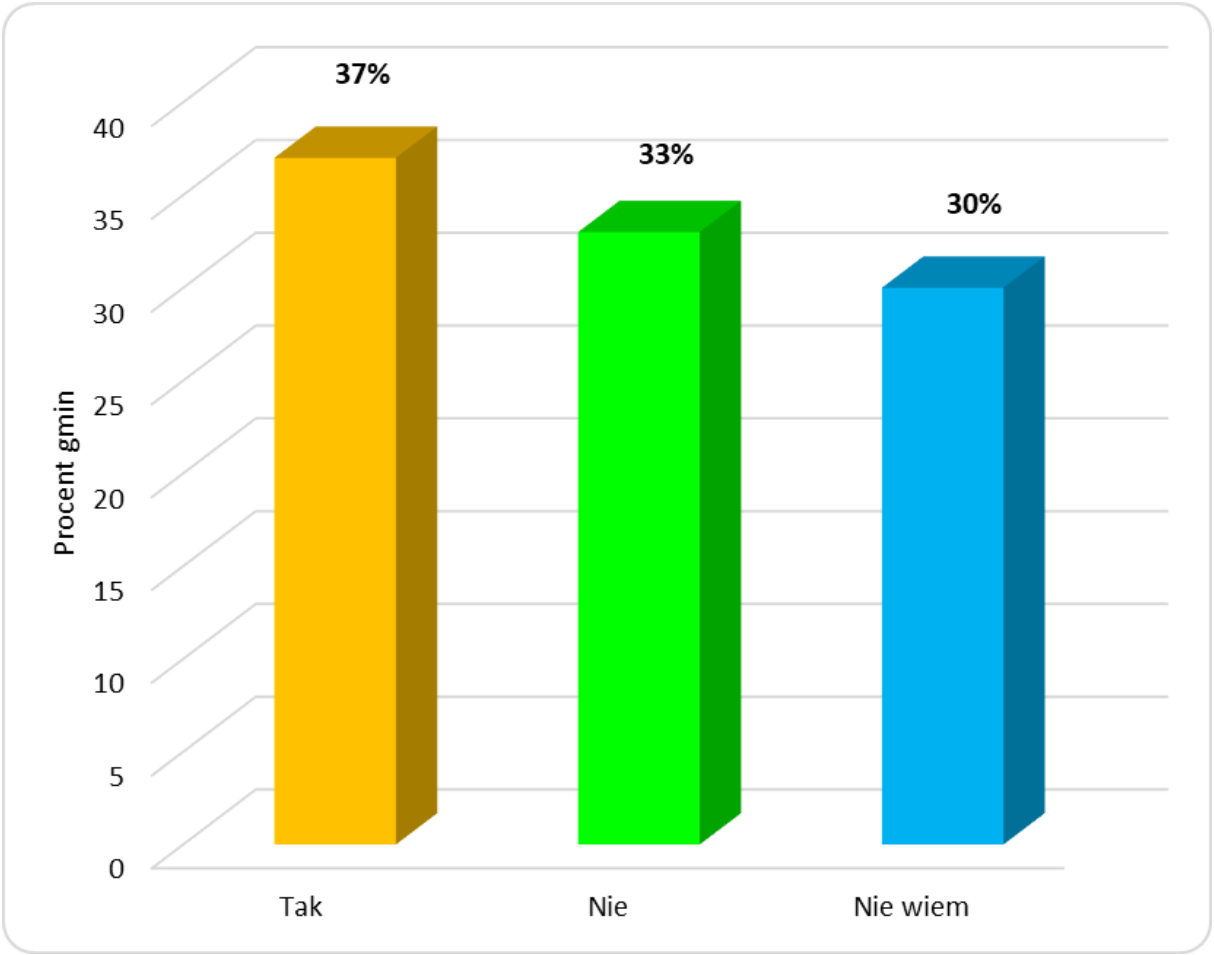
W przypadku szkół podstawowych średnie liczby jednostek znacznie różnią się w zależności od stopnia urbanizacji gminy - w gminach wiejskich nieco ponad 2 szkoły na gminę

[39] Profilaktyka uzależnień w gminach…, op. cit., s.17.

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

W przypadku szkół ponadpodstawowych, które skoncentrowane są w większych ośrodkach miejskich, widoczna jest podobna tendencja: w gminach wiejskich nie realizowano takich programów w szkołach ponadpodstawowych, w gminach miejsko-wiejskich tylko jedna szkoła tego typu była objęta takim programem, a w miastach-siedzibach powiatu było to średnio 1,5 szkoły na gminę. Co zwraca uwagę, to różnica w liczbie uczniów - na poziomie gmin-miast, pomiędzy szkołami podstawowymi i ponadpodstawowymi: w tych pierwszych ponad 1000 uczniów przeciętnie brało udział w programach rekomendowanych, podczas gdy na poziomie szkół ponadpodstawowych było już tylko średnio ponad 200 uczniów”[40].

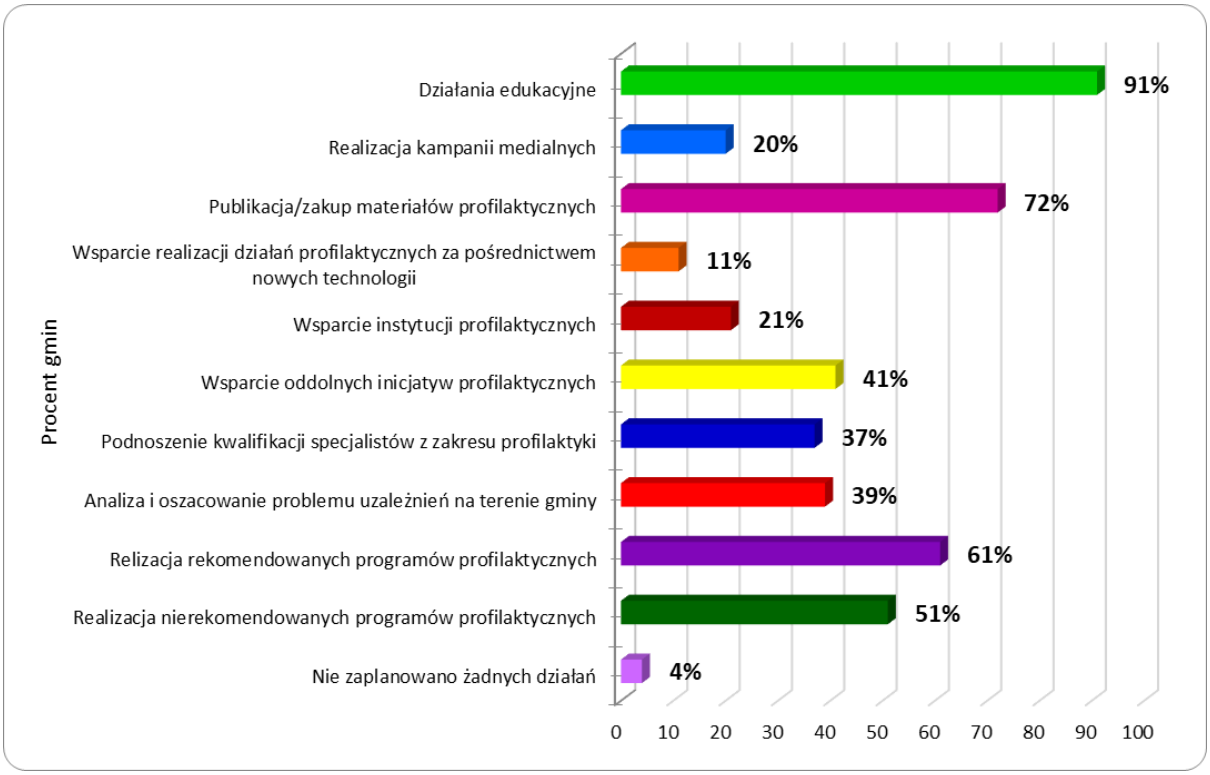
Wykres 22. Procent gmin deklarujących wiedzę na temat dostępności osób kompetentnych w realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych w roku 2024 [41]



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

[40] Profilaktyka uzależnień w gminach…, op. cit., s.19-20.
[41] Profilaktyka uzależnień w gminach…, op. cit., s.22.

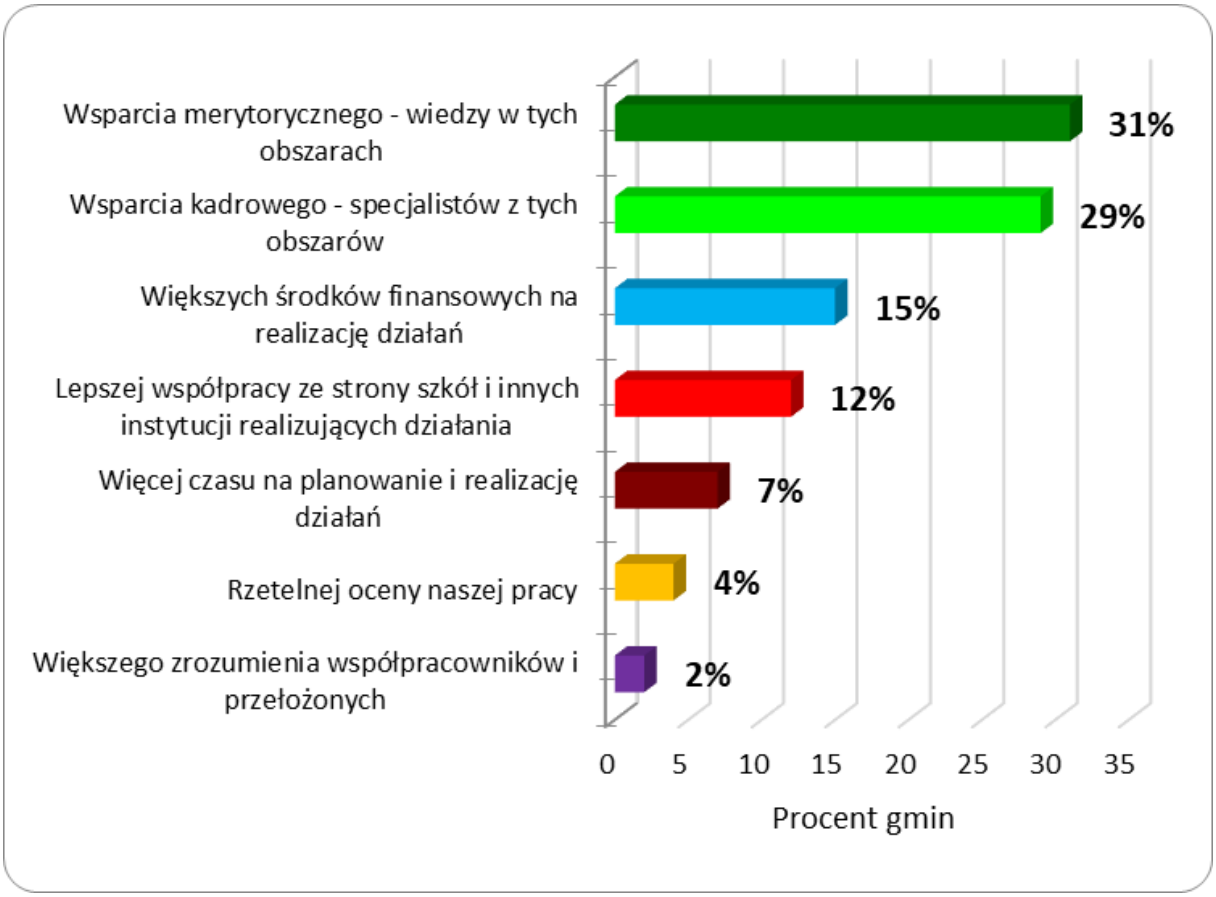
Wykres 23. Działania profilaktyczne zaplanowane w roku 2025 [42]



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

[42] Profilaktyka uzależnień w gminach…, op. cit., s.61.

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



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

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

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

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

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

[43] Profilaktyka uzależnień w gminach…, op. cit., s.113.
[44] Wypadki drogowe w Polsce w 2024 roku, Komenda Główna Policji Biuro Ruchu Drogowego, Warszawa 2025, s.62.

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

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

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

Podsumowując część Programu zawierającą elementy diagnostyczne należy stwierdzić, że:

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

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

2. Przedsięwzięcia i realizacje

2.1 Cele programu

2.1.1 Cel strategiczny

Cel strategiczny Programu jest zmodyfikowaną wersją celu strategicznego Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania narkomanii na lata 2022-2025.
Cel strategiczny Programu jest następujący:
Inspirowanie i kreowanie przedsięwzięć oddziaływujących w kierunku profesjonalnego rozwiązywania problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego związanych z piciem napojów alkoholowych, używaniem narkotyków oraz z uzależnieniami behawioralnymi, a także z nadmiernym korzystaniem z mediów społecznościowych, Internetu i z mobilnych urządzeń komunikacji elektronicznej

2.1.2 Cele operacyjne Programu

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

Program ma następujące cele operacyjne:

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

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

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

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

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

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

3. Uzależnienia od zachowań (uzależnienia behawioralne).
4. Uzależnienia od narkotyków[46].

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Wskaźniki

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

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

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

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

5. Ocena zawartości szkolenia i jego prowadzenia przez uczestników.

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

3. Finansowanie i organizacja realizacji Programu

3.1 Finansowanie Programu. Ramy finansowe realizacji Programu

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

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

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

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

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

3.2 Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji Programu

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

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

3.3 Organizacja i realizacja Programu

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

3.4 Elementy ewaluacji Programu

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

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

4. Spis tabel

Tabela 1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2026 – działania i zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie problematyki alkoholowej, narkotykowej oraz uzależnień behawioralnych 4

Tabela 2. Dochody budżetu województwa opolskiego z tytułu wydawania zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu wraz z dochodami powiązanymi oraz realne wydatki na realizację wojewódzkich programów dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii 6

Tabela 3. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2019, 2022 i 2023 na 100 tys. ludności w Polsce 7

Tabela 4. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2023 r. na 100 tys. ludności w Polsce 8

Tabela 5. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w latach 1999 i 2023 na 100 tys. ludności w Polsce 8

Tabela 6. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań w latach 2019–2022 (współczynniki na 100 tys. ludności) .. 9

Tabela 7. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u mężczyzn w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone rzeczywistym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności (górne liczby) oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu chorobowym (dolne liczby z %) 10

Tabela 8. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u kobiet w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone rzeczywistym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności (górne liczby) oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu chorobowym (dolne liczby z %) 10

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

Tabela 10. Używanie substancji chociaż raz w życiu przez chłopców w wieku 15–16 oraz 17–18 lat (odsetki badanych) 19

Tabela 11. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt w wieku 15–16 lat oraz 17–18 lat (odsetki badanych) 19

Tabela 12. Symptomy problemowego używania marihuany przez chłopców i dziewczęta w wieku 15–16 i 17–18 lat – test przesiewowy PUM (odsetki badanych). Pozytywny wynik testu (co najmniej dwa symptomy) 20

Tabela 13. Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook, Skype przez młodzież w wieku 15-16 i 17-18 lat (odsetki badanych) 20

Tabela 14. Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak komputer, smartfon, konsola przez młodzież w wieku 15-16 i 17-18 lat (odsetki badanych) 21

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

5. Spis wykresów

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

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