

**DOLNOŚLĄSKA
STRATEGIA INTEGRACJI
SPOŁECZNEJ NA LATA
2014-2020 (projekt)**

SPIIS TREŚCI

Wprowadzenie	3
Diagnoza społeczna	6
Ludność Dolnego Śląska. Trendy demograficzne	6
Wykształcenie ludności Dolnego Śląska	12
Aktywność ekonomiczna ludności na Dolnym Śląsku	17
Niepełnosprawność	29
Ubóstwo	49
Zdrowie psychiczne/ dobrostan psychiczny	56
Starzenie się populacji	59
Profilaktyka uzależnień	62
Przemoc w rodzinie	70
Pomoc społeczna. System wsparcia i integracji społecznej	73
Aktywność społeczna Dolnoślązaków	86
Analiza SWOT	97
STRUKTURA PRIORYTETÓW I DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH	102
RAMY FINANSOWE	122
SPOSÓB REALIZACJI DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2014-2020 /	
SYSTEM WDRAŻANIA	122
MONITORING	125
WSKAŹNIKI	127

WPROWADZENIE

W oparciu o art. 16b i art. 21 ustawy z dnia z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2013r. poz. 182 z późn. zm.) oraz o przepisy zawarte w ustawie o samorządzie województwa (t.j. Dz. U. z 2013r., poz.596z późn. zm.) powołany Zarządzeniem nr 46/2013 Marszałka Województwa Dolnośląskiego z dnia 5.06.2013r. Zespół Roboczy ds. aktualizacji Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020, w oparciu o dokonaną diagnozę sytuacji demograficzno – społecznej województwa dolnośląskiego dokonał aktualizacji zapisów Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020. Celem aktualizacji jest dopasowanie kierunków i działań strategicznych w obszarze pomocy, aktywności i integracji społecznej do zapisów określonych w Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020.

DSIS na lata 2014-2020, stanowiąc integralną część Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020, jest jej dokumentem o charakterze operacyjno-wdrożeniowym, precyzującym i uszczegółowiającym działania Samorządu Województwa podejmowane w obszarze polityki społecznej. Ze względu na zakres merytoryczny ma wymiar horyzontalny, obejmuje bowiem swoim zakresem różne makrosfery aktywności i integracji społecznej. Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2014-2020 stanowi również strategiczne nawiązanie do kierunków działań i zapisów ujętych w Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2005-2013.

Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2014-2020 składa się z trzech głównych części: diagnozy kondycji demograficznej i społecznej województwa dolnośląskiego, określenia priorytetów i działań strategicznych Województwa Dolnośląskiego w obszarze polityki społecznej oraz modułu wdrożeniowego.

Diagnoza sytuacji społecznej i demograficznej regionu odnosi się do najistotniejszych kwestii i problemów społecznych występujących w regionie, których aktualne i przyszłe oddziaływanie może mieć wpływ na jakość życia mieszkańców województwa dolnośląskiego. Analiza objęła następujące obszary problemowe: stan i struktura wieku ludności regionu oraz trendy demograficzne, wykształcenie, aktywność ekonomiczna ludności na Dolnym Śląsku, niepełnosprawność, ubóstwo, zdrowie psychiczne, starzenie się populacji, profilaktyka uzależnień, przemoc w rodzinie, pomoc społeczna oraz aktywność społeczna Dolnoślązaków. Diagnoza stanowi połączenie opisu aktualnej sytuacji społeczno – demograficznej regionu oraz prognozy zmian w obszarze objętym strategią, poprzez wskazanie głównych trendów i problemów, które wyznaczają zakres i formy teraźniejszych i przyszłych oddziaływań. Podczas jej przygotowania wykorzystano najbardziej aktualne dane statystyczne, dostępne w momencie tworzenia dokumentu.

Część druga zawiera określenie celu głównego oraz priorytetów i działań strategicznych w sferze polityki społecznej dla Województwa Dolnośląskiego, wraz ze wskazaniem działań operacyjnych w ramach każdego z działań strategicznych.

Cześć trzecia obejmuje informacje na temat ram finansowania oraz zasad wdrażania i monitorowania działań strategicznych określonych w DSIS na lata 2014-2020.

Celem głównym DSIS na lata 2014-2020 jest zapewnienie mieszkańcom województwa dolnośląskiego wysokiej jakości życia, dopasowanie usług społecznych do potrzeb mieszkańców, integracja społeczna.

Cel ten realizowany będzie w ramach czterech obszarów strategicznych – makrosfer, które są wzajemnie ze sobą powiązane i komplementarne wobec siebie. Te makrosfery to: **Wsparcie, Aktywizacja, Integracja i Współdziałanie.**

Makrosfera WSPARCIE obejmuje zespół działań skierowany na zaspokajanie specyficznych potrzeb, wyrównywanie szans życiowych określonych kategorii społecznych, „zagospodarowywanie” deficytów – wsparcie rodzin w funkcjach opiekuńczo – wychowawczych, wsparcie osób niesamodzielnych, w tym osób starszych w funkcjonowaniu w środowisku zamieszkania, wsparcie osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie ubóstwu, niwelowanie skutków uzależnień, przemocy, działania na rzecz osób bezdomnych, działania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

Makrosfera AKTYWIZACJA obejmuje działania o charakterze aktywizacyjnym, pobudzanie aktywności określonych kategorii społecznych, aktywna polityka społeczna, profilaktyka – promocja określonych wartości, postaw, stylów życia, ekonomia społeczna. W makrosferze tej ujęto również całokształt działań skierowanych do osób bezrobotnych, ponieważ ich nadrzędnym celem jest powrót do aktywnego zaangażowania na rynku pracy, stąd nawet działania osłonowe i wspierające służą aktywizacji na rynku pracy.

Makrosfera INTEGRACJA obejmuje działania mające charakter całościowy, skierowane na rzecz ogółu społeczności dolnośląskiej, harmonijnego rozwoju województwa jako całości – działania międzygeneracyjne, tworzenie sieci, budowa kapitału społecznego i obywatelskiego, pobudzanie i promowanie innowacji w sferze społecznej – badania, transfer wiedzy, dobrych praktyk i nowatorskich rozwiązań.

Makrosfera WSPÓŁDZIAŁANIE obejmuje tworzenie powiązań instytucjonalnych na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym, mechanizmów kooperacyjnych z partnerami społecznymi i gospodarczymi, dbałość o wysokie kwalifikacje i kompetencje kadr służb społecznych, doskonalenie sposobów i jakości świadczenia usług społecznych.

Każda z makrosfer znajduje swoje rozwinięcie w szeregu priorytetów i działań strategicznych, uzupełnionych o działania operacyjne, wskazane w ramach poszczególnych działań strategicznych.

Zadaniem **Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020** jest wytyczanie głównych kierunków działań w obszarze polityki społecznej, mających na celu zapewnienie wysokiej jakości życia mieszkańcom województwa dolnośląskiego, poprzez rozwój usług społecznych na rzecz wspierania, aktywizowania i integrowania osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym, społeczności lokalnych oraz społeczności regionu jako całości. Zasadą organizującą owe działania jest kooperacja różnorodnych podmiotów i instytucji, oparta na partnerstwie, komplementarności i dążeniu do kompleksowości działań. Zapisy zawarte w DSIS na lata 2014-2020 rozwinięte zostaną w szczegółowych programach tematycznych, wskazujących kierunki rozwoju i działania w perspektywie krótko i średnioterminowej.

DIAGNOZA SPOŁECZNA

Ludność Dolnego Śląska. Trendy demograficzne

W 2012r. wg danych BDL GUS liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego wynosiła 2.914.362 osoby, w tym 1.401.750 mężczyzn, co stanowiło 48% ogółu populacji oraz 1.512.612 kobiet (52%). Zdecydowana większość ludności zamieszkiwała obszary miejskie (2.028.257 osób – 69,6%). Na terenach wiejskich zamieszkiwało 886.105 Dolnoślązaków, co stanowiło 30,4% ogółu populacji.

Ujmując liczbę mieszkańców województwa dolnośląskiego w podziale na podregiony, najliczniej zamieszkiwanym był podregion wałbrzyski z liczbą 678.907 mieszkańców – 23,3% ogółu populacji dolnośląskiej, a w dalszej kolejności podregion Miasto Wrocław (631.188 osób – 21,7%), podregion jeleniogórski (579.635 osób – 19,9%), podregion wrocławski (570.373 osób – 19,6%) oraz podregion legnicko – głogowski (454.259 osób – 15,6%).

Poniższa tabela obrazuje liczbę mieszkańców Dolnego Śląska w układzie powiatowym:

Tab.1. Ludność województwa dolnośląskiego (stan na 31.12.2012r.)

wyszczególnienie	liczba mieszkańców	odsetek ogółu ludności województwa
DOLNOŚLĄSKIE	2.914.362	100,0
Podregion 1 - jeleniogórski	579.635	19,9
Powiat bolesławiecki	90.420	3,1
Powiat jaworski	52.356	1,8
Powiat jeleniogórski	65.129	2,2
Powiat kamiennogórski	45.487	1,6
Powiat lubański	56.503	1,9
Powiat lwówecki	47.661	1,6
Powiat zgorzelecki	93.801	3,2
Powiat złotoryjski	45.432	1,6
Powiat m. Jelenia Góra	82.846	2,8
Podregion 2 - legnicko-głogowski	454.259	15,6
Powiat głogowski	90.386	3,1
Powiat górowski	36.625	1,3
Powiat legnicki	54.825	1,9
Powiat lubiński	106.818	3,7
Powiat polkowicki	63.183	2,2
Powiat m. Legnica	102.422	3,5
Podregion 3 - wałbrzyski	678.907	23,3
Powiat dzierzoniowski	105.284	3,6
Powiat kłodzki	165.948	5,7
Powiat świdnicki	161.737	5,5
Powiat wałbrzyski	177.604	6,1
Powiat ząbkowicki	68.334	2,3
Podregion 4 - wrocławski	570.373	19,6
Powiat milicki	37.467	1,3
Powiat oleśnicki	105.954	3,6
Powiat oławski	75.528	2,6
Powiat strzeliński	44.547	1,5
Powiat średzki	52.108	1,8
Powiat trzebnicki	82.552	2,8
Powiat wołowski	47.708	1,6
Powiat wrocławski	124.509	4,3
Podregion 5 - m. Wrocław	631.188	21,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL – wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011

Najliczniej zamieszkanymi powiatami były powiat grodzki Miasto Wrocław, powiat wałbrzyski, kłodzki, świdnicki, wrocławski, lubiński, oleśnicki, dzierzoniowski oraz powiat Miasto Legnica. Najmniej osób zamieszkiwało w powiatach milickim, górowskim, strzelińskim, wołowskim i złotoryjskim.

Gęstość zaludnienia województwa dolnośląskiego wynosiła 146 osoby na km². Najwyższa gęstość zaludnienia charakteryzowała podregion Miasto Wrocław (2156 osób na km²), a następnie podregion wałbrzyski (162 osoby na km²), legnicko – głogowski (131 osób na km²), jeleniogórski (104 osoby na km²) i podregion wrocławski (89 osób na km²). Gęstość zaludnienia przekraczająca wskaźnik dla województwa dolnośląskiego jako całości była udziałem 9 powiatów – wśród nich znalazły się powiaty grodzkie: Wrocław (2156 osób na km²), Legnica (1820 osób), Jelenia Góra (759 osób) oraz powiat wałbrzyski (345 osób), dzierzoniowski (220 osób), świdnicki (218 osób), głogowski (204 osoby) i lubiński (150 osób na km²). Liczba mniejsza niż 100 mieszkańców na km² była udziałem 13 powiatów województwa dolnośląskiego: jaworskiego, ząbkowickiego, polkowickiego, trzebnickiego, złotoryjskiego, legnickiego, średzkiego, strzelińskiego, wołowskiego, bolesławieckiego, lwóweckiego, milickiego i górowskiego (50 osób na km²).

Współczynnik feminizacji (liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn) dla województwa dolnośląskiego wynosił 108. Największe dysproporcje pomiędzy liczbą mężczyzn i kobiet odnotowano w podregionie Miasto Wrocław, gdzie na 100 mężczyzn przypadało aż 114 kobiet, w pozostałych podregionach liczba ta była bardziej zrównoważona. I tak, w podregionie jeleniogórskim i legnicko – głogowskim współczynnik feminizacji wynosił 106, w podregionie wałbrzyskim 108, zaś najlepsza sytuacja pod tym względem charakteryzowała podregion wrocławski, w którym na 100 mężczyzn przypadały 104 kobiety. Najwyższe wartości współczynnika feminizacji odnotowano w powiatach grodzkich Wrocław, Jelenia Góra i Legnica oraz w powiatach dzierzoniowskim, wałbrzyskim, jeleniogórskim, kłodzkim i świdnickim, zaś najmniejsze różnice w liczbie kobiet i mężczyzn w populacji charakteryzowały powiaty strzeliński, milicki, polkowicki, górowski i średzki.

Uznaje się, że struktury ludności według wieku i płci wyznaczają pozostałe parametry demograficzne, takie jak natężenie zgonów, małżeństw, urodzeń, a co za tym idzie również tempo zmian ludności¹. Struktury te mają wielkie znaczenie dla życia gospodarczego i społecznego danego obszaru. Wskazują również na tendencje, które w przyszłości będą wpływać na jego kondycję i kształtować życie jego mieszkańców. I tak, liczba ludności w wieku produkcyjnym jest istotnym czynnikiem rozwoju gospodarczego, liczba dzieci i młodzieży wskazuje m.in. jaki będzie w przyszłości odsetek siły roboczej, a liczba ludności w wieku poprodukcyjnym wpływa na obciążanie państwa kosztami utrzymania ludzi starszych.

Jednym ze sposobów porządkowania populacji ze względu na wiek jest przyjęcie kryterium przynależności do określonych ekonomicznych grup wieku. I tak, osoby pomiędzy 0 a 17.² rokiem życia określane są jako osoby w wieku przedprodukcyjnym, osoby w wieku

¹ *Demografia. Metody analizy i prognozowania*, 1992, s. 103

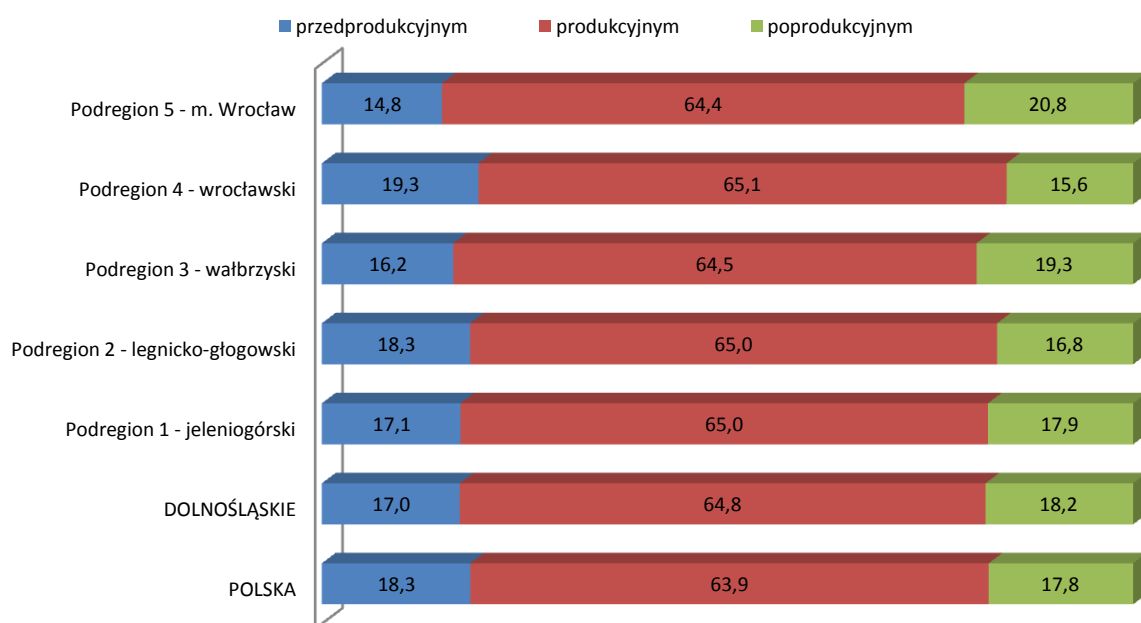
² Czasem górna granica wieku dla kategorii „wieku przedprodukcyjnego” wyznaczana jest na poziomie 14. roku życia, przy założeniu, że osoba jest zdolna do podjęcia pracy zarobkowej osiągnąwszy wiek 15 lat, jednakże w większości społeczeństw europejskich udział młodzieży w wieku 15 – 18 lat wśród ogółu zatrudnionych jest marginalny.

zdolności do pracy zarobkowej (18 – 64 lata dla mężczyzn, 18 – 59 lat dla kobiet) zaliczane są do kategorii wieku produkcyjnego. Wiek produkcyjny również można podzielić na dwie kategorie: wiek produkcyjny mobilny (18 – 44 lata) oraz niemobilny (45 – 59 kobiety, 45 – 64 mężczyźni). Ostatnią kategorią w ramach klasyfikacji ekonomicznych grup wieku jest wiek poprodukcyjny, do którego zalicza się kobiety, które osiągnęły 60. rok życia i więcej oraz mężczyzn, którzy mają co najmniej 65 lat. W Polsce do niedawna była to również prawnie określona granica wieku emerytalnego, aktualnie nastąpiło wydłużenie wieku aktywności zawodowej do 67. roku życia dla obu płci, co w przyszłości prawdopodobnie generować będzie potrzebę zredefiniowania powyższej klasyfikacji.

Analiza danych statystycznych z okresu ostatniej dekady wskazuje na systematyczny spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz stały wzrost liczebności kategorii wieku poprodukcyjnego. I tak w latach 2002 – 2012 udział osób w wieku 0-17 lat wśród ogółu populacji zmniejszył się o 4 punkty procentowe (z 21,0% do 17%), a odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrósł o 2,9 punktów procentowych (z 15,3% do 18,2%).

Szczegółowe dane odnoszące się do udziału osób należących do poszczególnych kategorii ekonomicznych wśród ogółu populacji dolnośląskiej w 2012r. prezentuje poniższy wykres.

Wykres 1. Ludność podregionów województwa dolnośląskiego wg ekonomicznych grup wieku (w%) – 2012r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL

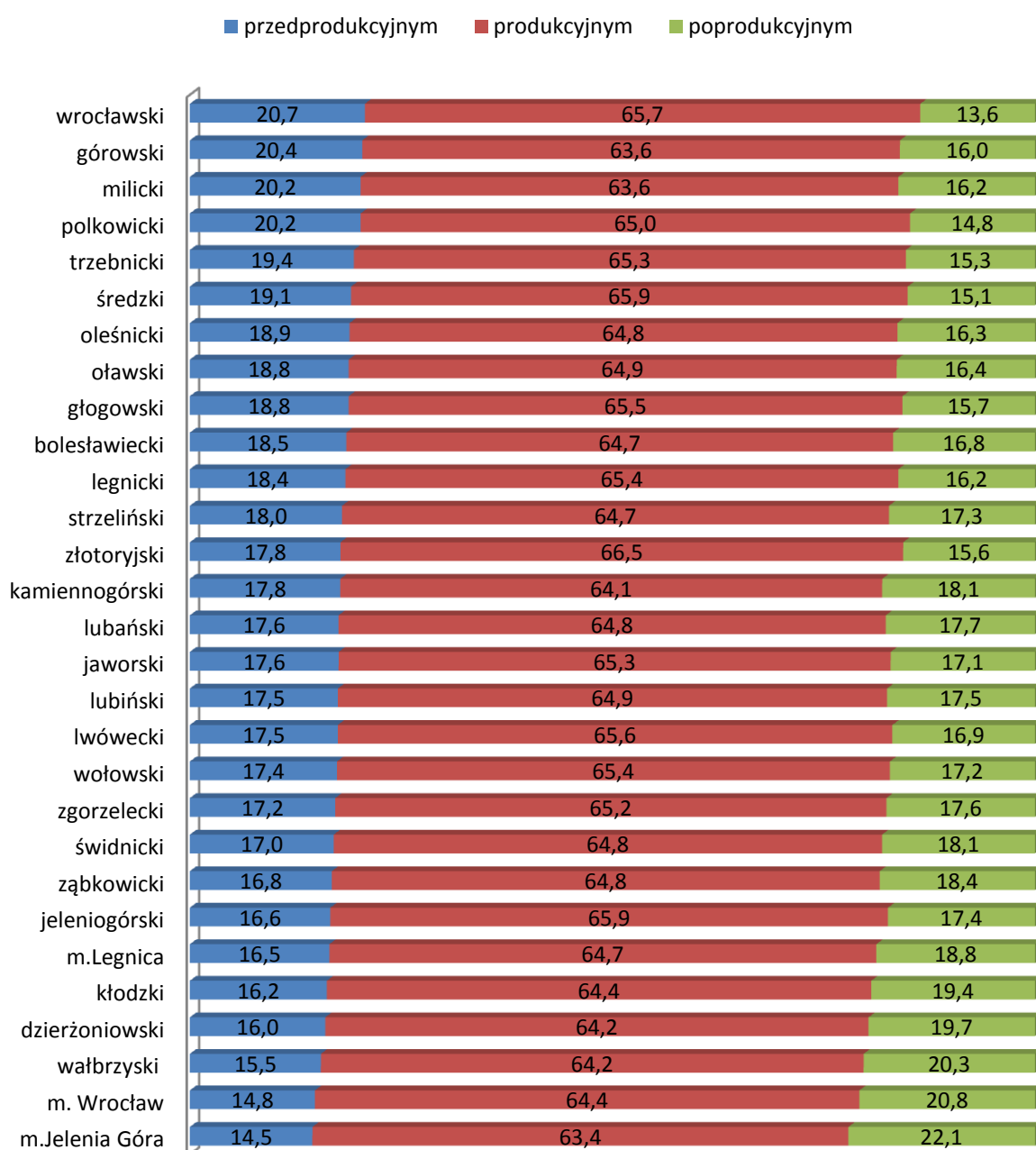
Na podstawie powyższych danych stwierdzić można, iż w najlepszej kondycji demograficznej znajdują się podregiony wrocławski i legnicko – głogowski, w których liczba osób w wieku przedprodukcyjnym wyniosła odpowiednio 19,3 i 18,3% i przewyższała liczbę osób wieku poprodukcyjnym (15,6 i 16,8%). W znacznie trudniejszej sytuacji znajdują się podregiony, w których wysoki jest odsetek osób w wieku poprodukcyjnym, przy jednocześnie zmniejszających się proporcjach ludności w wieku 0-17 lat. Odnosi się to

szczególnie do podregionów wałbrzyskiego i podregionu Miasto Wrocław, w których około 1/5 ogółu populacji stanowią osoby starsze.

Najwyższy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym odnotowano w powiatach wrocławskim, górowskim, milickim, polkowickim, trzebnickim i średzkim, najniższy zaś w powiatach grodzkich Jelenia Góra i Wrocław, powiecie wałbrzyskim, dzierzoniowskim i kłodzkim.

Szczegółowe dane na temat udziału osób w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w populacji poszczególnych powiatów województwa dolnośląskiego prezentuje poniższy wykres.

Wykres 2. Ludność powiatów województwa dolnośląskiego wg ekonomicznych grup wieku (w %) – 2012r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL

W badaniach demograficznych za społeczeństwo stare demograficzne uznaje się takie, w którym odsetek osób powyżej 60 roku życia przekracza 12% lub gdy odsetek osób powyżej 65 roku życia przekracza 8%. Ponadto uznaje się, że jeżeli odsetek osób starszych wynosi 7%, to dana populacja przekracza tzw. próg starości, w przypadku zaś 10% - uznaje się społeczeństwo za wiekowo zaawansowane. Na podstawie analizy danych statystycznych z 2012r. odnoszących się do struktury wieku społeczności dolnośląskiej stwierdzić można, iż z odsetkiem ludności w wieku 65 lat i więcej na poziomie 14,2% jest ona społecznością demograficznie starą. We wszystkich powiatach województwa dolnośląskiego udział osób w wieku 65+ przekroczył 10% ogółu populacji – najlepiej pod tym względem plasują się powiaty: wrocławski (10,5%), polkowicki (11,3%), głogowski (11,4%), trzebnicki (11,8%), średzki (11,8%) i złotoryjski (11,9%), zaś w najbardziej zaawansowanej fazie starzenia się znalazły się populacje powiatów grodzkich Jelenia Góra (17,2%) i Wrocław (16,6%), powiatu wałbrzyskiego (16,2%), dzierzoniowskiego (15,7%) i kłodzkiego (15,2%).

Mała liczba urodzeń żywych, niski przyrost naturalny oraz stopniowe wydłużanie średniej długości życia stanowią główne przyczyny zmian demograficznych, skutkujących postępującym starzeniem się populacji dolnośląskiej, a w perspektywie średnio i długoterminowej naruszać mogą stabilność demograficzną regionu.

W 2012r. w województwie dolnośląskim urodziło się 27.239 dzieci – o 421 mniej niż w roku 2011 i o 2310 dzieci mniej w porównaniu z rokiem 2010. Warto podkreślić przy tym, iż w latach 2004-2008 notowany był systematyczny wzrost liczby urodzeń, co powodowane było głównie wejściem w okres rozrodzony roczników wyżu demograficznego z lat 90-tych. Jedynym podregionem, w którym w latach 2011-2012 odnotowano wzrost liczby urodzeń żywych jest podregion wrocławski.

Przyrost naturalny w 2012r. w województwie dolnośląskim był ujemny i wynosił -1,1‰, najniższym poziomem przyrostu naturalnego charakteryzował się podregion wałbrzyski (-3,6‰), ujemny przyrost naturalny podregionu cechował również podregiony jeleniogórski (-2,2‰) i Miasto Wrocław (-0,6‰). Natomiast dodatnie wartości tego wskaźnika odnotowano w podregionie legnicko – głogowskim (0,4‰) i wrocławskim (1,2‰).

W 10 powiatach województwa dolnośląskiego odnotowano dodatnie saldo przyrostu naturalnego – były to powiaty: wrocławski, głogowski, oławski, milicki, polkowicki, trzebnicki, średzki, górowski, lubiński i oleśnicki. W pozostałych powiatach wskaźnik przyrostu naturalnego osiągnął wartości ujemne, w tym w 6 powiatach: dzierzoniowskim, kamiennogórskim, kłodzkim, ząbkowickim, grodzkim Jelenia Góra oraz wałbrzyskim spadł poniżej -3‰.

Przeciętne dalsze trwanie życia jest pojęciem analitycznym stosowanym w demografii, określającym średnią liczbę lat, jaką ma jeszcze do przeżycia osoba będąca w wieku x , przy założeniu umieralności z okresu, dla którego opracowano tablice trwania życia³. Przeciętne dalsze trwanie życia informuje, ile lat średnio będzie żyć osoba w danym

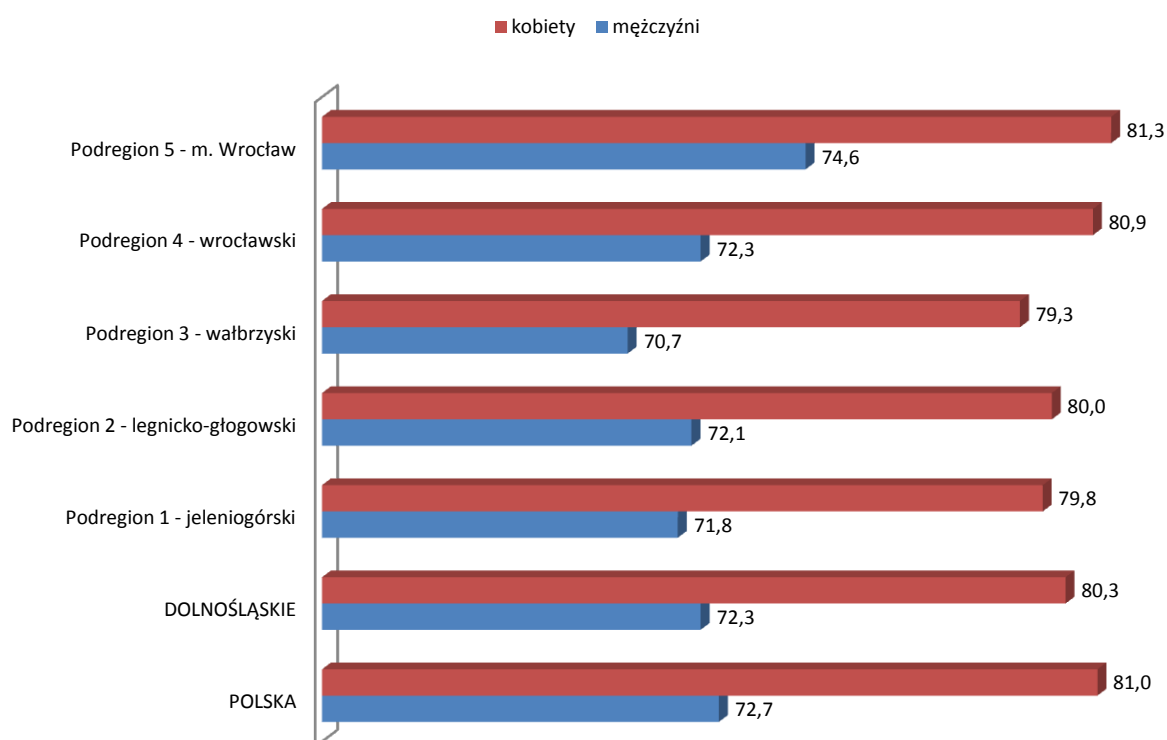
³ Tablice trwania życia – składają się z kilku funkcji względem wieku, związanych ze sobą matematycznie (m.in. liczba dożywających, liczba zmarłych, prawdopodobieństwo zgonu, przeciętne dalsze trwanie życia), określających teoretyczny proces wymierania populacji w miarę jej starzenia się. Wartości tych funkcji oblicza się na podstawie liczby zgonów i liczby ludności według płci i wieku, zaobserwowanych w danym okresie (definicja GUS).

wieku, przy uwzględnieniu wskaźników umieralności w okresie dokonywania obliczeń. Przeciętna długość życia jest również pośrednio wskaźnikiem jakości życia danego społeczeństwa, wiążąc się z czynnikami indywidualnymi, takimi jak styl życia, warunki materialne, dbałość o zdrowie, jak i uwarunkowaniami strukturalnymi – poziom zamożności społeczeństwa, stan i dostępność infrastruktury materialnej i instytucjonalnej, stopień zaawansowania medycyny oraz regulacje prawne i instytucjonalne mające na celu ochronę obywateli przed różnego rodzaju ryzykami socjalnymi (np. utrata pracy, choroba, niepełnosprawność, macierzyństwo, zaawansowany wiek, itp.).

W ciągu ostatniego półwiecza w większości krajów europejskich odnotowano wzrost przeciętnej długości trwania życia, będący wynikiem procesów modernizacyjnych. Również w Polsce w ciągu lat 1950 – 2012 średnia długość życia wzrosła o kilkanaście lat – kobiety żyją dziś dłużej średnio o 19,3 a mężczyźni o 16,6 lat. Wg obliczeń GUS dla Polski, chłopiec urodzony w 2012r. będzie żył średnio 72,7 lat, zaś dziewczynka 81 lat. Średnia długość trwania życia dla Dolnoślązaków urodzonych w 2012r. jest nieco niższa niż szacunki ogólnopolskie i wynosi 72,3 lat dla mężczyzn i 80,3 lat dla kobiet.

Szczegółowe dane odnośnie przeciętnego dalszego trwania życia noworodków urodzonych w 2012r. w poszczególnych podregionach województwa dolnośląskiego prezentuje poniższy wykres.

Wykres 3. Przeciętne dalsze trwanie życia osób urodzonych w 2012r. wg podregionów (w latach)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL

Według obliczeń średnio najdłuższe życie czeka mieszkańców podregionu Miasto Wrocław, co związane jest głównie z korzyściami zamieszkiwania w społecznościach wielkomiejskich – dobrze rozwinięta infrastruktura ochrony zdrowia, rekreacyjna, sportowa,

kulturowa, wyższa jakość życia powiązana z posiadanym wykształceniem, lepszą sytuacją materialną i upowszechnieniem prozdrowotnego stylu życia. Warto zwrócić również uwagę na dysproporcje w przewidywanej długości życia mieszkańców Wrocławia – podregionu w którym średnio żyje się najdłużej, a mieszkańców podregionu wałbrzyskiego, w którym sytuacja pod tym względem jest najmniej korzystna. Różnica szacowanej długości życia pomiędzy tymi podregionami wynosi 2 lata dla kobiet oraz aż 3,9 lat dla mężczyzn.

Dłuższe życie, a co za tym idzie, systematycznie rosnąca liczba osób w wieku starszym, utrzymujący się niski przyrost naturalny, jak również prognozy demograficzne, wskazujące na postępujący proces starzenia się populacji, stawiają przed systemami społecznymi obszarów dotkniętych tymi procesami szereg wyzwań w obszarze zdrowia, gospodarki, edukacji, zabezpieczenia społecznego czy pomocy społecznej. Konieczne staje się z jednej strony dążenie do stabilizacji demograficznej, poprzez działania kierowane na wsparcie dzietności czy też ukierunkowane strategie migracyjne, z drugiej zaś strony tworzenie rozwiązań systemowych służących aktywizacji społecznej i zawodowej osób starszych, pobudzaniu ich samodzielności w codziennym funkcjonowaniu w społeczności lokalnej oraz wsparciu niesamodzielnych osób starszych i osób sprawujących nad nimi opiekę.

Wykształcenie ludności Dolnego Śląska

Poziom wykształcenia mieszkańców województwa dolnośląskiego w odniesieniu do dwóch ostatnich spisów powszechnych (NSP)⁴, ulega ciągłym zmianom w kierunku posiadania przez mieszkańców regionu lepszego poziomu wykształcenia, co nie jest bez znaczenia dla rozwoju regionu. Za pozytywną tendencję należy uznać stały wzrost odsetka osób z wykształceniem ponadpodstawowym. W 2002 roku wśród ludności województwa odsetek osób z ukończonym jedynie wykształceniem podstawowym wynosił 57%, w roku 2011 wzrósł do ponad 66% (wzrost o 9 punktów procentowych).

W tym czasie zmniejszył się ponad dwukrotnie odsetek osób z wykształceniem podstawowym nieukończonym i bez wykształcenia (por. tabela 2 i wykres 4)

Tab.2. Ludność Dolnego Śląska wg płci i poziomu wykształcenia w 2002 i 2011 roku

Poziom wykształcenia	2002		2011		mężczyźni		kobiety	
	w tys.	w %	w tys.	w %.	2002	2011	2002	2011
Ogółem w tym:	2.470.363	100,0	2.293.748	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
wyższe	248.420	10,1	431.267	17,9	9,7	16,6	10,4	18,9
średnie i policealne	833.336	33,7	841.683	36,7	30,0	34,4	37,1	35,2
zasadnicze zawodowe	583.721	23,6	549.476	24,0	30,5	30,9	17,4	25,3
podstawowe ukończone	718.362	29,1	551.087	22,9	27,2	21,4	30,8	22,1
podstawowe nieukończone i bez wykształcenia	86.524	3,5	34.399	1,5	2,6	1,0	4,3	1,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL – wyniki Narodowych Spisów Powszechnych Ludności w latach 2002 i 2011

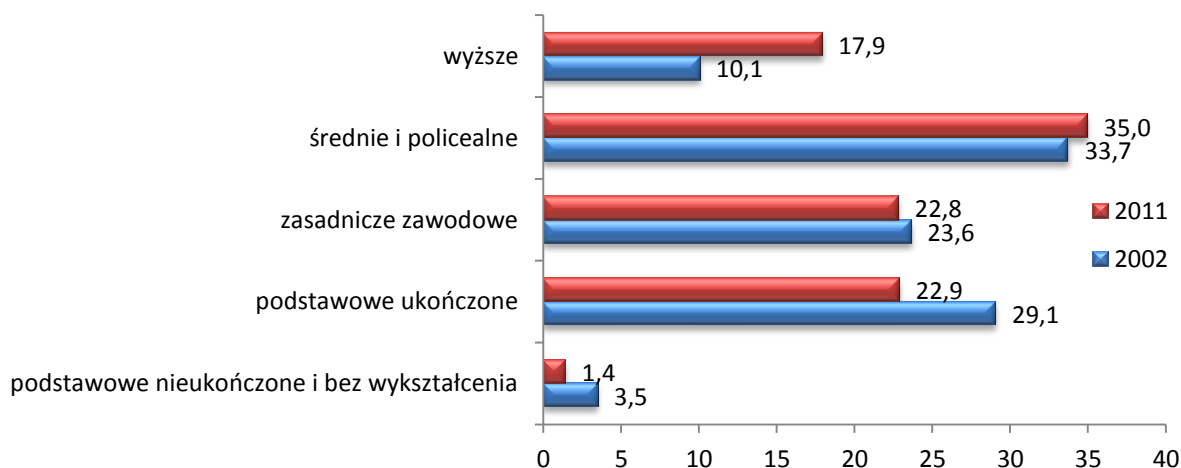
⁴ Przedstawione dane opierają się na danych pochodzących ze spisów powszechnych z 2002 i 2011 roku, które są jedynym badaniem dostarczającym pełnych informacji o wykształceniu ludności.

W okresach między dwoma spisami dużą dynamiką zanotowano w odniesieniu do osób z wykształceniem wyższym, których udział zwiększył się z 10,1% do 18,8%, co było wynikiem wyższym niż dla kraju – odpowiednio 9,9% i 16,8% w 2011 r. Pozytywny trend utrzymuje się również w odniesieniu do wykształcenia średniego i policealnego, w tej kategorii odnotowuje się również wzrost z 33,7% w 2002 roku do 36,7% w 2011 roku.

Omawiany okres charakteryzuje się również wzrostem wykształcenia kobiet – w 2002 roku odsetek kobiet z wykształceniem ponadpodstawowym wzrósł z poziomu blisko 65% w 2002 roku do 79,3% w 2011 roku (analogicznie dla mężczyzn wskaźniki te wynoszą: w 2002 roku 70,2% i 81,9% w 2011 roku).

Kobiety częściej niż mężczyźni posiadają ukończoną szkołę średnią i kształcą się dalej do uzyskania wykształcenia wyższego. Więcej mężczyzn decyduje się na kontynuowanie nauki na poziomie zawodowym 30,5% w 2002 roku oraz 30,9% w 2011 roku.

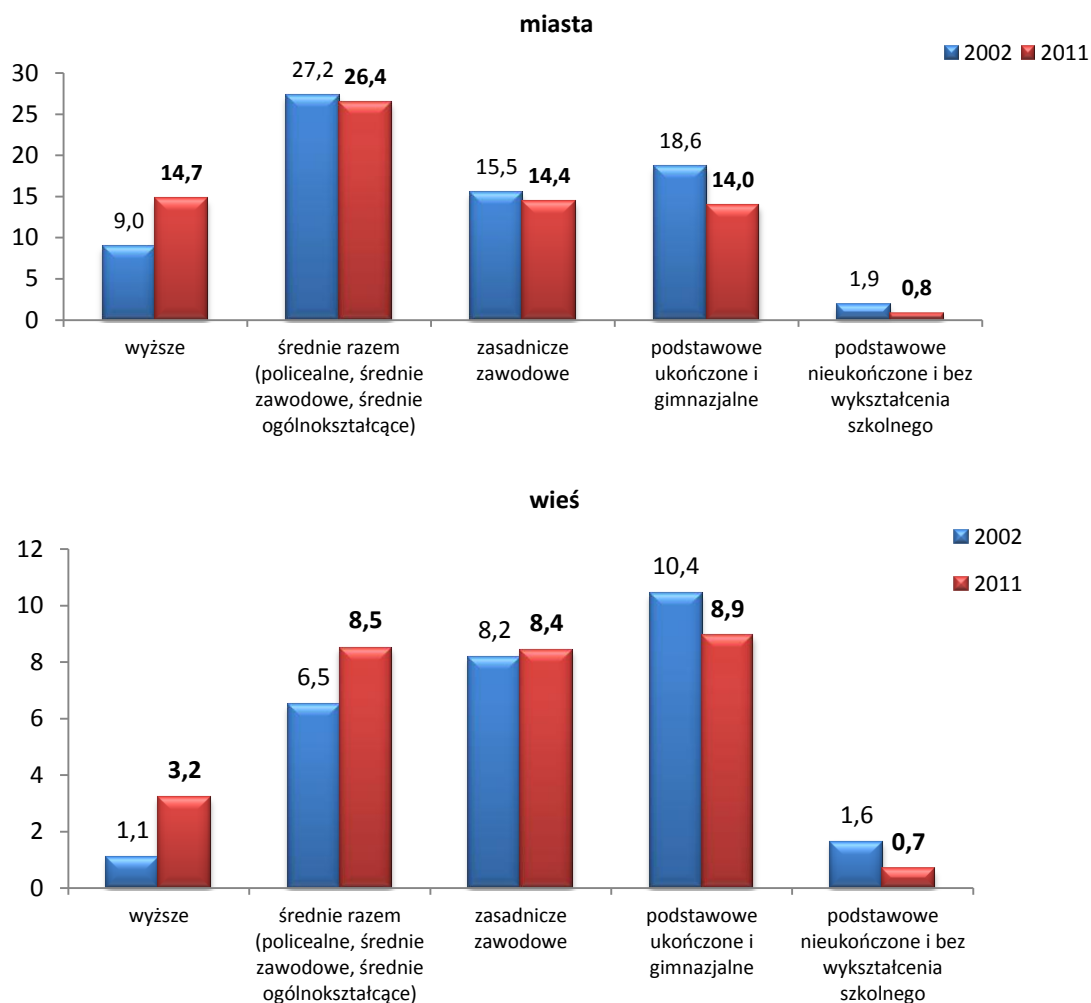
Wykres 4. Ludność Dolnego Śląska w wieku 13 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w latach 2002 i 2011 (w%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL – NSP 2011

Czynnikiem różnicującym strukturę ludności według poziomu wykształcenia jest również miejsce zamieszkania. Mieszkańcy miast charakteryzują się wyższym poziomem wykształcenia (wykres 5)

Wykres 5. Ludność w wieku 13 lat i więcej wg poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania w latach 2002 i 2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL – NSP 2011

Na wsi dominującym poziomem wykształcenia jest ukończenie szkoły zawodowej, podczas gdy ludność w miastach częściej posiada wykształcenie średnie – 26.4% w 2011 r. na wsi 8,5% a także wyższe – blisko 15% mieszkańców.

W odniesieniu do poszczególnych powiatów województwa dolnośląskiego sytuacja dotycząca wykształcenia przedstawia się podobnie, jak wskazane powyżej. W powiatach dużych, gdzie występują miasta posiadające rozbudowaną infrastrukturę oświatową (różne typy szkół) wykształcenie ludności jest wyższe niż w pozostałych powiatach. Do powiatów o najwyższym odsetku osób legitymujących się wykształceniem wyższym zaliczamy (tabela 3): powiat m. Wrocław, powiat wrocławski, powiat m. Jelenia Góra, powiat m. Legnica. Powiaty te wykazują wyższy odsetek osób z wykształceniem wyższym niż dane dla całego województwa – 17,9%. Na drugim biegunie plasują się takie powiaty jak: milicki, kamiennogórski, górowski, w których odsetek osób z wykształceniem wyższym nie przekracza 10%.

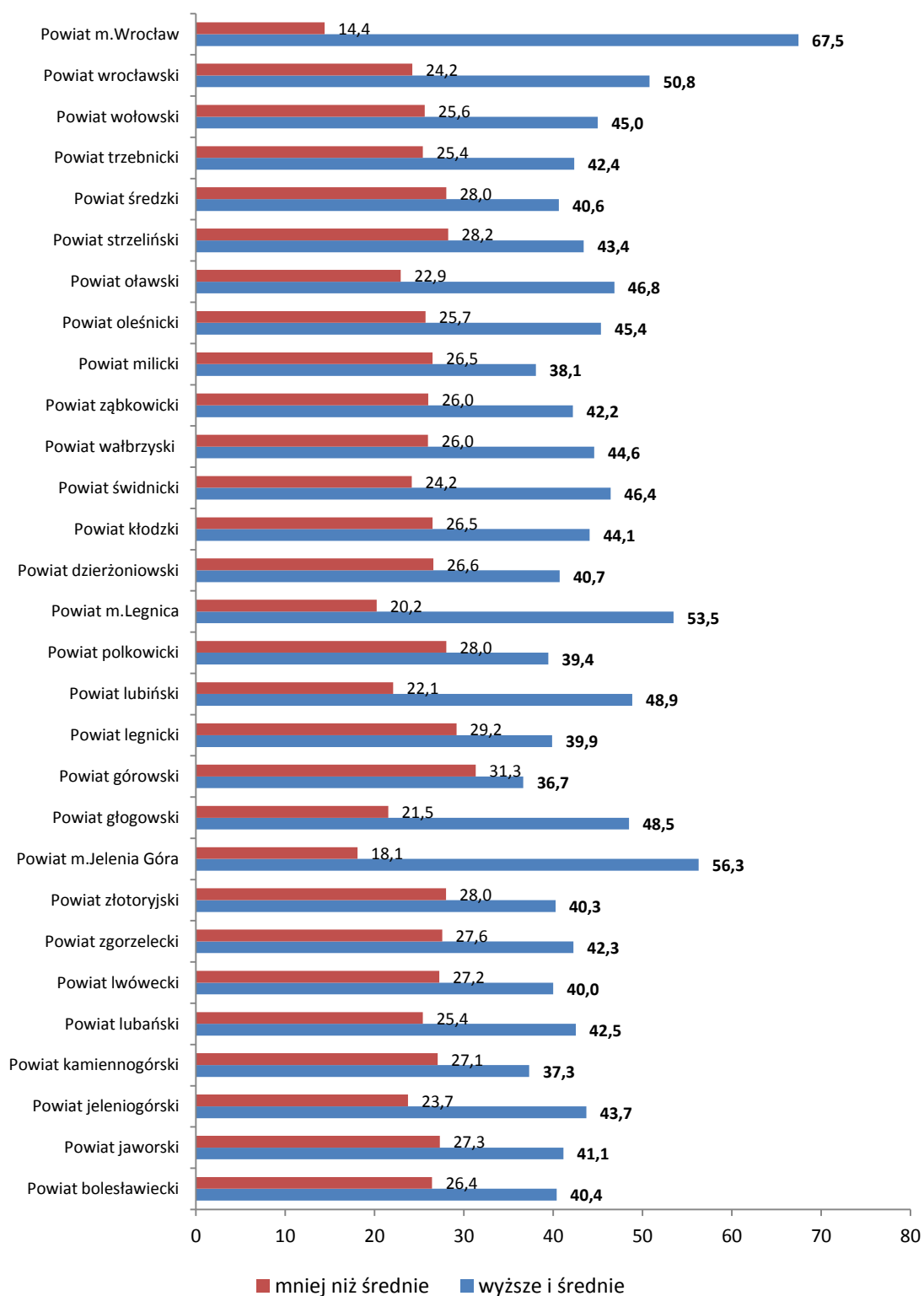
Tab.3. Powiaty województwa dolnośląskiego z najwyższym i najniższym odsetkiem osób legitymizujących się wykształceniem wyższym w 2011 r.

Powiaty o najwyższym odsetku osób legitymizujących się wykształceniem wyższym		Powiaty o najniższym odsetku osób legitymizujących się wykształceniem wyższym	
nazwa powiatu	odsetek osób	nazwa powiatu	odsetek osób
Powiat m. Wrocław	30,00	Powiat milicki	9,84
Powiat wrocławski	20,67	Powiat kamiennogórski	9,63
Powiat m. Jelenia Góra	18,83	Powiat górowski	9,03
Powiat m. Legnica	18,75	X	X

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL – wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011

Wyniki NSP 2011 wskazują, iż w Polsce odsetek ludności z wykształceniem wyższym i średnim (średnie zawodowe, średnie ogólnokształcące i policealne) wynosił 48,2%. Na terenie województwa dolnośląskiego wskaźnik ten w omawianym roku wyniósł 54,6% (tj. więcej o 6,4 pkt. procentowego). W odniesieniu do powiatów wskaźnik ten w dwóch z nich był jeszcze wyższy – powiat m. Wrocław (67,5%) i powiat m. Jelenia Góra (56,3%) – por. wykres 6. W powiatach tych blisko 40% kobiet ukończyło szkoły średnie lub policealne.

Wykres 6. Ludność Dolnego Śląska charakteryzująca się wykształceniem wyższym i średnim oraz poniżej średniego wg powiatów w 2011 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL – NSP 2011

Aktywność ekonomiczna ludności na Dolnym Śląsku

Do podstawowych wskaźników opisujących sytuację na rynku pracy należą:

- współczynnik aktywności zawodowej – stosunek liczby aktywnych zawodowo do sumy aktywnych i biernych zawodowo
- wskaźnik zatrudnienia – stosunek liczby pracujących do sumy aktywnych i biernych zawodowo
- stopa bezrobocia – stosunek liczby bezrobotnych do aktywnych zawodowo.

Jednym ze wskaźników aktywności ekonomicznej jest wskaźnik zatrudnienia, czyli odsetek ludności, która pracuje zawodowo. Województwo dolnośląskie plasuje się poniżej średniej krajowej na 12. miejscu. Niskie wartości dotyczą zarówno kobiet jak i mężczyzn, chociaż różnice we wskaźnikach między płciami są dużo mniejsze niż średnie różnice dla Polski oraz wskaźnik zatrudnienia kobiet plasuje się w rankingu województw (8. miejsce) lepiej niż wskaźnik zatrudnienia dla mężczyzn (15. miejsce), co świadczy, że dolnośląski rynek pracy jest bardziej otwarty na pracę dla kobiet.

Czynnikiem wpływającym na wielkość podaży na rynku pracy jest również stosunkowo niski i nieulegający istotnym zmianom współczynnik aktywności zawodowej ludności, który w 2011 roku uplasował województwo dolnośląskie na 12. miejscu w skali kraju (dla mężczyzn jest to 14. miejsce, dla kobiet 10). Utrzymanie się wskaźnika aktywności zawodowej na tym poziomie w dłuższej perspektywie oznaczać będzie znaczący odpływ osób z rynku pracy zarówno w perspektywie 2020 roku, jak i w perspektywie 2035 roku, który należy brać pod uwagę przy analizie kierunków rozwoju rynku pracy w przyszłości. Tendencję tę widać już obecnie w postaci zmniejszającej się z każdym rokiem liczby absolwentów wchodzących na rynek pracy.⁵

Wartości stopy bezrobocia według badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL) różnią się od wartości stopy bezrobocia liczonego na podstawie rejestracji w urzędach pracy, jednak wyniki tego badania są porównywalne w skali międzynarodowej. Stopa bezrobocia w województwie dolnośląskim wynosi 10,6% przy średniej ogólnopolskiej 9,7% i plasuje region na 12. miejscu. W latach 2005-2008 w całej Polsce spadało bezrobocie. Województwo dolnośląskie należy do tych, których rynek pracy najlepiej i najsilniej zareagował na te zmiany. Województwo to, podobnie jak wiele regionów położonych na zachodzie Polski, nie tylko szybko zareagowało na poprawę sytuacji gospodarczej w tych latach, ale równie mocno poddało się negatywnemu wpływowi międzynarodowego kryzysu gospodarczego na rynek pracy w latach 2008-2010. Można więc uznać, że należy ono do grupy województw szybko reagujących na zmiany pochodzące z zewnątrz (elastyczny rynek pracy).⁶ Niskie wartości współczynników aktywności zawodowej, wskaźników zatrudnienia oraz relatywnie wysoka stopa bezrobocia wskazują z jednej strony na występowanie strukturalnych problemów

⁵Proгноza zapotrzebowania gospodarki regionu na siłę roboczą w układzie sektorowo-branżowym i kwalifikacyjno-zawodowym w województwie dolnośląskim, Etap 1: Struktura zawodowa mieszkańców Dolnego Śląska a kierunki rozwoju dolnośląskiego rynku pracy, AGERON Polska, People Matters, 2010, s. 21-22

⁶Ibidem, s.10

dolnośląskiego rynku pracy, a z drugiej na znaczący (choć być może trudny do wykorzystania) ukryty potencjał osób obecnie niepracujących.⁷

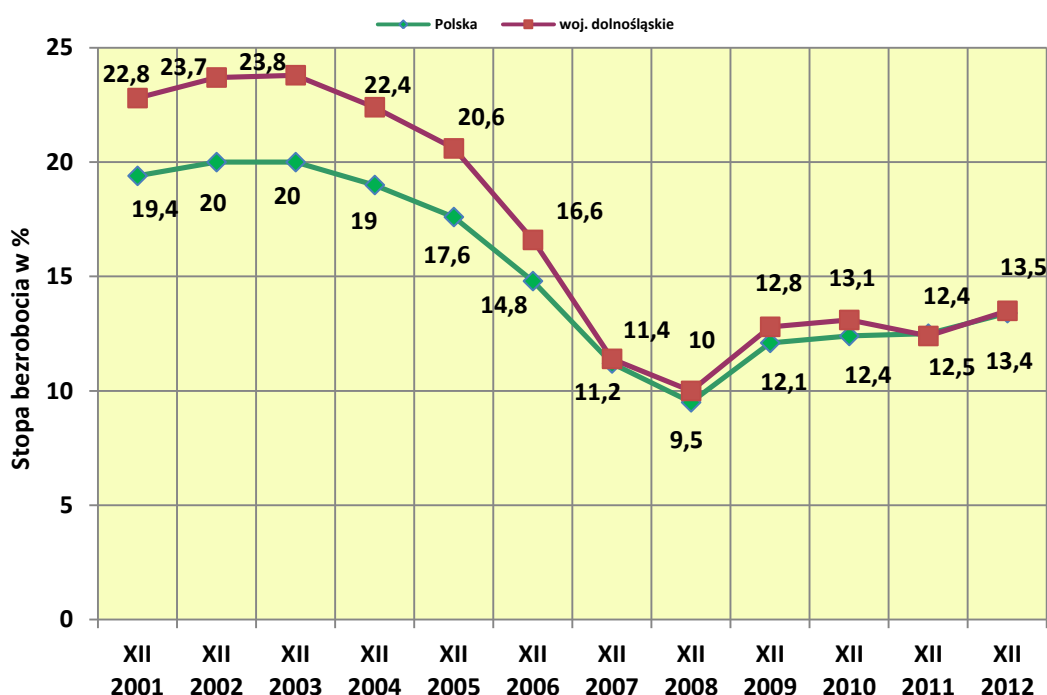
Stopa bezrobocia na Dolnym Śląsku

Według danych GUS stopa bezrobocia rejestrowanego w województwie dolnośląskim wynosiła na koniec grudnia 2012 roku 13,5% i wzrosła w porównaniu do listopada 2012r. o 0,5 punktu procentowego. W kraju wskaźnik bezrobocia wzrósł w porównaniu do listopada 2012r. także o 0,5 punktu procentowego i kształtował się na poziomie 13,4%. W grudniu 2011 roku stopa bezrobocia na Dolnym Śląsku (12,4%) i była mniejsza o 0,1 punktu procentowego od wskaźnika w kraju (12,5%).

W porównaniu do stanu na koniec grudnia 2011r. stopa bezrobocia w województwie dolnośląskim wzrosła o 1,1 punktu procentowego (w analogicznym okresie w 2011 roku zanotowano spadek o 0,7 punktu procentowego).

Tendencje zmian stopy bezrobocia w województwie dolnośląskim na tle kraju w grudniu w latach 2001 – 2012 ilustruje poniższy wykres.

Wykres 7. Zmiana stopy bezrobocia w województwie dolnośląskim na tle kraju w latach 2011-2012 (w %)



Źródło: Opracowanie własne DWUP

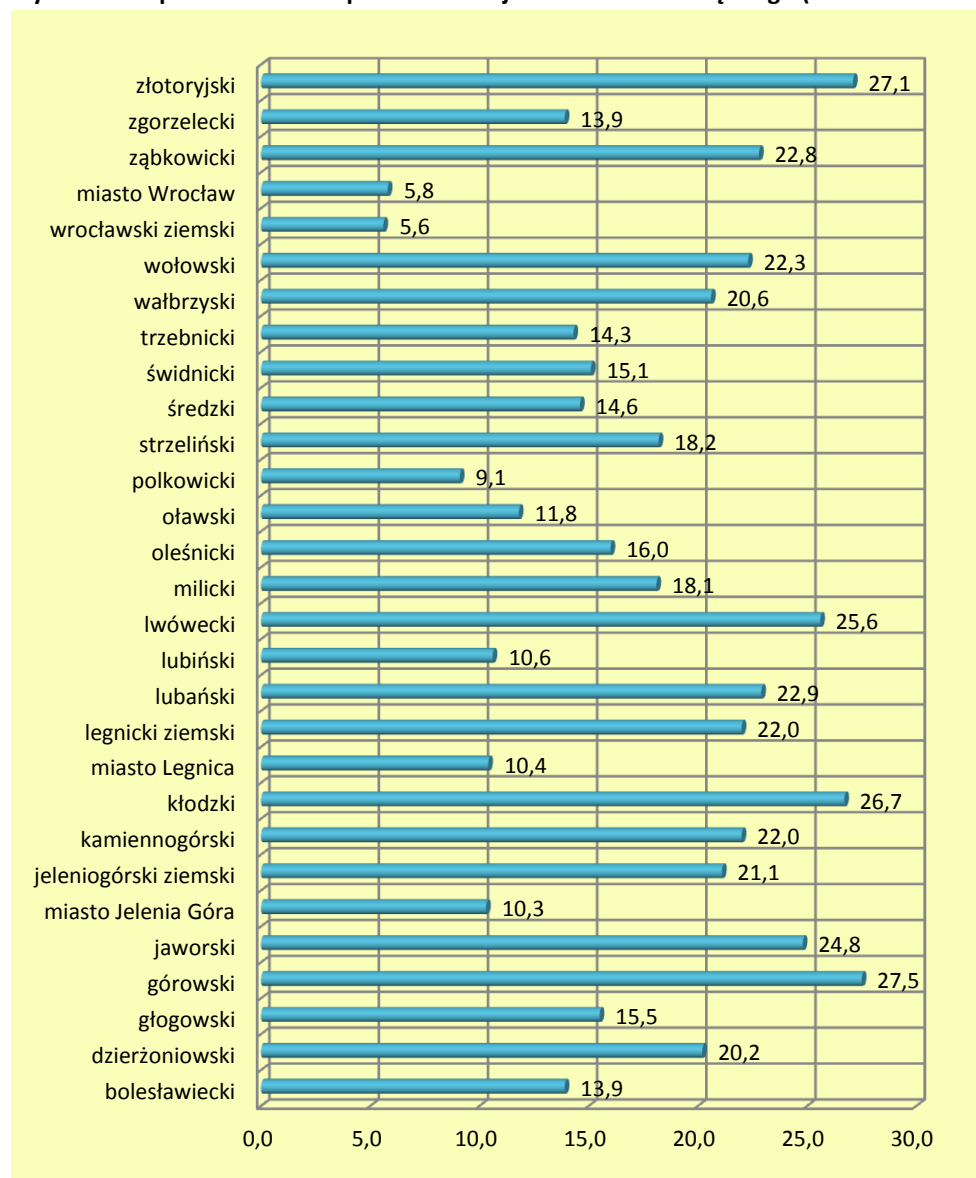
W końcu grudnia 2012 roku większy wskaźnik bezrobocia niż w województwie dolnośląskim zanotowano w województwach: warmińsko-mazurskim (21,2%), zachodniopomorskim (18,1%), kujawsko-pomorskim (17,9%), podkarpackim (16,3%),

⁷Sytuacja na dolnośląskim rynku pracy – badanie zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności, The Gallup Organization Poland sp. z o.o., 2011, s.26

lubuskim (15,8%), świętokrzyskim (15,8%), podlaskim (14,6%), opolskim (14,2%), lubelskim (14,1%), łódzkim (14,0%).

Wartości stóp bezrobocia wg stanu na koniec grudnia 2012 r. w powiatach województwa dolnośląskiego przedstawia poniższy wykres.

Wykres 8. Stopa bezrobocia w powiatach województwa dolnośląskiego (stan na 31.12.2012r.)



Źródło: Opracowanie własne

Najwyższą stopę bezrobocia w województwie dolnośląskim na koniec grudnia 2012 roku, wynoszącą co najmniej 22%, zanotowano w powiatach:

górowskim	27,5%	(26,4% w grudniu 2011 roku)
złotoryjskim	27,1%	(26,6%)
kłodzkim	26,7%	(24,9%)
lwóweckim	25,6%	(24,6%)
jaworskim	24,8%	(23,7%)

lubańskim	22,9%	(22,9%)
ząbkowickim	22,8%	(22,0%)
wołowskim	22,3%	(20,2%)
kamiennogórskim	22,0%	(21,2%)
legnickim ziemskim	22,0%	(21,2%)

Najniższy poziom stopy bezrobocia, nieprzekraczający 10% wystąpił w powiatach:

wrocławskim ziemskim	5,6%	(4,5% w grudniu 2011 roku)
wrocławskim grodzkim	5,8%	(5,0 %)
polkowickim	9,1%	(9,0%)

W 25 powiatach Dolnego Śląska stopa bezrobocia na koniec grudnia 2012 r. była wyższa niż na koniec grudnia 2011 r. Największy wzrost o 2,6 punktu procentowego wystąpił w powiecie strzelińskim, ponadto duży wzrost odnotowano w powiecie świdnickim (o 2,2 punktu procentowego) oraz wołowskim (o 2,1 punktu procentowego). W powiecie lubańskim stopa bezrobocia była taka sama jak na koniec grudnia 2011 r.

Zmiany poziomu stopy bezrobocia w układzie podregionów w okresie grudzień 2011 – grudzień 2012 roku przedstawia poniższa tabela.

Tab.4. Zmiany poziomu stopy bezrobocia w układzie podregionów w okresie grudzień 2011 – grudzień 2012r.

Podregiony	Stopa bezrobocia w %		
	(stan na dzień)		
	31.XII.2011	30. XI. 2012	31. XII. 2012
Województwo dolnośląskie	12,4	13,0	13,5
Podregion jeleniogórski	17,5	17,6	18,3
Podregion legnicko-głogowski	12,6	12,9	13,2
Podregion wałbrzyski	19,3	20,2	20,8
Podregion wrocławski	11,6	12,5	13,1
Podregion m. Wrocław	5,0	5,6	5,8

Źródło: Opracowanie własne

Stopa bezrobocia w województwie dolnośląskim jest niższa w powiatach zurbanizowanych (np. Wrocław i powiat wrocławski ziemski, niektóre powiaty z podregionu legnicko-głogowskiego) oraz znacznie wyższa w powiatach leżących poza centrami rozwoju gospodarczego województwa (powiaty podregionów wałbrzyskiego i jeleniogórskiego, powiaty rolnicze podregionu wrocławskiego). W roku 2011 stopa bezrobocia osiąga wartości z zakresu od 4,5% (powiat wrocławski ziemski) do 26,6% (powiat złotoryjski). W porównaniu do stopy bezrobocia w województwie (12,4%) wg stanu na 31 grudnia 2011r. w 13 powiatach odnotowano stopy bezrobocia powyżej 150% stopy wojewódzkiej. Są to następujące powiaty: złotoryjski, górowski, lwówecki, kłodzki, jaworski, lubański, ząbkowicki,

kamiennogórski, jeleniogórski ziemski, legnicki ziemski, wołowski, dzierzoniowski i wałbrzyski.

Poziom stopy bezrobocia w województwie dolnośląskim według powiatów w porównaniu do średniej krajowej przedstawia poniższe zestawienie:

Tab.5. Poziom stopy bezrobocia w woj. dolnośląskim według powiatów w porównaniu do średniej stopy bezrobocia w skali kraju

Powiaty	grudzień 2011 r.		listopad 2012 r.		grudzień 2012 r.	
	stopa bezrobocia / % /	% średniej krajowej	stopa bezrobocia / % /	% średniej krajowej	stopa bezrobocia / % /	% średniej krajowej
POLSKA	12,5	100,0	12,9	100,0	13,4	100,0
WOJEWÓDZTWO	12,4	99,2	13,0	100,8	13,5	100,7
Bolesławiecki	12,2	97,6	13,4	103,9	13,9	103,7
Dzierżoniowski	19,3	154,4	19,6	151,9	20,2	150,7
Głogowski	14,3	114,4	15,5	120,2	15,5	115,7
Górowski	26,4	211,2	26,5	205,4	27,5	205,2
Jaworski	23,7	189,6	23,3	180,6	24,8	185,1
Jeleniogórski-grodzki	9,9	79,2	9,9	76,7	10,3	76,9
Jeleniogórski-ziemski	21,0	168,0	20,8	161,2	21,1	157,5
Kamiennogórski	21,2	169,6	21,1	163,6	22,0	164,2
Kłodzki	24,9	199,2	26,0	201,6	26,7	199,3
Legnicki-grodzki	10,1	80,8	10,1	78,3	10,4	77,6
Legnicki-ziemski	21,2	169,6	21,2	164,3	22,0	164,2
Lubański	22,9	183,2	22,6	175,2	22,9	170,9
Lubiński	9,7	77,6	10,3	79,8	10,6	79,1
Lwówecki	24,6	196,8	24,9	193,0	25,6	191,0
Milicki	17,2	137,6	17,3	134,1	18,1	135,1
Oleśnicki	14,9	119,2	15,6	120,9	16,0	119,4
Oławski	10,6	84,8	11,1	86,0	11,8	88,1
Polkowicki	9,0	72,0	8,7	67,4	9,1	67,9
Strzeliński	15,6	124,8	17,5	135,7	18,2	135,8
Średzki	13,2	105,6	13,7	106,2	14,6	109,0
Świdnicki	12,9	103,2	14,2	110,1	15,1	112,7
Trzebnicki	12,6	100,8	13,6	105,4	14,3	106,7
Wałbrzyski	19,1	152,8	20,1	155,8	20,6	153,7
Wołowski	20,2	161,6	21,4	165,9	22,3	166,4
Wrocławski - ziemski	4,5	36,0	5,3	41,1	5,6	41,8
Wrocławski-grodzki	5,0	40,0	5,6	43,4	5,8	43,3
Ząbkowicki	22,0	176,0	22,5	174,4	22,8	170,1
Zgorzelecki	12,6	100,8	13,4	103,9	13,9	103,7
Złotoryjski	26,6	212,8	25,7	199,2	27,1	202,2

Źródło: Liczba bezrobotnych zarejestrowanych oraz stopa bezrobocia według województw, podregionów i powiatów /dane GUS/

Struktura bezrobocia na Dolnym Śląsku

W roku 2012 roku liczba zarejestrowanych bezrobotnych zwiększyła się o 13.794 osoby, natomiast w roku 2011 zanotowano spadek o 6.707 osób.

Napływ bezrobotnych w okresie dwunastu miesięcy 2012r. był większy niż w analogicznym okresie roku ubiegłego i wynosił 218.256 osób (w okresie styczeń –grudzień 2011r. odnotowano napływ 209.675 osób), natomiast odpływ w okresie I – XII 2012 roku w wysokości 204.462 osób był o 11.920 osób mniejszy niż w analogicznym okresie roku ubiegłego.

Wzrost liczby bezrobotnych w okresie dwunastu miesięcy 2012 roku spowodowany był między innymi spadkiem zatrudnienia w przemyśle. Jak wynika z „Komunikatu o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa dolnośląskiego w grudniu 2012r.” przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw nieznacznie zmniejszyło się w skali roku. Przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw w grudniu 2012r. kształtowało się na poziomie 426,7 tys. osób, tj. niższym niż przed rokiem o 1,2% (wobec wzrostu o 2,2% w grudniu 2011r.). Spadek przeciętnego zatrudnienia odnotowano w 9 sekcjach, w tym największy w pozostałej działalności usługowej (o 15,0%). W 5 sekcjach zatrudnienie zwiększyło się, w tym najbardziej w informacji i komunikacji (o 11,5%).

W porównaniu do grudnia 2011 roku w 28 powiatach odnotowano wzrost liczby zarejestrowanych bezrobotnych, w tym największy (powyżej 500 osób) w powiatach: wrocławskim grodzkim (o 2.829 osób), świdnickim (o 1.432 osoby), kłodzkim (o 1.320 osób), wałbrzyskim (o 1.048 osoby), wrocławskim ziemskim (o 709 osób), bolesławieckim (o 581 osób), trzebnickim (o 530 osób) oraz zgorzeleckim (o 501 osób). Najmniejszy wzrost liczby bezrobotnych w porównaniu do stanu na koniec 2011 roku (o mniej niż 100 osób) odnotowano w powiatach: jeleniogórskim ziemskim (o 2 osoby), polkowickim (o 11 osób) oraz złotoryjskim (o 89 osób). W powiecie lubańskim odnotowano spadek liczby bezrobotnych o 26 osób. Dynamikę bezrobocia w poszczególnych powiatach przedstawia poniższa tabela.

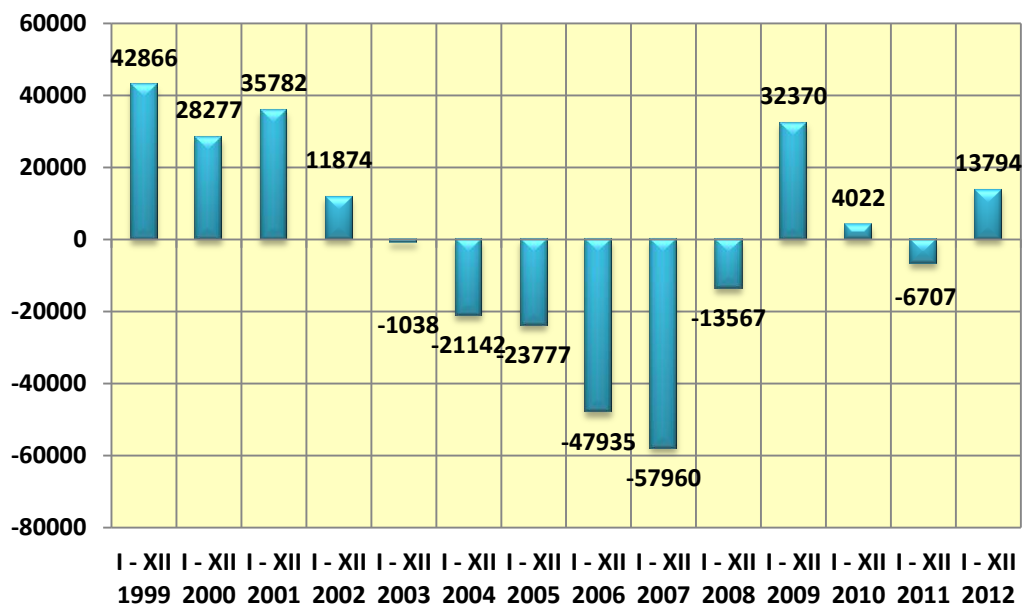
Tab.6. Wzrost, spadek [-] liczby bezrobotnych w województwie dolnośląskim według podregionów i powiatów w okresie grudzień 2011 - grudzień 2012 roku

Podregiony i powiaty	Liczba zarejestrowanych bezrobotnych /stan na dzień/		Spadek [-], wzrost bezrobocia w porównaniu do stanu na dzień 31.XII.2011 r.	Dynamika bezrobocia /stan na 31.XII. 2011 = 100/
	31.XII.2011 r.	31.XII.2012 r.		
Podregion jeleniogórski	35.209	37.049	1.840	105,2
Bolesławiecki	3.788	4.369	581	115,3
Jaworski	4.143	4.384	241	105,8
Jeleniogórski - grodzki	3.555	3.673	118	103,3
Jeleniogórski - ziemski	4.124	4.126	2	100,0
Kamiennogórski	3.248	3.395	147	104,5
Lubański	4.354	4.328	-26	99,4
Lwówecki	3.745	3.932	187	105,0
Zgorzelecki	4.079	4.580	501	112,3
Złotoryjski	4.173	4.262	89	102,1
Podregion legnicko- głogowski	23.046	24.353	1.307	105,7
Głogowski	4.360	4.774	414	109,5
Górowski	3.195	3.369	174	105,4
Legnicki - grodzki	4.866	5.018	152	103,1
Legnicki - ziemski	3.487	3.661	174	105,0
Lubiński	3.776	4.158	382	110,1
Polkowicki	3.362	3.373	11	100,3
Podregion wałbrzyski	43.939	48.289	4.350	109,9
Dzierżoniowski	6.191	6.504	313	105,1
Kłodzki	13.597	14.917	1.320	109,7
Świdnicki	7.510	8.942	1.432	119,1
Wałbrzyski	11.469	12.517	1.048	109,1
Ząbkowicki	5.172	5.409	237	104,6
Podregion wrocławski	25.213	28.681	3.468	113,8
Milicki	2.220	2.351	131	105,9
Oleśnicki	5.493	5.989	496	109,0
Oławski	3.456	3.863	407	111,8
Strzeliński	2.331	2.801	470	120,2
Średzki	2.286	2.567	281	112,3
Trzebnicki	3.415	3.945	530	115,5
Wołowski	3.437	3.881	444	112,9
Wrocławski - ziemski	2.575	3.284	709	127,5
Podregion m. Wrocław	16.168	18.997	2.829	117,5
Wrocławski - grodzki	16.168	18.997	2.829	117,5
WOJ. DOLNOŚLĄSKIE - OGÓŁEM	143.575	157.369	13.794	109,6

Źródło: Dane GUS

Wzrost, spadek [-] liczby bezrobotnych w województwie dolnośląskim w okresie styczeń – grudzień w latach 1999 – 2012 ilustruje poniższy wykres.

Wykres 9. Wzrost, spadek [-] liczby bezrobotnych w województwie dolnośląskim w okresie I - XII w latach 1999 – 2012



Źródło: Opracowanie własne DWUP

O 13.347 osób wzrosła liczba bezrobotnych poprzednio pracujących (w analogicznym okresie 2011 roku spadła o 3.620 osób). Odsetek tej grupy bezrobotnych w ogólnej liczbie zarejestrowanych osób zwiększył się w okresie dwunastu miesięcy 2012r. z 85,9% na koniec grudnia 2011 r. do 86,8% na koniec grudnia 2012 r.

W 2012 roku zanotowano znacznie mniejszy wzrost liczby bezrobotnych kobiet niż mężczyzn. Populacja bezrobotnych mężczyzn zwiększyła się o 9.892 osoby (w okresie dwunastu miesięcy 2011 roku zanotowano spadek o 5.382 osoby), liczba bezrobotnych kobiet zwiększyła się o 3.902 osoby (w analogicznym okresie w 2011 roku odnotowano spadek o 1.325 osób). Odsetek bezrobotnych kobiet zmniejszył się w porównaniu do stanu na koniec grudnia 2011 o 2,2 punktu procentowego i wynosi 51,0% (53,2% na koniec grudnia 2011 roku). Odsetek bezrobotnych mężczyzn zwiększył się w porównaniu do stanu na koniec grudnia 2011 analogicznie o 2,2 punktu procentowego i wynosi 49,0% (46,8% na koniec grudnia 2011 roku).

Wzrosła liczba bezrobotnych zamieszkałych na obszarach wiejskich. W okresie dwunastu miesięcy 2012r. populacja bezrobotnych zamieszkałych na wsi zwiększyła się o 4.712 osób, natomiast w analogicznym okresie w roku 2011 zanotowano spadek o 1.917 osób. Odsetek tej grupy bezrobotnych zmniejszył się z 35,7% na koniec grudnia 2011r. do 35,6% na koniec grudnia 2012r.

Zanotowano wzrost liczby bezrobotnych zwolnionych z przyczyn zakładu pracy (o 1.477 osób), podczas gdy w okresie styczeń – grudzień 2011 roku populacja tej grupy

bezrobotnych wzrosła tylko o 528 osób. W powiatowych urzędach pracy zarejestrowało się w 2012 roku (napływ) 7.158 bezrobotnych zwolnionych z przyczyn zakładu pracy – o 2.250 osób więcej niż w okresie dwunastu miesięcy 2011 roku. Pracodawcy zgłosili w okresie od stycznia do grudnia 2012 roku do zwolnienia 5.198 osób (3.782 osoby w okresie I – XII 2011 roku), natomiast zwolnienia objęły 2.618 pracowników (2.719 osób w okresie I – XII w roku 2011).

Tab.7. Zestawienie porównawcze zmian poziomu bezrobocia w województwie dolnośląskim według wybranych grup bezrobotnych w grudniu 2011 i 2012 roku

Grupy bezrobotnych	Liczba zarejestrowanych bezrobotnych /stan na dzień/	Liczba zarejestrowanych bezrobotnych /stan na dzień/	Wzrost, spadek [-] w porównaniu do grudnia 2011 roku	Dynamika w okresie XII. 2011 - XII.2012 (stan na 31.XII. 2011 roku = 100)	Struktura bezrobotnych (stan na dzień)	
	31.XII. 2011 r.	31.XII. 2012 r.			31.XII. 2011 r.	31.XII. 2012 r.
Zarejestrowani bezrobotni - ogółem	143.575	157.369	13.794	109,6	100,0	100,0
kobiety	76.375	80.277	3.902	105,1	53,2	51,0
mężczyźni	67.200	77.092	9.892	114,7	46,8	49,0
poprzednio pracujący	123.320	136.667	13.347	110,8	85,9	86,8
zwolnieni z przyczyn zakładu pracy	4.134	5.611	1.477	135,7	2,9	3,6
dotychczas niepracujący	20.255	20.702	447	102,2	14,1	13,2
z prawem do zasiłku	27.550	30.583	3.033	111,0	19,2	19,4
bez prawa do zasiłku	116.025	126.786	10.761	109,3	80,8	80,6
zamieszkali na wsi	51.277	55.989	4.712	109,2	35,7	35,6
zamieszkali w mieście	92.298	101.380	9.082	109,8	64,3	64,4
osoby będące w szczególnej sytuacji na rynku pracy	130.245	142.008	11.763	109,0	90,7	90,2
osoby w wieku do 25 roku życia	23.956	25.442	1.486	106,2	16,7	16,2
które ukończyły szkołę wyższą do 27 roku życia	1.861	1.810	-51	97,3	1,3	1,2
osoby powyżej 50 roku życia	40.331	44.191	3.860	109,6	28,1	28,1
bez kwalifikacji zawodowych	45.271	48.237	2.966	106,6	31,5	30,7
długotrwale bezrobotni	69.358	73.539	4.181	106,0	48,3	46,7
samotnie wychowujące co najmniej jedno dziecko do 18 roku życia	16.477	18.219	1.742	110,6	11,5	11,6
kobiety, które nie podjęły zatrudnienia po urodzeniu dziecka	14.377	15.778	1.401	109,7	10,0	10,0
bez doświadczenia zawodowego	28.746	29.473	727	102,5	20,0	18,7
bez wykształcenia średniego	84.723	92.605	7.882	109,3	59,0	58,8
które po odbyciu kary pozbawienia wolności nie podjęły zatrudnienia	2.975	3.558	583	119,6	2,1	2,3
niepełnosprawni	10.271	11.066	795	107,7	7,2	7,0

Źródło: Sprawozdanie o rynku pracy MPiPS-01

Liczba osób znajdujących się w szczególnej sytuacji na rynku pracy wzrosła w okresie dwunastu miesięcy 2012 r. o 11.763 osoby (w analogicznym okresie roku ubiegłego spadła o 6.132 osoby). Odsetek bezrobotnych w szczególnej sytuacji na rynku pracy zmniejszył się w porównaniu z grudniem 2011r. i wynosił 90,2% (90,7% w grudniu 2011r.). Zmiany w poszczególnych grupach osób bezrobotnych przedstawiały się następująco:

O 7882 osoby zwiększyła się liczba bezrobotnych bez wykształcenia średniego. Dla porównania należy dodać, że w okresie styczeń – grudzień w roku 2011 liczba bezrobotnych w tej grupie zmalała o 5.286 osób. Odsetek bezrobotnych bez wykształcenia średniego na koniec grudnia 2012r. wynosił 58,8%, a w grudniu 2011 roku na poziomie 59,0%.

W okresie dwunastu miesięcy 2012 roku liczba długotrwale bezrobotnych wzrosła o 4.181 osób. W takim samym okresie w roku 2011 odnotowano wzrost o 2.324 osoby. Odsetek długotrwale bezrobotnych na koniec grudnia 2012r. wynosił 46,7%, a na koniec grudnia 2011r. udział długotrwale bezrobotnych kształtował się na poziomie 48,3%.

W analizowanym okresie 2012 roku liczba bezrobotnych powyżej 50 roku życia wzrosła o 3.860 osób. W takim samym okresie w roku 2011 odnotowano spadek o 503 osoby. Odsetek bezrobotnych powyżej 50 roku życia na koniec grudnia 2012r. wynosił 28,1%, a na koniec grudnia 2011r. udział osób z tej grupy kształtował się także na poziomie 28,1%.

Zwiększyła się również liczba bezrobotnych bez kwalifikacji zawodowych. W okresie dwunastu miesięcy 2012 roku populacja bez kwalifikacji zawodowych wzrosła o 2.966 osób. Dla porównania należy dodać, że w okresie styczeń – grudzień w roku 2011 liczba bezrobotnych w tej grupie wzrosła o 3.066 osób. Odsetek bezrobotnych bez kwalifikacji zawodowych na koniec grudnia 2012r. wynosił 30,7%, natomiast na koniec grudnia 2011r. kształtował się na poziomie 31,5 %.

W analizowanym okresie zwiększyła się również liczba bezrobotnych samotnie wychowujących co najmniej jedno dziecko do 18 roku życia. Populacja bezrobotnych w tej grupie wzrosła w okresie dwunastu miesięcy 2012 roku o 1.742 osoby (w analogicznym okresie 2011 roku wzrosła o 435 osób). Odsetek bezrobotnych samotnie wychowujących co najmniej jedno dziecko do 18 roku życia w ogólnej liczbie zarejestrowanych osób zwiększył się w okresie dwunastu miesięcy 2012r. z 11,5% na koniec grudnia 2011r. do 11,6% na koniec grudnia 2012 roku.

Zwiększyła się liczba bezrobotnych osób w wieku do 25 lat. W okresie dwunastu miesięcy 2012 roku populacja tej grupy wzrosła o 1.486 osób. Dla porównania należy dodać, że w okresie styczeń – grudzień w roku 2011 liczba bezrobotnych w wieku do 25 lat zmniejszyła się o 3.137 osób. Odsetek bezrobotnych do 25 roku życia na koniec grudnia 2012r. wynosił 16,2%, a na koniec grudnia 2011r. kształtował się na poziomie 16,7%.

Zwiększyła się w analizowanym okresie liczba zarejestrowanych kobiet, które nie podjęły zatrudnienia po urodzeniu dziecka. W okresie dwunastu miesięcy 2012r. liczba kobiet w tej grupie wzrosła o 1.401 osób (w analogicznym okresie 2011 roku wzrosła o 679 osób). Odsetek kobiet, które nie podjęły zatrudnienia po urodzeniu dziecka w ogólnej liczbie zarejestrowanych osób nie zmienił się w porównaniu do stanu na koniec grudnia 2011 r. i wynosił 10,0%.

W okresie dwunastu miesięcy 2012 roku liczba bezrobotnych niepełnosprawnych wzrosła o 795 osób. W takim samym okresie w roku 2011 odnotowano spadek o 48 osób. Odsetek bezrobotnych niepełnosprawnych na koniec grudnia 2012r. wynosił 7,0%, natomiast na koniec grudnia 2011r. udział niepełnosprawnych kształtował się także na poziomie 7,2%.

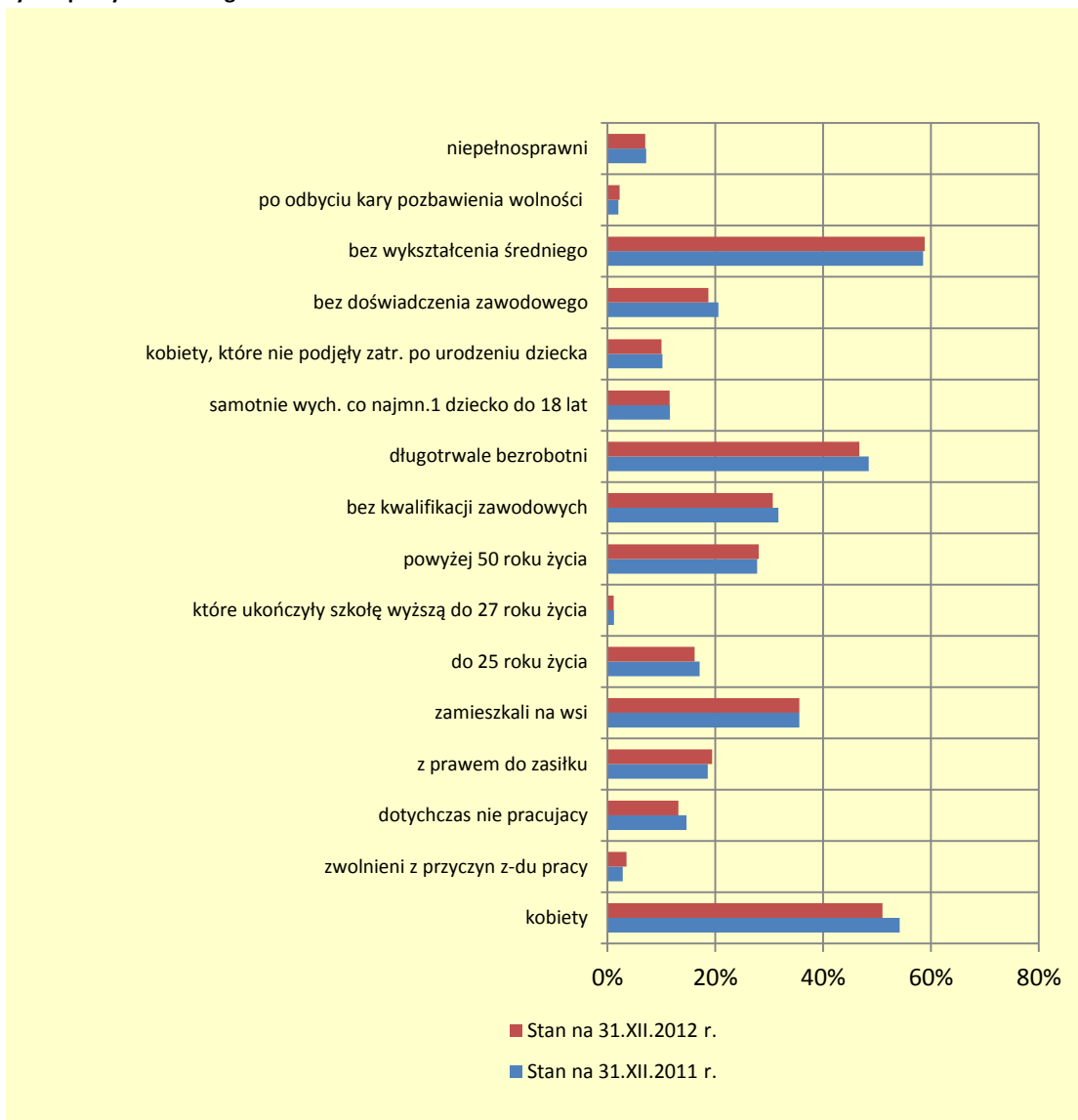
Zwiększyła się liczba bezrobotnych bez doświadczenia zawodowego. W okresie dwunastu miesięcy 2012 roku populacja bez doświadczenia zawodowego wzrosła o 727 osób. Dla porównania należy dodać, że w okresie styczeń – grudzień w roku 2011 liczba bezrobotnych w tej grupie zmalała o 3.811 osób. Odsetek bezrobotnych bez doświadczenia zawodowego na koniec grudnia 2012 r. wynosił 18,7%, a na koniec grudnia 2011r. kształtował się na poziomie 20,0%.

O 583 osoby wzrosła liczba bezrobotnych, którzy po odbyciu kary pozbawienia wolności nie podjęli zatrudnienia. Dla porównania należy dodać, że w okresie styczeń – grudzień w roku 2011 liczba bezrobotnych w tej grupie zmalała o 65 osób. Odsetek bezrobotnych, którzy po odbyciu kary pozbawienia wolności nie podjęli zatrudnienia na koniec grudnia 2012r. wynosił 2,3% i był wyższy o 0,2% względem roku 2011.

O 51 osób zmniejszyła się liczba bezrobotnych, którzy ukończyli szkołę wyższą do 27 roku życia. Dla porównania należy dodać, że w okresie styczeń – grudzień w roku 2011 liczba bezrobotnych w tej grupie zmalała o 448 osób. Odsetek bezrobotnych, którzy ukończyli szkołę wyższą do 27 roku życia na koniec grudnia 2012r. wynosił 1,2% (na koniec grudnia 2011 r. kształtował się na poziomie 1,3%).

Porównanie udziału wybranych kategorii osób, w tym będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy przedstawia poniższy wykres.

Wykres 10. Porównanie udziału procentowego wybranych kategorii osób, w tym będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy na koniec grudnia 2011r. i 2012r.



Źródło: Opracowanie własne DWUP

Niepełnosprawność

Wstęp

Diagnozę opracowano w oparciu o badania przeprowadzone na Dolnym Śląsku przez Centrum Monitoringu Społecznego i Kultury Obywatelskiej⁸.

W Polsce funkcjonują równolegle dwie definicje niepełnosprawności:

Niepełnosprawność prawna – wynika z przepisów prawa. Za osobę niepełnosprawną według tej definicji uznaje się osobę posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawnioną instytucję. Na mocy prawa, posiadanie aktualnego orzeczenia uprawnia do korzystania ze specjalnej pomocy, ułatwień i przywilejów.

Niepełnosprawność biologiczna – za osobę niepełnosprawną wedle tej definicji uznaje się osobę, która „odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, „samoobsługa”). Niepełnosprawność biologiczna to jedynie subiektywna deklaracja osoby, że ma ograniczona zdolność wykonywania wyspecyfikowanych czynności.

GUS wyróżnia trzy grupy osób niepełnosprawnych: 1. Osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie; 2. Osoby niepełnosprawne tylko prawnie; 3. Osoby niepełnosprawne tylko biologiczne. W zależności od przyjętej definicji niepełnosprawności i sposobu jej mierzenia (deklaracja, konieczność wykazania się orzeczeniem) różnie kształtuje się udział tej grupy w społeczeństwie. Dodatkowym utrudnieniem jest też zawiły i mało czytelny system orzekania o niepełnosprawności, w którym niepełnosprawność była i jest orzekana przez różne instytucje i dla różnych celów, a wydawane orzeczenia nie są względem siebie równorzędne⁹.

Charakterystyka demograficzna osób niepełnosprawnych

Podstawowe dane statystyczne.

W województwie dolnośląskim częstość występowania niepełnosprawności jest nieco wyższa, niż przeciętnie w skali kraju. W 2011 r. odnotowano 383 tys. osób niepełnosprawnych, co stanowi 13,2% ogółu ludności województwa (w kraju –12,2%). W tej liczbie, osoby niepełnosprawne prawnie to nieco ponad 250 tys. (66%). W stosunku do roku 2002 liczba osób niepełnosprawnych zmniejszyła się o ponad 52 tys. ogółem oraz o ponad 100 tys. w przypadku osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności¹⁰. Różnica ta, w ocenie GUS, wynika w dużej mierze z metodologii pomiaru. Zauważyć jednak należy, iż spadek liczby osób niepełnosprawnych prawnie, jest znacząco większy niż niepełnosprawnych ogółem, co może być związane ze zmianami przepisów prawnych i z zaostrzeniem zasad przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy i podobnych świadczeń.

⁸ Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji, Raport końcowy z badań, CMSiKO, Wrocław 2013

⁹ Stan zdrowia ludności Polski 2009, GUS 2011, s. 71

¹⁰ Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Raport z wyników w województwie dolnośląskim, Urząd Statystyczny we Wrocławiu

Tab.8. Osoby niepełnosprawne w Polsce i woj. dolnośląskim w 2011 r. według płci i definicji niepełnosprawności (w tys.).

	OGÓŁEM		MIASTA		WIEŚ	
	2002	2011	2002	2011	2002	2011
POLSKA OGÓŁEM	5456,7	4697,5	3213,1	3018,4	2243,6	1679,1
mężczyźni	2568,2	2167,1	1488,5	1362,2	1079,7	804,9
kobiety	288,5	2530,4	1724,6	1656,2	1163,9	874,2
niepełnosprawni prawnie	4450,1	3131,9	2650,6	2089,8	1799,6	1042,1
niepełnosprawni tylko biologicznie	1006,6	1565,6	562,5	928,6	444	637,1
DOLNOŚLĄSKIE OGÓŁEM	435,8	383,8	302,2	280	133,6	103,8
mężczyźni	201,8	173,6	139,2	124,3	62,6	49,3
kobiety	234,1	210,2	163	155,7	71,1	54,5
niepełnosprawni prawnie	358,6	253,5	250,4	188,9	108,3	64,6
niepełnosprawni tylko biologicznie	77,2	130,3	51,8	91,1	25,4	39,2

Źródło: Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników, GUS 2012, Raport z wyników w województwie dolnośląskim, US Wrocław 2012

Według danych GUS z roku 2009¹¹ niepełnosprawność (według kryterium NSP) dotykała 14,2% mieszkańców województwa dolnośląskiego, w porównaniu z 13,9% w całym kraju. Pod względem odsetka osób niepełnosprawnych Dolny Śląsk przewyższają województwa lubelskie (16,3%), kujawsko-pomorskie (16,1%), lubuskie (16,1%), małopolskie (15,8%), łódzkie (15,3) oraz opolskie (14,8%).

Wyraźnie wyższy odsetek niepełnosprawnych w 2002r. zanotowano w podregionie wałbrzyskim (18,3%), a nieco powyżej średniej dla województwa – także w podregionie jeleniogórskim (14,9%). Z kolei we Wrocławiu i podregionie legnicko-głogowskim udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu mieszkańców był najniższy i wyniósł 13,4-13,5%. Do powiatów województwa dolnośląskiego, które charakteryzowały się najwyższym udziałem niepełnosprawnych mieszkańców (przekraczającym 18%) zaliczyć należy powiaty kłodzki, wałbrzyski, dzierzoniowski i ząbkowicki – z podregionu wałbrzyskiego, a także powiat górski z podregionu legnicko-głogowskiego. Powiaty o najniższym odsetku osób niepełnosprawnych to powiat zgorzelecki i oławski.

Niepełnosprawność a wiek badanych osób

Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych wzrasta wraz z wiekiem, przy czym wyraźne przyspieszenie tej tendencji zachodzi po 50 roku życia. Wśród mieszkańców Dolnego Śląska odsetek osób niepełnosprawnych w najmłodszej grupie wiekowej 0-14 lat wynosił w 2009 r. 2,7%, wśród osób w wieku 15-29 lat – 4,3%, zaś wśród osób w wieku 30-49 lat – 7%. Wśród osób w wieku 50-69 lat częstość występowania niepełnosprawności to 23,8%, a w najstarszej grupie wiekowej – 46,7%. Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych jest podobny jak dla całego kraju. Odsetek niepełnosprawnych jest także niższy wśród mężczyzn (11,6%) niż kobiet (12,7%), co jest pochodną wyższej dla kobiet długości życia. Częstość występowania niepełnosprawności na Dolnym Śląsku jest niższa w przypadku mieszkańców wsi (11,8%), niż w przypadku mieszkańców miast (13,7%).

¹¹ Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009r., GUS 2011.

Warunki życia osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w grudniu 2011 r. rentę z tytułu niezdolności do pracy w województwie dolnośląskim pobierało niemal 90 tys. osób – to jest 31,1 na każdy tysiąc mieszkańców, zaś rentę socjalną dodatkowo 13,5 tys. (4,7 na 1 tys. ludności). Oznacza to, że na Dolnym Śląsku renty pobiera przeciętnie więcej osób, niż w skali kraju – dla Polski na każdy tysiąc osób przypada 29,7 osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy oraz 4 osoby pobierające rentę socjalną. Najwięcej mieszkańców pobiera renty z tytułu niezdolności do pracy w podregionach wałbrzyskim – 38,7 na 1 tys. ludności oraz jeleniogórskim (35,8). Warto w tym miejscu zwrócić szczególną uwagę na powiat wałbrzyski, gdzie liczba pobierających renty przekracza 50 osób na 1 tys. mieszkańców – a więc znacząco powyżej średniej. Obok tego powiatu wyróżnia się jeszcze Jelenia Góra z wynikiem 44,7 pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy na 1 tys. mieszkańców. Z kolei w podregionie wrocławskim pobierających renty jest przeciętnie najmniej – 22,8 na 1 tys. ludności, w tym w powiatach oławskim i wrocławskim – zaledwie 20 osób na 1 tys. ludności.

Z badania budżetów gospodarstwa domowych przeprowadzonego przez GUS w 2010¹² r. wynika, iż poziom miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę w gospodarstwach domowych, które miały w swoim składzie osobę niepełnosprawną był o około 17,5% niższy, niż średnia krajowa. Różnica ta wydaje się dość duża, ponieważ przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi wynosił około 984 zł na osobę, podczas gdy w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych – około 1254 zł na osobę. Również wydatki gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi były niższe (o około 15,5%), niż wydatki gospodarstw bez niepełnosprawnych członków – odpowiednio 838 zł na głowę i 1036 zł na głowę.

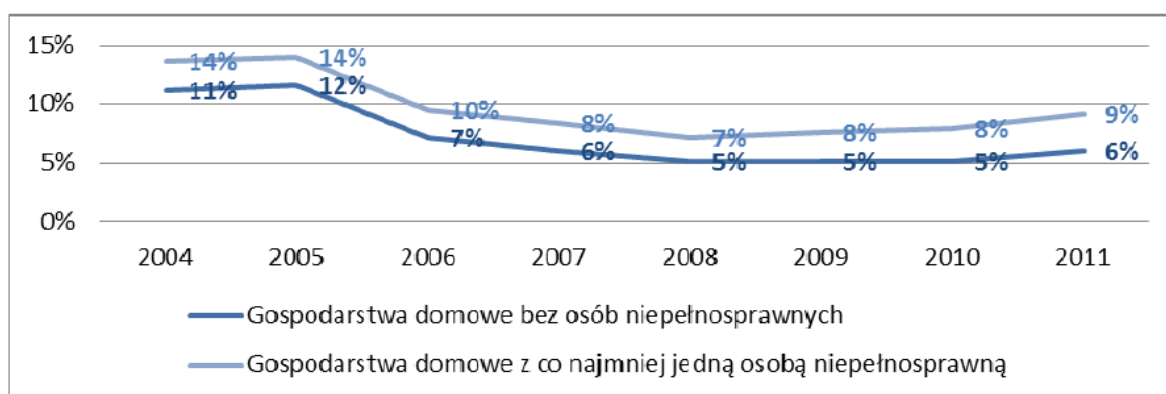
Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi są też znacznie gorzej wyposażone w przedmioty trwałego użytkowania, a w szczególności w urządzenia zaawansowane technologicznie – w komputer osobisty z dostępem do Internetu wyposażonych było 63% gospodarstwa domowych bez osób niepełnosprawnych i tylko 47,3% gospodarstw domowych, w skład których wchodziły osoby niepełnosprawne. Wśród źródeł dochodów gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi na pierwszym miejscu pojawiają się świadczenia z ubezpieczeń społecznych (średnio 440 zł na głowę w porównaniu z 255,4 zł w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych), a praca najemna jest dopiero na drugim miejscu (średnio 352,30 zł w porównaniu do 719 zł w gospodarstwach bez niepełnosprawnych).

Odsetek osób znajdujących się poniżej minimum egzystencji w przypadku gospodarstw z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną jest zawsze wyższy, niż w przypadku gospodarstw bez niepełnosprawnych – i to niezależnie od koniunktury gospodarczej, oba te odsetki poddają się takim samym zmianom w czasie. Według szacunków GUS w 2011 roku poniżej minimum egzystencji znalazło się niemal 10% osób w gospodarstwach domowych z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną. Z kolei odsetek

¹² *Budżety Gospodarstw Domowych w 2010r.*, GUS 2011

osób w gospodarstwach domowych znajdujących się poniżej relatywnej granicy ubóstwa w przypadku osób niepełnosprawnych od 2005 utrzymuje się na poziomie 22-23% i jest to o 5-7 pkt. proc. więcej niż w przypadku gospodarstw bez osób niepełnosprawnych¹³. Powyższe dane wskazują, iż osoby niepełnosprawne są grupą silniej niż przeciętnie zagrożoną ubóstwem.

Rysunek 1. Odsetek osób w gospodarstwach domowych znajdujących się poniżej minimum egzystencji w Polsce w latach 2004-2011



Źródło: Dane GUS, szacunki na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych.

Sytuacja ekonomiczna osób niepełnosprawnych na podstawie badań PAPI z osobami niepełnosprawnymi, CMSiKO, 2012

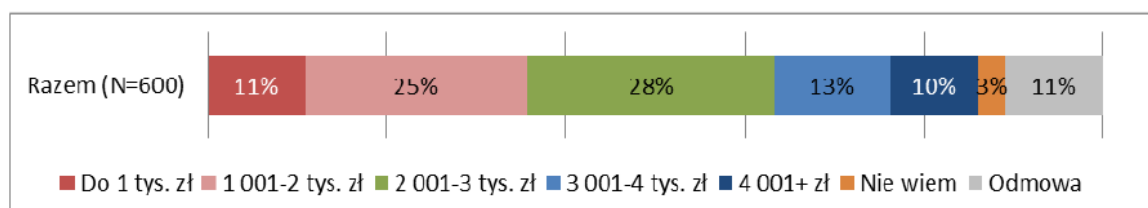
Źródła i wysokość dochodów osób niepełnosprawnych.

Populacja osób niepełnosprawnych jest silnie zróżnicowana wewnętrznie pod wieloma względami – w tym także pod względem ekonomicznym. 38% badanych niepełnosprawnych jest zadowolonych z materialnego poziomu swojego obecnego życia, zaś 35% nie uważa go ani za dobry, ani za zły. Tymczasem 23% wskazuje, że materialny poziom ich życia jest niezbyt dobry, zły lub tragiczny. Wśród źródeł dochodów gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych są renty inwalidzkie (54%) oraz stała praca (49%), a w dalszej kolejności emerytury (19%), świadczenia z pomocy społecznej (15%) oraz praca dorywcza (15%). Nieznacznie przeważają jednak gospodarstwa domowe, dla których wyłącznie świadczenia społeczne i pomoc stanowią główne źródło utrzymania (48%). Stała praca jest głównym źródłem utrzymania jedynie 43% gospodarstw domowych.

W skrajnie trudnych warunkach ekonomicznych egzystują członkowie 11% gospodarstw domowych, w których całkowity dochód na rękę pochodzący od wszystkich domowników nie przekraczał 1 tys. złotych. Co czwarte gospodarstwo rozporządzało miesięcznie dochodem pomiędzy 1 a 2 tys. złotych. Najwięcej, bo 28% gospodarstw posiadało dochody pomiędzy 2 a 3 tys. złotych. Tymczasem gospodarstwa bardziej zamożne, gdzie całkowity dochód przekraczał 3 tys. złotych to jedynie 23%.

¹³ Wskaźniki zagrożenia ubóstwem w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi prawnie w latach 2004-2011

Rysunek 2. Jaki był całkowity dochód na rękę Pana(i) gospodarstwa (łącznie Pana(i) i innych domowników) w ubiegłym miesiącu



Źródło: Badanie PAPI z osobami niepełnosprawnymi.

Sytuacja społeczna osób niepełnosprawnych oraz ich dobrostan psychiczny

Dobrostan psychiczny osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku

Poziom deklarowanego szczęścia wśród osób niepełnosprawnych jest raczej wysoki, jednakże nieznacznie niższy niż ogółem w całej populacji¹⁴. Pragnienie życia określone na skali 10 punktowej, gdzie 1 oznacza „w ogóle nie chce mi się żyć”, zaś 10 „bardzo mocno chce mi się żyć” w przypadku 65% badanych wynosi co najmniej 8 punktów (dla porównania, oceny takie wskazuje 72% Polaków ogółem), a jedynie 3% badanych wskazało punkty poniżej 4 (podobnie jak w całej populacji). Blisko 70% niepełnosprawnych mieszkańców Dolnego Śląska uważa się za szczęśliwych (w tym 9% to osoby bardzo szczęśliwe, zaś 60% dosyć szczęśliwe). Odsetek ten tylko nieznacznie odbiega in minus w stosunku do ogółu Polaków. Co czwarta osoba niepełnosprawna uważa się za niezbyt szczęśliwa, a 4% otwarcie stwierdza, że są nieszczęśliwe. Jednocześnie jednak, osoby niepełnosprawne dużo rzadziej niż Polacy ogółem, pozytywnie oceniają swoje dotychczasowe życie. Zadowolenie w tym względzie wyraża jedynie 55% niepełnosprawnych (w tym 2% uważa je za wspaniałe, 21% za udane, zaś 34% za dość dobre), zaś dla ogółu populacji wskaźnik ten wynosi 77%. Wśród niepełnosprawnych mieszkańców Dolnego Śląska częstsze niż w populacji są natomiast oceny ambiwalentne (31%, 16% w populacji ogółem) oraz oceny negatywne (11%, 7% w populacji ogółem). W lepszej kondycji psychicznej są osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności, a wraz ze wzrostem stopnia niepełnosprawności dobrostan psychiczny spada. Co więcej obserwujemy silne zróżnicowanie kondycji psychicznej w zależności od posiadanej niepełnosprawności. Najbardziej przygnębieni i przytłoczeni życiem są badani z chorobami neurologicznymi oraz z niepełnosprawnością ruchową, podczas gdy osoby z deficytami wzroku i słuchu są w relatywnie najlepszej kondycji. Dobrostan psychiczny jest zdecydowanie wyższy w przypadku mieszkańców największych miast, a także osób z wyższym wykształceniem¹⁵.

Relacje z osobami niepełnosprawnych z otoczeniem

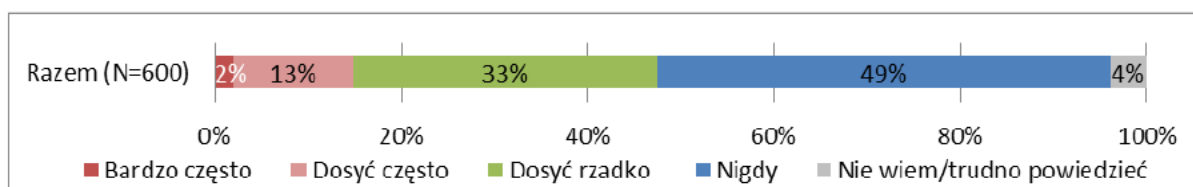
Osoby niepełnosprawne, w zdecydowanej większości, nie doświadczają (49%) lub też doświadczają jedynie rzadko (33%) dyskryminacji, czy też złego traktowania ze strony innych. Nie mniej, znaczący jest także odsetek często dyskryminowanych (15%, dla porównania wśród ogółu Polaków wynosi odsetek ten kształtuje się na poziomie 2%). Jak

¹⁴ Diagnoza Społeczna 2009

¹⁵ Badanie PAPI z osobami niepełnosprawnymi – z wynikami zamieszczonymi w raporcie: Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji, CMSiKO, 2013

pokazuje wskaźnik pełnoprawnego traktowania (wskaźnik odzwierciedlający subiektywne odczucie dotyczące dyskryminacji, w skali od 1 do 100, gdzie najniższa wartość odnosi się do sytuacji w której badana osoba czuje się dyskryminowana), z najsilniejszym poczuciem dyskryminacji, mamy do czynienia w przypadku osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a także osób z chorobami neurologicznymi i psychicznymi¹⁶.

Rysunek 3. Czy w ciągu minionego roku czuł(a) się Pan(i) z jakiegoś powodu dyskryminowany(a), źle traktowany(a)



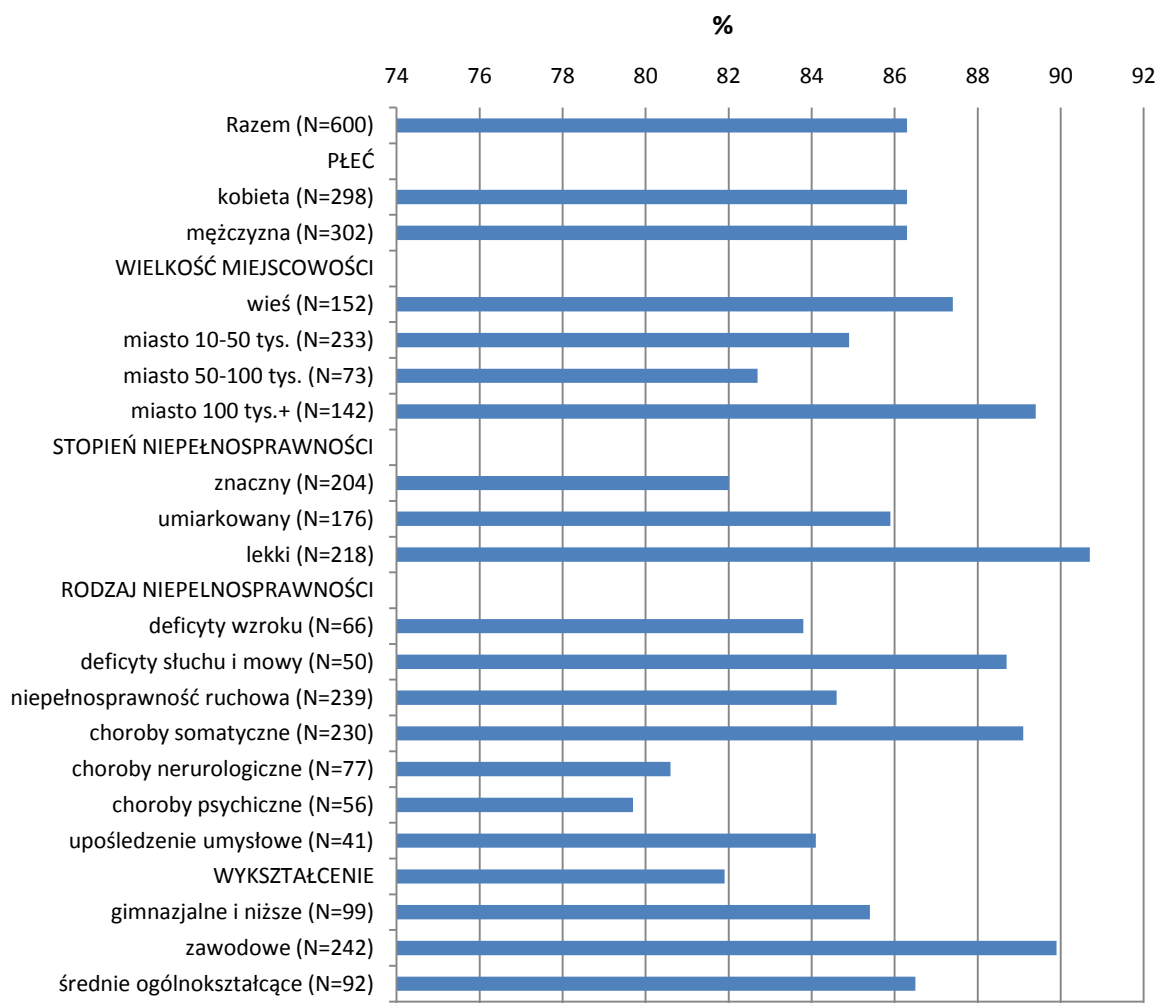
Źródło: Badanie PAPI z osobami niepełnosprawnymi.

Relacje społeczne osób niepełnosprawnych obrazuje Rysunek 4. Przedstawia on wskaźnik wsparcia społecznego, którego wartości określono na podstawie badań osób niepełnosprawnych¹⁷. Wskaźnik ten przyjmuje wartość od 0 do 100. Maksymalny wynik odnosi się do sytuacji, w której respondent nie czuje się samotny, ma przyjaciół, z którymi się spotyka. Średnią wartość wskaźnika wsparcia społecznego w przypadku osób niepełnosprawnych to 86,3 pkt., co potwierdza, że większość z nich wsparcie od innych osób otrzymuje i dzięki temu w trudnych chwilach może bazować na swoim kapitale społecznym. Jednocześnie wsparcie to jest najsilniejsze w przypadku mieszkańców wsi i największych miast. Jakość uzyskiwanego wsparcia wzrasta też wraz ze spadkiem stopnia niepełnosprawności oraz ze wzrostem wykształcenia.

¹⁶ Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji, CMSiKO, 2013

¹⁷ tamże

Rysunek 4. Wskaźnik wsparcia społecznego – zróżnicowanie według cech społeczno-demograficznych



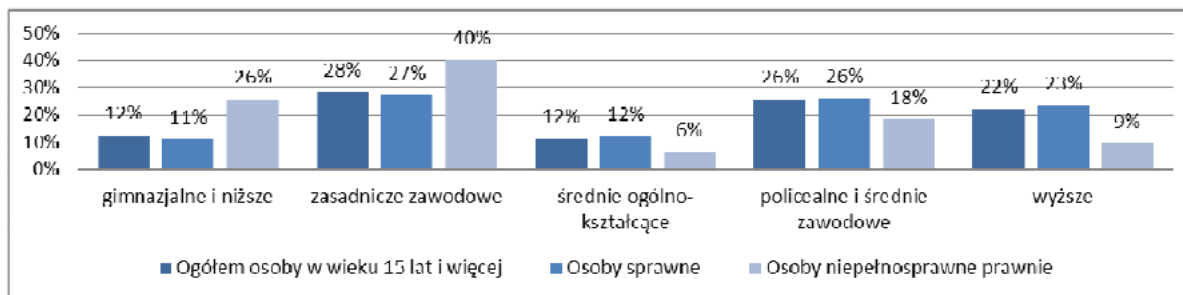
Źródło: badanie PAPI z osobami niepełnosprawnymi

Wykształcenie i edukacja szkolna osób niepełnosprawnych

Według danych GUS, wśród osób niepełnosprawnych prawnie dominuje wykształcenie zasadnicze zawodowe (40%), a także wykształcenie gimnazjalne i niższe – 26%. Odsetki te są znacznie wyższe, niż w populacji osób sprawnych. Uwagę zwraca niski odsetek osób legitymujących się wykształceniem średnim ogólnokształcącym – dwukrotnie niższy, niż wśród osób sprawnych. Wykształcenie policealne i średnie zawodowe posiada 18% osób niepełnosprawnych. Dyplomem wyższej uczelni może pochwalić się jedynie 9% osób niepełnosprawnych – co w porównaniu z okresem z początku dekady jest znacznym przyrostem (w 2002 roku było to 3,9%), ale jednocześnie odsetek ten jest ponad dwukrotnie niższy, niż w przypadku osób sprawnych. Dane o wykształceniu osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim (w 2002 roku) pokazują podobne rozbieżności – ogromna przewagę wykształcenia podstawowego i niepełnego podstawowego (49% osób niepełnosprawnych) i niemal trzykrotnie niższy odsetek osób z wykształceniem wyższym (4%)¹⁸

¹⁸ Osoby niepełnosprawne w woj. Dolnośląskim, Urząd Statystyczny we Wrocławiu, na podst. Wyników NSP 2002

Rysunek 5. Struktura wykształcenia osób sprawnych i niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej w 2011 roku w Polsce



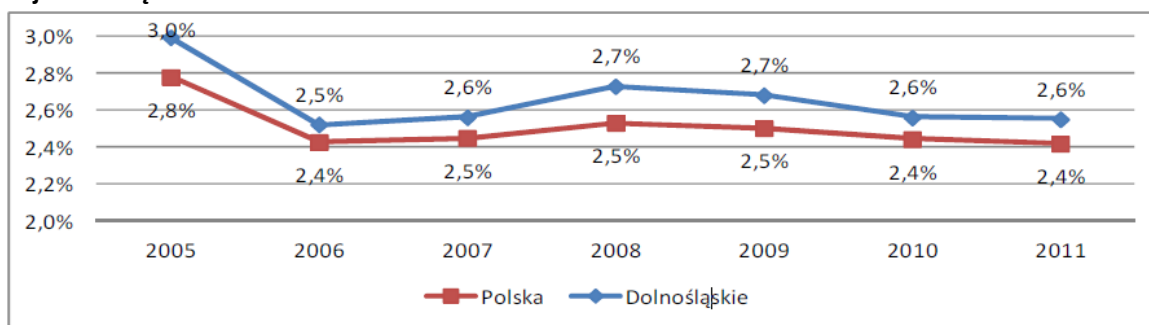
Źródło: *Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności 2011, GUS.*

Uczniowie z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego

W roku szkolnym 2010/2011 w województwie dolnośląskim uczyło się ponad 10 tys. dzieci i młodzieży posiadających orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Najwięcej takich osób uczyło się w gimnazjach (ponad 4 tys.) i szkołach podstawowych (niemal 4 tys.). Ponad 1,3 tys. uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi kształciło się w zasadniczych szkołach zawodowych.

Ogółem udział uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego w placówkach przedszkolnych i szkolnych wyniósł w województwie dolnośląskim 2,6%, a zatem nieco więcej, niż w skali kraju (2,4%) (por. Rysunek 6). W ciągu ostatnich lat odsetek uczniów z orzeczeniami podlegał jedynie nieznacznym wahaniom (nie przekraczającym 0,1 punktu procentowego), a zatem można go uznać za stabilny.

Rysunek 6. Odsetek uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wśród ogółu uczniów w Polsce i w woj. Dolnośląskim w latach 2005-2011

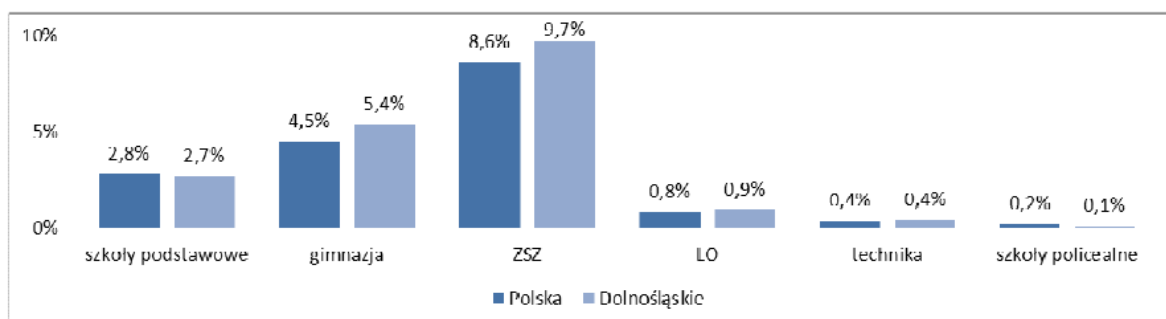


Źródło: *Dane Systemu Informacji Oświatowej, opracowanie własne.*

W samym województwie dolnośląskim udział uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych wśród ogółu uczniów szkół i przedszkoli jest przeciętnie wyższy w południowej części województwa (za wyjątkiem powiatu kamiennogórskiego i Jeleniej Góry), zaś niższy w części północnej (za wyjątkiem powiatu wołowskiego, górowskiego, Legnicy i Wrocławia). Do powiatów o najwyższym udziale uczniów z orzeczeniem należą: powiat lwówecki (4,6%), wołowski (4,5%), strzeliński (3,8%) oraz świdnicki (3,6%). Natomiast powiaty o najniższym

odsetku uczniów z orzeczeniem to: powiat legnicki (1%), polkowicki (1,2%), kamiennogórski (1,4%), średzki (1,7%) i zgorzelecki (1,9%)¹⁹.

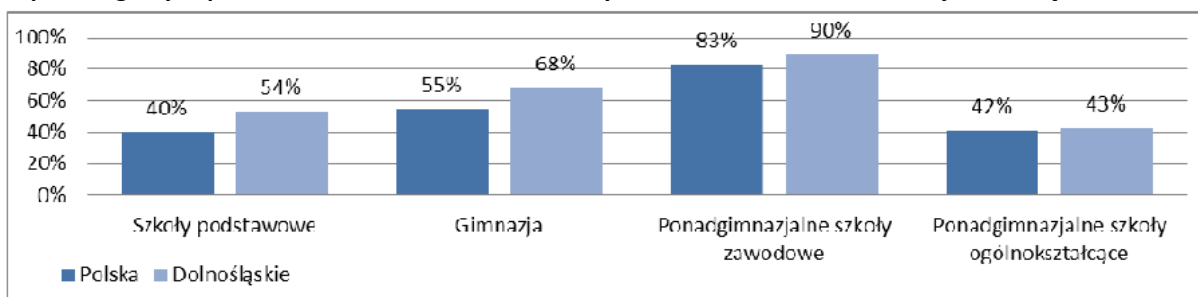
Rysunek 7. Odsetek uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wśród ogółu uczniów danego typu szkoły w roku szkolnym 2010/2011 w Polsce i w woj. dolnośląskim



Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2011, GUS. Opracowanie własne.

Ogółem w roku szkolnym 2010/11 wśród uczniów szkół podstawowych ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w oddziałach specjalnych uczyło się 40%, zaś na Dolnym Śląsku ponad połowa – 54% uczniów niepełnosprawnych. Tymczasem, na poziomie gimnazjum odsetek uczniów w kształceniu specjalnym wyraźnie wzrasta – do 55% na poziomie kraju i już niemal 70% w województwie dolnośląskim. Na etapie szkoły ponadgimnazjalnej osoby niepełnosprawne najczęściej wybierają kształcenie zawodowe – a wśród osób z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego już 90% uczy się w oddziałach specjalnych, w porównaniu z 43% w szkołach ogólnokształcących (gdzie oddziały specjalne należą do rzadkości – według danych Banku Danych Lokalnych w 2011 roku w województwie dolnośląskim w 5 liceach specjalnych działało 9 oddziałów dla 78 uczniów).

Rysunek 8. Odsetek uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi uczących się w oddziałach specjalnych na poszczególnych poziomach nauczania w roku szkolnym 2010/2011 w Polsce i w woj. dolnośląskim



Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2011, GUS. Opracowanie własne.

Podkreślić należy, iż odsetek uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, którzy wybierają szkoły specjalne jest w województwie dolnośląskim najwyższy w skali kraju – ogółem 65% uczniów. Z kolei w kształceniu ogólnodostępnym uczy się mniej, niż co piąta osoba niepełnosprawna (18%, w Polsce – 27%)²⁰. Dane te wskazują, iż osoby

¹⁹ Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji, CMSiKO, 2013

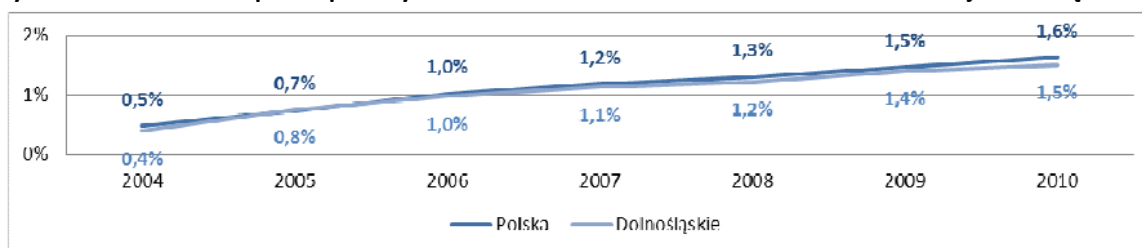
²⁰ Dane Systemu Informacji Oświatowej – zamieszczone w raporcie: *Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji*, CMSiKO, 2013

niepełnosprawne na Dolnym Śląsku mogą mieć silnie ograniczony dostęp do edukacji ogólnodostępnej i integracyjnej, która daje większe szanse na zdobycie wykształcenia średniego lub wyższego. Obok województwa dolnośląskiego, także łódzkie i wielkopolskie charakteryzują się bardzo wysokim udziałem kształcenia specjalnego (powyżej 60%). Z kolei najmniejszy udział kształcenia specjalnego dotyczy województw podlaskiego (40%) i małopolskiego (46%), w których za to wysoki jest odsetek uczniów oddziałów integracyjnych (odpowiednio 28% i 25%). Tymczasem województwem, w którym bardzo wysoki jest udział uczniów z orzeczeniami w kształceniu ogólnodostępnym jest województwo podkarpackie (42%), w innych regionach odsetek ten nie przekracza 35%.

Szkolnictwo wyższe

Odsetek osób niepełnosprawnych z wyższym wykształceniem w Polsce w 2011 roku szacowany był na 9%, choć jeszcze w 2002 roku było to zaledwie 3%. W ostatnim dziesięcioleciu wzrastała też liczba studentów niepełnosprawnych, a także – co równie ważne – ich udział wśród ogółu studiujących na polskich uczelniach (trzykrotny wzrost od 2004 roku). Nadal jednak osoby niepełnosprawne rzadziej niż przeciętnie mają szansę na wykształcenie wyższe – o ile w grupie wiekowej 15-29 lat (a więc tej, w której mieszczą się studenci) odsetek osób niepełnosprawnych wynosi 3,9% (a w woj. dolnośląskim 4,3%), o tyle odsetek osób niepełnosprawnych wśród studentów był w roku 2010 ponad dwukrotnie niższy i wyniósł 1,6% dla Polski i 1,5% dla woj. dolnośląskiego. Dolny Śląsk pod względem liczby niepełnosprawnych studentów wypada przeciętnie w skali kraju. Wyższym udziałem osób niepełnosprawnych wśród studentów może pochwalić się aż 10 województw, z czego w trzech wskaźnik ten jest dwukrotnie wyższy, niż w skali kraju – województwo lubuskie (3,2%), kujawsko-pomorskie (2,7%) oraz warmińsko-mazurskie (2,9%).

Rysunek 9. Odsetek niepełnosprawnych studentów w latach 2004-2010 w Polsce i w woj. dolnośląskim.



Źródło: Szkoły wyższe i ich finanse dla lat 2004-2010, GUS. Opracowanie własne.

Według danych GUS w 2010 roku w Polsce studiowało około 30 tys. osób niepełnosprawnych, z czego najwięcej, na uniwersytetach (32,8%) oraz w wyższych szkołach ekonomicznych (14,4%) i technicznych (13%). W porównaniu do ogółu studentów, osoby niepełnosprawne częściej studiują na uniwersytetach i w szkołach pedagogicznych, rzadziej zaś wybierają szkoły techniczne, rolnicze, akademie wychowania fizycznego, uniwersytety medyczne czy szkoły morskie.

Dostępność szkół ponadgimnazjalnych i uczelni wyższych dla osób niepełnosprawnych

Autorzy raportu o sytuacji osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku podjęli próbę określenia stopnia dostępności uczelni wyższych oraz szkół ponadgimnazjalnych dla osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim²¹. Ze zrealizowanych badań wynika, iż uczniowie niepełnosprawni kształcą się na praktycznie wszystkich uczelniach wyższych (95%) oraz w połowie szkół ponadgimnazjalnych (51%), w tym w 72% zasadniczych szkół zawodowych, 67% technikach, 69% liceach oraz 26% szkołach ponadgimnazjalnych.

Zrealizowane badania²² z całą mocą pokazują, iż w przypadku wielu placówek oświatowych można mieć poważne wątpliwości w zakresie realizacji zasady równości w dostępie do edukacji dla osób niepełnosprawnych. Wniosek ten częściej odnosi się do szkół ponadgimnazjalnych. W przypadku uczelni wyższych, widoczna jest dużo większą troską o prawa i potrzeby niepełnosprawnych studentów.

W 25% placówek, uczeń/student niepełnosprawny nie może, z uwagi na swą niepełnosprawność, uczestniczyć w niektórych zajęciach/ imprezach/ wydarzeniach organizowanych przez szkołę/uczelnię. Najczęściej są to zajęcia sportowe, ale również wyjazdy poza szkołę i wycieczki, zajęcia organizowane w miejscach uczelni niedostępnych dla niepełnosprawnych np. na 2 piętrze.

Jedynie 45% placówek kształcących osoby niepełnosprawne, w swojej strukturze organizacyjnej wyznacza osobę zajmującą się osobami niepełnosprawnymi/ pełnomocnika do spraw osób niepełnosprawnych/ biuro ds. osób niepełnosprawnych.

Znakomita większość placówek edukacyjnych nie jest w pełni dostosowana architektonicznie do potrzeb osób poruszających się na wózkach. Jednie w 13% placówek osoba niepełnosprawna ruchowo może bez problemów i samodzielnie poruszać się po całym terenie szkoły, w kolejnych zaś 11% po większości terenu. 37% placówek w ogóle pozostaje niedostępnych dla osób z niepełnosprawnością ruchową.

Osoby posługujące się językiem migowym liczyć mogą na pomoc tłumacza jedynie w co trzeciej placówce, przy czym jedynie w 20% osoba taka jest zatrudniona przynajmniej na część etatu.

Większość placówek edukacyjnych z terenu Dolnego Śląska zapewnia osobom niepełnosprawnym jedynie możliwość indywidualnego toku nauczania oraz możliwość zdawania egzaminów w formie dostosowanej do potrzeb niepełnosprawnego. Bardziej specjalistyczne dostosowania (np. materiały dydaktyczne w formach alternatywnych, biblioteka cyfrowa) są dużą rzadkością.

Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych

Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych

Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych kształtuje się w Polsce na bardzo niskim poziomie, zaś na Dolnym Śląsku jest jeszcze niższa, niż w skali kraju. Ogromna

²¹ Badanie CATI ze szkołami ponadgimnazjalnymi oraz uczelniami wyższymi – z wynikami zamieszczonymi w raporcie: *Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji*, CMSiKO, 2013

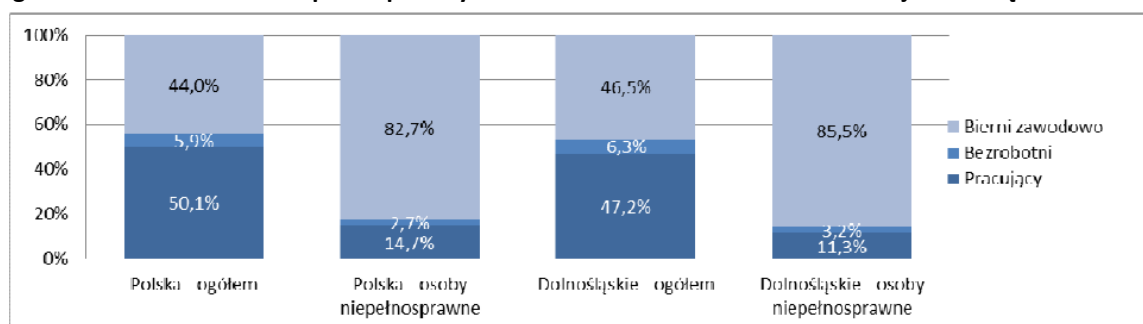
²² tamże

większość osób niepełnosprawnych w wieku powyżej 16 lat pozostaje bierna zawodowo – w I kwartale 2012 roku w Polsce odsetek biernych zawodowo niepełnosprawnych wyniósł 82,7%, a w województwie dolnośląskim aż 85,5%, podczas gdy wśród ogółu ludności biernych pozostaje 44% w Polsce i 46,5% na Dolnym Śląsku.

Warto wspomnieć, że według danych Eurostat już w 2002 roku w krajach Unii Europejskiej odsetek pracujących wśród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wynosił około 50%, zaś biernych – nieco powyżej 40%. Najwyższy odsetek pracujących osób niepełnosprawnych zanotowano wówczas w Szwecji (74,2%), ale wiele krajów mogło pochwalić się zatrudnieniem ponad połowy niepełnosprawnych – Dania (52,8%), Francja (56%), Holandia (58%), Austria (50,8%), Portugalia (55,2%), Finlandia (59,7%) czy Wielka Brytania (54,6%)²³.

W 2012r. w województwie dolnośląskim pracowało jedynie 11,3% osób niepełnosprawnych w wieku 16 i więcej lat, zaś 3,2% to osoby bezrobotne. W skali całego kraju, odsetek pracujących niepełnosprawnych wynosi 14,7%, zaś bezrobotnych – 2,7%. Odnosząc te liczby do odpowiadających im wskaźników wśród ogółu ludności, trudno nie zauważyć ogromnej przepaści pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi. Odsetek osób pracujących wśród ogółu Polaków jest ponad trzykrotnie wyższy (50,1%), zaś dla mieszkańców Dolnego Śląska ponad czterokrotnie wyższy (47,2%). Z kolei wyższe odsetki osób bezrobotnych wśród ogółu badanych mogą sugerować, że osoby niepełnosprawne wobec groźby bezrobocia uciekają w bierność zawodową.

Rysunek 10. Odsetek pracujących, bezrobotnych i biernych zawodowo osób w wieku 16 lat i więcej - dla ogółu ludności i dla osób niepełnosprawnych w I kwartale 2012 r. w Polsce i w woj. dolnośląskim



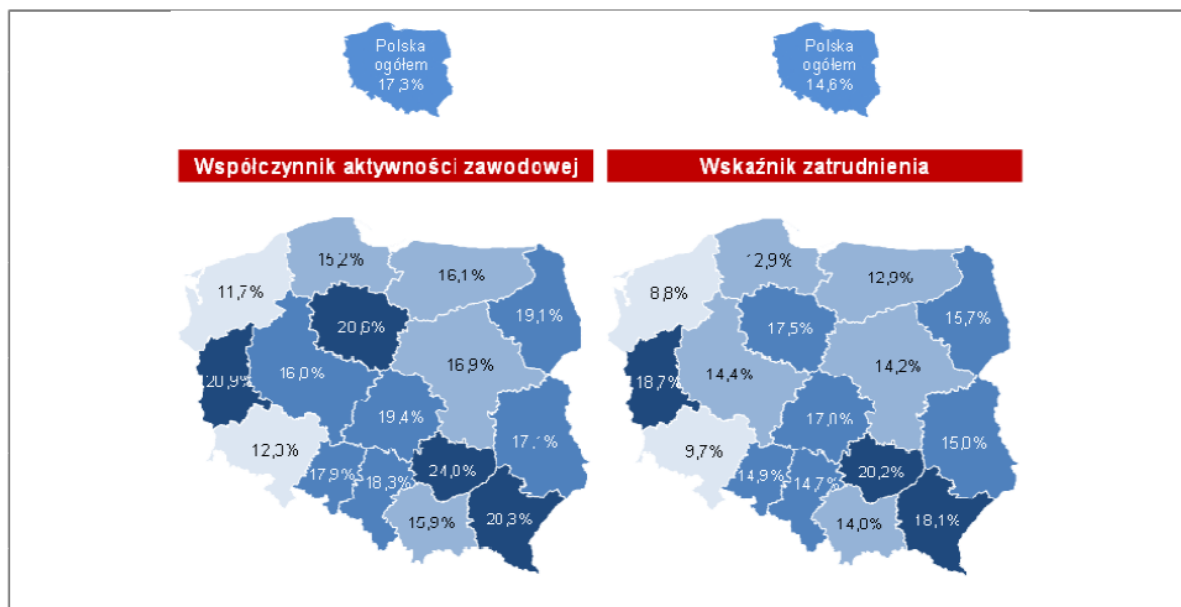
Źródło: Dane kwartalne z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS, Opracowanie Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Bank Danych Lokalnych.

Sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy w województwie dolnośląskim należy do najgorszych w kraju – zarówno pod względem współczynnika aktywności zawodowej, jak i wskaźnika zatrudnienia Dolny Śląsk zajmuje przedostatnie miejsce wśród województw (odpowiednio 12,3% i 9,7%). Niższe wskaźniki zanotowano tylko w województwie zachodniopomorskim. Tymczasem, w sąsiednich województwach sytuacja jest zdecydowanie lepsza – zwłaszcza w województwie lubuskim, gdzie współczynnik

²³ Dane z modułu ad-hoc 2002 „Zatrudnienie osób niepełnosprawnych”, Eurostat.

aktywności zawodowej i wskaźnik zatrudnienia należą do najwyższych w kraju (odpowiednio 20,9% oraz 18,7%), podobnie jak w województwach świętokrzyskim i podkarpackim.

Rysunek 11. Współczynnik aktywności zawodowej (a) i wskaźnik zatrudnienia (b) osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w IV kwartale 2011 roku wg województw



Źródło: Dane kwartalne z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS, Opracowanie Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych

gdzie:

- (a) współczynnik aktywności zawodowej to procentowy udział osób aktywnych zawodowo (pracujących lub bezrobotnych) w danej grupie ludności (definicja GUS).
- (b) wskaźnik zatrudnienia: procentowy udział osób pracujących w danej grupie ludności (definicja GUS).

Niepełnosprawni bierni zawodowo

Ponad 80% osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia to osoby biernie zawodowo. W grupie tej 31% stanowią osoby z orzeczoną znacznym stopniem niepełnosprawności, 29% - z lekkim, zaś 40% z umiarkowanym. Proporcje te są zbliżone do proporcji wśród wszystkich osób niepełnosprawnych prawnie. 52% biernych zawodowo niepełnosprawnych to kobiety, 63% to mieszkańcy miast. Wśród przyczyn nieposzukiwania pracy osoby niepełnosprawne najczęściej wskazują na stan zdrowia – choroba i niesprawność to powód bierności 57% z nich, zaś 38% wskazuje, iż nabyli już prawo do emerytury. Brak jest danych na temat struktury grupy osób niepełnosprawnych biernych zawodowo na Dolnym Śląsku, jak i na temat przyczyn nieposzukiwania przez nich pracy.

Pracujący niepełnosprawni

Grupa pracujących osób niepełnosprawnych w Polsce w ostatnich latach powiększa się powoli, acz systematycznie²⁴. Wskaźnik zatrudnienia wśród ogółu osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wyniósł w 2011r. 20,8% i od 2006 roku zanotował wzrost o ponad 3 punkty procentowe. Tymczasem w województwie dolnośląskim

²⁴ Bank Danych Lokalnych, GUS

mamy do czynienia z odwrotnym trendem – od 2008 roku wskaźnik zatrudnienia maleje osiągając w 2011 roku wartość 15,5%.

Według danych GUS dotyczących aktywności ekonomicznej ludności Polski w I kwartale 2012 roku wśród pracujących niepełnosprawnych 90% stanowiły osoby o lekkim (46%) lub umiarkowanym (45%) stopniu niepełnosprawności. 57% stanowili mężczyźni, zaś 63% mieszkańcy miast. Warto zauważyć, że 18% osób niepełnosprawnych znajduje zatrudnienie w rolnictwie, podczas gdy dla ogółu pracujących odsetek ten jest znacznie niższy (około 12%). 19% osób niepełnosprawnych pracowało w branży przetwórstwa przemysłowego, zaś 11% w branży handlu i napraw.

Bezrobotni niepełnosprawni

Według danych ze sprawozdania MPiPS-01 na koniec czerwca 2012 r. w powiatowych urzędach pracy województwa dolnośląskiego zarejestrowanych było 10 460 bezrobotnych osób niepełnosprawnych. W porównaniu z końcem grudnia 2011 r. odnotowano wzrost o 189 osób. Na koniec czerwca 2012 roku udział procentowy osób niepełnosprawnych wśród ogółu bezrobotnych wynosił 7,3%.

Dane wskazują, że w ciągu ostatnich 13 lat sytuacja osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy pogarsza się – od roku 1999 trwa nieprzerwany wzrost liczby zarejestrowanych osób niepełnosprawnych, a także odsetka osób niepełnosprawnych wśród ogółu zarejestrowanych bezrobotnych.

Wśród powodów tego zjawiska można wskazać spadek liczby zakładów pracy chronionej, zapewnienie osobom zarejestrowanym jako bezrobotne dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz uzależnienie przyznawania świadczeń pomocy społecznej od posiadania rejestracji w powiatowym urzędzie pracy²⁵.

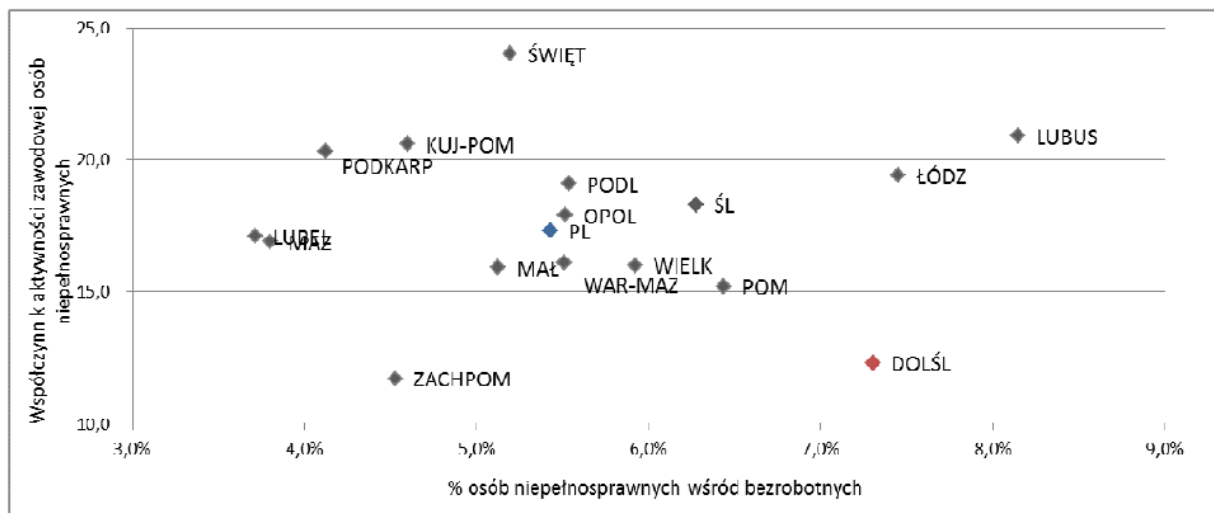
Pod względem udziału procentowego osób niepełnosprawnych wśród ogółu zarejestrowanych bezrobotnych województwo dolnośląskie znajduje się w niechlubnej czołówce rankingu województw. Wyższy odsetek niepełnosprawnych wśród bezrobotnych zanotowano w czerwcu 2012 r. jedynie w województwie łódzkim (7,4%) oraz lubuskim (8,1%)²⁶. Jednak jeśli dodatkowo uwzględnimy bardzo niski współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych, wówczas województwo dolnośląskie wypada jeszcze gorzej od wspomnianych regionów (Rysunek 13) – na Dolnym Śląsku bardzo mało osób niepełnosprawnych w ogóle pojawia się na rynku pracy (jedynie 12,3% aktywnych zawodowo), a do tego częściej, niż w innych regionach przedstawiciele tej grupy zasilają szeregi bezrobotnych (odsetek osób niepełnosprawnych wśród bezrobotnych wynosi 7,3%). Tymczasem w województwach łódzkim i lubuskim aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych jest znacznie wyższa, a więc wyższy udział osób niepełnosprawnych wśród bezrobotnych jest bardziej uzasadniony. Warto przy tym zwrócić uwagę, że z najkorzystniejszą sytuacją pod względem aktywności i udziału niepełnosprawnych wśród zarejestrowanych bezrobotnych mamy do czynienia w województwach świętokrzyskim,

²⁵ *Niepełnosprawni bezrobotni na dolnośląskim rynku pracy w 2011 r.*, Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, Marzec 2012.

²⁶ *Statystyki strukturalne Publicznych Służb Zatrudnienia*, czerwiec 2012 (www.psz.praca.gov.pl)

kujawsko-pomorskim oraz podkarpackim, gdzie przy relatywnie wysokim współczynniku aktywności zawodowej (powyżej 20%), niski jest udział osób niepełnosprawnych wśród bezrobotnych (czyli więcej aktywnych zawodowo niepełnosprawnych posiada zatrudnienie).

Rysunek 12. Relacja współczynnika aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych (koniec 2011r.) oraz udziału osób niepełnosprawnych wśród ogółu bezrobotnych (koniec czerwca 2012 r.) wg województw



Dane kwartalne z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, GUS, Opracowanie Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych; Statystyki strukturalne Publicznych Służb Zatrudnienia, czerwiec 2012 (www.psz.praca.gov.pl).

Charakterystyka miejsca pracy i warunków zatrudnienia osób niepełnosprawnych

W strukturze zatrudnienia osób niepełnosprawnych dominują zawody wymagające niskich kwalifikacji, cieszące się małym prestiżem i niskimi dochodami. Większość pracujących osób niepełnosprawnych pracuje w zawodach z grupy pracowników przy pracach prostych (30%), a w drugiej kolejności – pracowników usług osobistych i sprzedawców (18%). 12% to robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy, 9% - technicy i średni personel, zaś 8% stanowią pracownicy biurowi.

W porównaniu ze strukturą grup zawodowych dla ogółu gospodarki, wśród osób niepełnosprawnych mamy do czynienia z bardzo dużą przewagą kategorii pracowników przy pracach prostych oraz pracowników usług osobistych i sprzedawców, natomiast bardzo silnie niedoreprezentowane są zawody z grupy kierowników, specjalistów oraz operatorów i monterów maszyn i urządzeń²⁷.

²⁷ Rocznik statystyczny pracy, GUS oraz badanie PAPI z osobami niepełnosprawnymi w ramach: Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji, CMSiKO, 2013

Tab.9. Jaką pracę Pan(i) wykonuje? Proszę podać zajmowane stanowisko. Osoby obecnie pracujące (N=166)

GRUPA ZAWODOWA	% pracujących niepełnosprawnych	% ogółu pracujących wg GUS w Polsce
PRZEDSTAWICIELE WŁADZ PUBLICZNYCH, WYŻSI URZĘDNICY I KIEROWNICY	3 %	7 %
SPECJALIŚCI	2 %	17 %
TECHNICY I INNY ŚREDNI PERSONEL	9 %	12 %
PRACOWNICY BIUROWI	8 %	7 %
PRACOWNICY USŁUG OSOBISTYCH I SPRZEDAWCY	18 %	12 %
ROBOTNICY PRZEMYSŁOWI I RZEMIEŚLNICY	12 %	16 %
OPERATORZY I MONTERZY MASZYN I URZĄDZEŃ	4 %	10 %
PRACOWNICY PRZY PRACACH PROSTYCH	30 %	8 %
ROLNICY	-	12 %

Źródło: Badanie PAPI z osobami niepełnosprawnymi, Rocznik statystyczny pracy, GUS, Warszawa 2010. Pominięto wskazania poniżej 5%

Sytuacja osób bezrobotnych i poszukujących pracy

Osoby bezrobotne są nieco gorzej wykształcone, niż osoby pracujące, ale lepiej, niż osoby bierne zawodowo – co może wskazywać na posiadane wykształcenie i kompetencje jako na jedną z przyczyn trudności w znalezieniu zatrudnienia. Wśród bezrobotnych, bardzo silnie dominuje wykształcenie zawodowe, w tym średnie zawodowe, mniej natomiast jest tu osób z wykształceniem średnim ogólnokształcącym oraz wyższym.

Warto zauważyć, że co trzecia z osób bezrobotnych posiada rentę z tytułu niepełnosprawności, co – jak już wspomniano – może stanowić barierę w podjęcia zatrudnienia ze względu na obawę o utratę świadczenia. Gospodarstwa domowe osób bezrobotnych miesięcznie rozporządzają dochodem nieco niższym, niż gospodarstwa domowe osób pracujących. 38% bezrobotnych wskazało, że miesięczne dochody ich gospodarstw nie przekraczają 2 tys. zł. Więcej, niż co czwarty bezrobotny zadeklarował, że dochody jego gospodarstwa mieszczą się w przedziale 2-3 tys. zł, zaś 19% wskazało, że przekraczają 3 tys. zł. Jednocześnie jednak osoby bezrobotne częściej, niż pracujące przyznają, że w ciągu ostatnich miesięcy nie starczyło im na takie wydatki jak rachunki czy opłaty (37%), ubrania czy buty (27%), zakup leków czy leczenie (40%).

Kompetencje osób niepełnosprawnych

Wśród swoich mocnych stron na rynku pracy osoby bezrobotne częściej niż pracujące wskazują na cechy charakteru i umiejętności miękkie. Do swoich słabych stron osoby bezrobotne zaliczają przede wszystkim zbyt wysoki wiek (19%) i brak umiejętności obsługi komputera (8%), a także niski poziom wykształcenia (8%). Ponad jedna trzecia osób bezrobotnych (36%) w ciągu ostatnich 5 lat uczestniczyła w szkoleniu lub kursie. Z podobnym odsetkiem mamy do czynienia w przypadku osób pracujących. Poszukujący pracy na rynku otwartym, postrzegają swoją sytuację jako bardzo trudną. Z perspektywy osób niepełnosprawnych, głównym problemem jest nastawienie potencjalnych pracodawców wobec niepełnosprawnych kandydatów. Uważa się, że pracodawcy nie chcą zatrudniać niepełnosprawnych oceniając, że będą mniej efektywnymi pracownikami w stosunku do osób zdrowych. W tym względzie osoby niepełnosprawne dość trafnie odczytują obawy i

postawy pracodawców. Prowadzi to do sytuacji, w których, jeśli niepełnosprawność nie jest w sposób ewidentny widoczna, część osób ukrywa ją przed potencjalnym pracodawcą (co czwarty niepełnosprawny obecnie zatrudniony – 24% przyznaje, iż nie poinformował pracodawcy o niepełnosprawności). Badani są zdania, że może to zwiększać szanse na uzyskanie zatrudnienia. Dość silne są obawy, że ujawnienie niepełnosprawności i upominanie się o swoje prawa (na przykład do krótszego czasu pracy), może skutkować utratą pracy.

Chroniony rynek pracy

Według danych opublikowanych przez Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych na koniec grudnia 2011 r. w województwie dolnośląskim działały 142 zakłady pracy chronionej (8% spośród wszystkich polskich ZPCh)²⁸. W sumie zatrudnionych w nich było ponad 31,5 tys. osób, w tym 23,6 tys. niepełnosprawnych, co stanowi 75% ogółu pracowników ZPCh – odsetek ten należy do wyższych w skali kraju. Udział osób niepełnosprawnych wśród pracowników ZPCh jest wyższy jedynie w województwach lubuskim (83%), łódzkim (78%) i pomorskim (78%). Najniższy udział niepełnosprawnych wśród osób zatrudnionych w ZPCh zanotowano w województwie wielkopolskim (60%).

Zatrudnienie w zakładach pracy chronionej

Możliwość uzyskania zatrudnienia w zakładzie pracy chronionej jest zdaniem badanych²⁹ znacznie większa. Oferty na chronionym rynku pracy są jednak skierowane głównie do osób z niskim wykształceniem, a zarobki są niewielkie. Osoby poszukujące zatrudnienia w ZPCh posługują się często siecią kontaktów – np. poprzez polecenie zatrudnionych w ZPCh znajomych. Zdarza się też, że w poszukiwaniu pracy pomagają im stowarzyszenia osób niepełnosprawnych.

Zdaniem większości badanych zakład pracy chronionej jest dobrym rozwiązaniem dla osób niepełnosprawnych. Zdecydowaną zaletą zakładu pracy chronionej jest poczucie bezpieczeństwa, jakie taka firma zapewnia osobom niepełnosprawnym w kwestii warunków zatrudnienia.

Niewątpliwą zaletą ZPCh jest przystosowanie stanowisk pracy oraz całych obiektów firmy do potrzeb osób niepełnosprawnych. ZPCh zapewniają stałą opiekę medyczną czyli np. zatrudniania pielęgniarki, które czuwają nad bezpieczeństwem pracowników oraz umożliwia korzystanie z rehabilitacji. Ważne dla osób niepełnosprawnych jest ponadto respektowanie ich praw, związanych z ich stanem zdrowia.

Warto zwrócić uwagę na ogromne znaczenie w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych rynku chronionego. Według uzyskanych deklaracji, na zakłady pracy chronionej przypada 47% wszystkich miejsc pracy, na których zatrudnione są osoby niepełnosprawne. Podkreślić również należy, iż 35% miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych tworzą pracodawcy sami posiadający orzeczenie o niepełnosprawności.

²⁸ Według danych udostępnionych przez Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, na koniec czerwca 2012 było ich 135.

²⁹ Badanie PAPI z osobami niepełnosprawnymi w ramach: *Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji*, CMSiKO, 2013

Otwarty rynek pracy

Otwarty rynek pracy oferuje, zdaniem respondentów zdecydowanie większe możliwości, szczególnie dla osób lepiej wykwalifikowanych i wykształconych, które mają na nim większy i bardziej różnorodny wybór stanowiska. Ważne jest także, że praca na otwartym rynku sprzyja integracji społecznej, co znajduje swoje przełożenie także na ogólna kondycję psychiczną pracowników. W ocenie osób niepełnosprawnych, otwarty rynek pracy to najlepszy wybór ścieżki kariery dla osób z niewielkim stopniem niepełnosprawności oraz dla tych ze średnim i wyższym wykształceniem. Z drugiej jednak strony, w opinii wielu badanych – niepełnosprawni są często traktowani jako niepełnowartościowi pracownicy.

Rola najbliższego otoczenia w kształtowaniu postaw wobec aktywności na rynku pracy

Ogółem wyniki badań wskazują, iż wśród rodzin osób niepełnosprawnych bardzo liczne jest grono przeciwników podjęcia pracy przez niepełnosprawnego członka rodziny (41%).

Mocne i słabe strony osób niepełnosprawnych na rynku pracy

Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych za swój kapitał na rynku pracy uważa³⁰

- cechy charakteru (70%),
- znacznie rzadziej umiejętności miękkie (41%)
- posiadane wykształcenie czy kwalifikacje (18%)
- dodatkowe kwalifikacje, umiejętności (4%)
- pracowitość, rzetelność, sumienność (46%), uczciwość, lojalność (16%), punktualność (14%) oraz dokładność i cierpliwość (13%)
- kompetencje związane z podejmowaniem decyzji i odpowiedzialnością (20%) oraz łatwością nawiązywania kontaktów (10%)
- doświadczenie zawodowe (10%), a 6% dużą wiedzę fachową

Badani wymienili zdecydowanie mniej swoich słabych, niż mocnych stron. Wśród najczęściej pojawiających się wad czy braków również wskazywane są:

- cechy charakteru (38%), w tym brak motywacji czy lenistwo (10%) i nadpobudliwość (7%).
- stan zdrowia (33%)
- nieznajomość języków obcych (7%)
- brak wykształcenia (6%).

Powszechność zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz struktura przedsiębiorstw zatrudniających osoby niepełnosprawne

Zatrudnianie osób niepełnosprawnych jest rzadko spotykaną praktyką w województwie dolnośląskim. Wśród całej populacji, nieco ponad co dziesiąta firma zatrudniająca pracowników (11%) deklaruje, iż pracują w niej osoby niepełnosprawne, kolejne zaś 3% miało takie doświadczenia w przeszłości. Dominująca większość (86%) pracodawców nigdy nie zatrudniała osób niepełnosprawnych.

³⁰ tamże

Jak pokazują wyniki zrealizowanych badań, osoby niepełnosprawne są relatywnie najczęściej zatrudniane przez podmioty działające w podregionie wrocławskim (27%), legnicko-głogowskim (18%) oraz jeleniogórskim (14%). Niepełnosprawni najrzadziej natomiast znajdują zatrudnienie w firmach działających na terenie Wrocławia (5%) oraz w podregionie wałbrzyskim (7%).

Analiza zatrudnienia osób niepełnosprawnych w przedsiębiorstwach wielkości zatrudnienia wyznaczonych w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, pokazuje iż jedna trzecia (33%) przedsiębiorstw zobligowanych do wpłat na PFRON (zatrudniających powyżej 25 pracowników) nie zatrudnia osób niepełnosprawnych.

Niepełnosprawnych pracowników częściej zatrudniają przedsiębiorstwa z sektora publicznego, działające przede wszystkim w obszarze edukacji oraz administracja publiczna, niż sektor prywatny. Branże, w których relatywnie najczęściej obserwujemy zatrudnienie osób niepełnosprawnych to: usługi dla ludności (18% - przede wszystkim zakwaterowanie i gastronomia, a także działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją), budownictwo (17%), a także handel (14%). Osoby niepełnosprawne najrzadziej natomiast zatrudniane są przez firmy z branży usług profesjonalnych (8%, transport, informacja i komunikacja, działalność finansowa, działalność związana z obsługą nieruchomości i firm).

Charakterystyka miejsc pracy dla oferowanych osobom niepełnosprawnym

Pracodawcy zdecydowanie najchętniej zatrudniają osoby niepełnosprawne na stanowiskach nie wymagających kwalifikacji. Prawie połowa badanych firm (46%) ma wśród pracowników osoby niepełnosprawne wykonujące prace proste (sprzątaczkę, pracownicy pomocniczy), 19% zatrudnia niepełnosprawnych sprzedawców, a 12% pracowników ochrony. Jedynie 11% firm z terenu Dolnego Śląska zatrudniających niepełnosprawnych pracowników, oferuje im prace na stanowiskach kierowniczych, zaś 13% na stanowiskach specjalistów.

Osoby niepełnosprawne znajdują zatrudnienie na stanowiskach średniego i średniego – niższego stopnia w co trzecim zakładzie pracy (34% zatrudnia techników i średni personel, przede wszystkim na stanowiskach administracyjnych oraz 27% pracowników biurowych).

Gotowość do zatrudniania osób niepełnosprawnych

Wyniki zrealizowanych badań pokazały, iż kwestia zatrudnienia osób niepełnosprawnych pozostaje obojętna dla zdecydowanej większości pracodawców. 59% przedsiębiorców z województwa dolnośląskiego w ogóle nie zastanawiało się nad kwestią zatrudnienia osób niepełnosprawnych, a kolejne 27% wprawdzie rozważało taką opcję, lecz nic nie zrobiło w tym kierunku. Jedynie 12% podjęło konkretne działania na rzecz znalezienia niepełnosprawnych pracowników. Zauważyć jednak należy, iż prawie wyłącznie byli to pracodawcy zatrudniający obecnie osoby niepełnosprawne. Firmy bez niepełnosprawnych pracowników w ogromnej większości (65%) nie robią nic na rzecz zmiany tego stanu rzeczy.

Do przyczyn niezatrudniania osób niepełnosprawnych można m.in. zaliczyć brak wiedzy i świadomości skutkującej

- postrzeganiem własnego przedsiębiorstwa jako „niedostosowanego” do osób niepełnosprawnych oraz
- postrzeganiem kosztów jego dostosowania jako bardzo wysokich.

Wiedza pracodawców z województwa dolnośląskiego na temat instrumentów wspierających zatrudnienie osób niepełnosprawnych jest raczej niska i dość ogólna. Jedynie co dziesiąta badana firma (11%) określa swoją wiedzę w tym zakresie jako dużą lub raczej dużą. Ponad połowa (52%) wprost przyznaje, iż niewiele wie o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Zdecydowana większość (76%) miała wprawdzie kontakt z kampaniami informacyjnymi/medialnymi dotyczącymi tej problematyki, jednak nie są one efektywnym źródłem wiedzy dla pracodawców.

Jak pokazują wyniki zrealizowanych badań, pracodawcy niezmiernie rzadko korzystają również z mechanizmów wspierających zatrudnienie niepełnosprawnych. Jedynie połowa (51%) objętych badaniem przedsiębiorstw korzystała ze zwolnienia z wpłat składek na PFRON (w tym 71% pracodawców zatrudniających powyżej 25 pracowników), jedna trzecia (34%) z dofinansowań do wynagrodzeń pracowników (w tym 41% firm zatrudniających powyżej 25 pracowników), zaś 12% ze zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy. Co trzeci (32%) pracodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne bez żadnych dodatkowych benefitów.

Z drugiej strony, zrealizowane badania z całą mocą pokazują, iż istniejące mechanizmy wspierające zatrudnienie osób niepełnosprawnych dla zdecydowanej większości pracodawców nie są wystarczającym motywatorem do zatrudnienia osób niepełnosprawnych³¹. Bez dodatkowych i systematycznych działań mających na celu globalną zmianę w sposobie myślenia o niepełnosprawnych pracownikach, nawet wysokie dofinansowania nie zmienią poglądu pracodawców na temat dostosowania ich zakładu pracy do osób z poważnymi deficytami i odwrotnie.

³¹ W 2014r. planowane jest obniżenie wysokości dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych, co może mieć niekorzystny wpływ na poziom zatrudniania osób niepełnosprawnych.

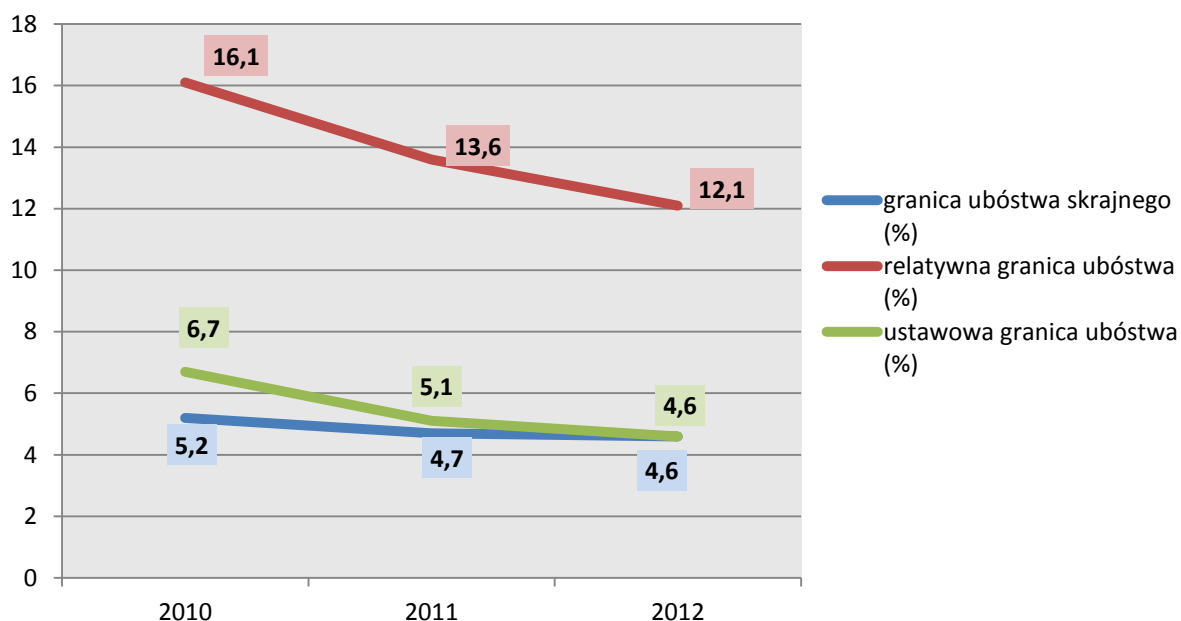
Ubóstwo

Pomimo braku w literaturze przedmiotu jednej definicji ubóstwa, badacze zjawiska wiążą je z faktem niezaspokojenia pewnych potrzeb na pożądanym poziomie. Najczęściej postrzegane jest ono przez pryzmat materialny/ ekonomiczny jako sytuacja, w której „jednostka (osoba, rodzina, gospodarstwo domowe) nie dysponuje wystarczającymi środkami (zarówno środkami pieniężnymi w postaci dochodów bieżących i dochodów z poprzednich okresów, jak i w formie nagromadzonych zasobów materialnych) pozwalającymi na zaspokojenie jej potrzeb”. Z powyższej definicji wyłączone są aspekty kulturowe, polityczne i socjologiczne życia w ubóstwie, związane z wyłączeniem z życia społecznego³².

Problem ubóstwa na Dolnym Śląsku

W Polsce stosowane są różne mierniki do statystycznego pomiaru tego zjawiska. W celu przeprowadzenia analizy problemu badana jest granica ubóstwa skrajnego (absolutnego)³³, relatywnego³⁴ oraz ustawowego³⁵. Poniższe ryciny przedstawiają skalę zjawiska w Polsce oraz na Dolnym Śląsku na przestrzeni trzech lat (2010-2012).

Wykres 11. Odsetek mieszkańców Dolnego Śląska doświadczających ubóstwa w latach 2010-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

³² T. Panek, *Ubóstwo i nierówności: dylematy pomiaru*, ISiD SGH, źródło: www.stat.gov.pl (10.09.2013)

³³ granica ubóstwa skrajnego (absolutnego) rozumiana jako brak możliwości zaspokojenia potrzeb uznanych w danych warunkach za podstawowe (źródło: GUS www.stat.gov.pl (10.09.2013))

³⁴ granica ubóstwa relatywnego rozumiana jako forma nierówności występująca między poziomem życia poszczególnych grup ludności (źródło: GUS www.stat.gov.pl (10.09.2013))

³⁵ ustawowa granica ubóstwa oznacza kwotę, która zgodnie z obowiązującą ustawą o pomocy społecznej uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego (źródło: GUS www.stat.gov.pl (10.09.2013))

Tab.10. Odsetek Polaków doświadczających ubóstwa w latach 2010-2012

	2010	2011	2012
Granica ubóstwa skrajnego w Polsce (%)	5,7	6,7	6,7
Relatywna granica ubóstwa w Polsce (%)	17,1	16,7	16
Ustawowa granica ubóstwa w Polsce (%)	7,3	6,5	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Opierając się na powyższych danych należy wnioskować, że sytuacja Dolnego Śląska na tle średniej kraju kształtuje się korzystnie. Przede wszystkim, analizowane wskaźniki na przestrzeni trzech lat (2010-2012) cechuje tendencja spadkowa, a ich wartości są niższe niż tożsame mierniki monitorowane na poziomie Polski. Biorąc pod uwagę występowanie problemu ubóstwa w kontekście zróżnicowań terytorialnych, w 2012 roku Dolny Śląsk znalazł się w grupie 4 województw³⁶, których mieszkańcy są najmniej dotknięci problemem ubóstwa. Niestety, pomimo dynamicznego i utrzymującego się na przestrzeni ostatnich lat spadku wartości wskaźnika mierzącego ubóstwo relatywne, jego poziom nadal jest wysoki, co należy ocenić negatywnie.

Z uwagi na fakt, iż w 2011 roku blisko ¼ mieszkańców Unii Europejskiej, czyli około 120 mln osób, doświadczyło różnorodnych deficytów, związanych z niewystarczającymi środkami finansowymi, dobrami materialnymi oraz brakiem możliwości zarobkowania³⁷, przeciwdziałanie pogłębianiu się zjawiska ubóstwa stało się wyzwaniem dla wszystkich członków Wspólnoty.

W dokumencie strategicznym *Europa 2020*, UE postawiła przed krajami członkowskimi zadanie obniżenia odsetka osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym o 20 milionów, w tym Polsce o 1,5 mln. Aby monitorować wyznaczone cele Komisja Europejska posługuje się wskaźnikiem zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Mierzy on odsetek osób, które spełniają co najmniej 1 z 3 kryteriów: 1) są zagrożone ubóstwem (po uwzględnieniu transferów społecznych) i/lub 2) pogłębioną deprawacją materialną i/lub 3) żyją w gospodarstwach domowych o bardzo niskiej intensywności pracy.

Dwie trzecie ze 120 mln osób dotkniętych wykluczeniem (ok. 82 mln) było zagrożonych wyłącznie jednym z trzech wymiarów tego wskaźnika. Około 8 mln osób było zagrożonych wszystkimi trzema wymiarami zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, a dwoma – prawie 30 mln³⁸. Jak wskazują dane GUS, Polska wśród krajów UE27 należy do państw o wyższym wskaźniku zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (27,2% populacji) w porównaniu ze średnią dla UE (24,1%). Należy jednak podkreślić, że w okresie od 2005 r. zanotowano jego spadek aż o 18,1 %³⁹.

³⁶ obok województw: opolskiego, śląskiego oraz mazowieckiego

³⁷ Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020 – Nowy wymiar integracji - projekt, MPiPS, Warszawa 2013 www.mpips.gov.pl (sierpień 2013), s. 4

³⁸ Europejskie badanie dochodów i warunków życia (EU-SILC) w 2011r. Materiał na konferencję prasową w dniu 21 grudnia 2012r. www.stat.gov.pl (10.09.2013)

³⁹ tamże, s. 5

Województwo dolnośląskie w 2011 roku uplasowało się na 7 pozycji w skali kraju pod względem odsetka osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (27%). Najniższy wskaźnik odnotował region podlaski i mazowiecki (odpowiednio 20 i 21%), a najtrudniejsza sytuacja cechuje województwo lubelskie (41%) i lubuskie (37%).

Analizując jednak oddzielnie każdy z trzech podwskaźników budujących główny miernik, należy podkreślić trudną sytuację Dolnego Śląska. O ile kryterium nr 1: wskaźnik zagrożenia ubóstwem, rozumiany jako odsetek osób/ rodzin, których dochód jest niższy niż 60% mediany dochodów w Polsce, ukształtował się w dolnośląskim na najniższym w kraju, bo 12,8% poziomie, o tyle wskaźnik zagrożenia pogłębioną deprivacją materialną oraz miernik niskiej intensywności pracy przedstawiają odmienny obraz regionu. Pogłębiona deprivacja oznacza niemożność zaspokojenia z powodów finansowych co najmniej 4 z 9 podstawowych potrzeb⁴⁰. W sytuacji takiej znajduje się 8,5% Dolnoślązaków, plasując województwo na odległej 15 pozycji w kraju. Ostatni ze wskaźników mierzy czas pracy członków rodziny. Jeżeli jest on niższy niż 20% pełnego rocznego czasu pracy, wówczas rodzina wykazywana jest w tym mierniku. W regionie sytuacji takiej doświadcza 16% mieszkańców, podczas gdy 11 województw skuteczniej rozwiązuje ten problem⁴¹.

Biorąc pod uwagę powyższe, w najbliższych siedmiu latach Dolny Śląsk będzie zobowiązany do podjęcia działań zmierzających do przeciwdziałania ubóstwu i zmniejszenia jego rozmiarów.

Grupy w sposób szczególny doświadczające ubóstwa

Ubóstwo ściśle powiązane jest z sytuacją społeczno – ekonomiczną danej osoby/ rodziny. Zgodnie z danymi GUS⁴², w 2012 roku do grup najbardziej dotkniętych ubóstwem (niezależnie od przyjętej granicy) zaliczono gospodarstwa domowe utrzymujące się z tzw. niezarobkowych źródeł oraz rencistów (odpowiednio 22,5% i 12,1% osób żyjących poniżej minimum egzystencji).

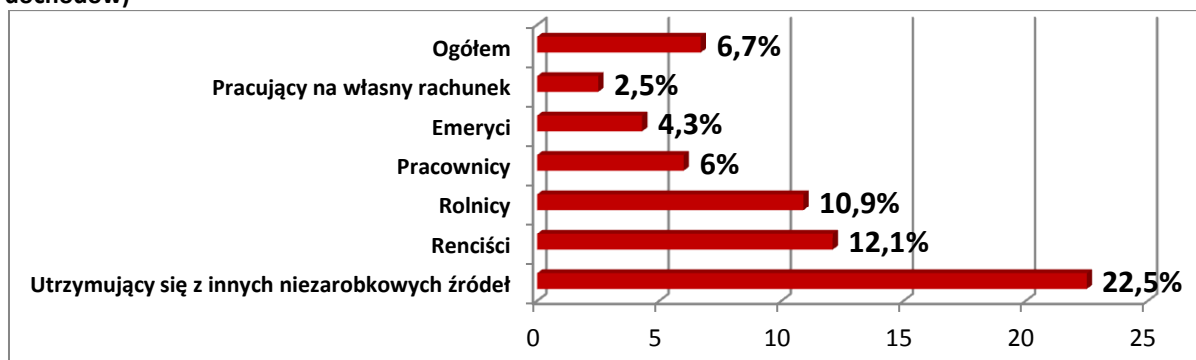
⁴⁰ Do podstawowych potrzeb zalicza się:

1. opłacenie tyg. wyjazdu wszystkich członków gospodarstwa domowego na wypoczynek raz w roku,
2. spożywanie mięsa, ryb (lub wegetariańskiego odpowiednika) co drugi dzień,
3. ogrzewanie mieszkania odpowiednio do potrzeb,
4. pokrycie niespodziewanego wydatku (w wysokości odpowiadającej miesięcznej wartości granicy ubóstwa relatywnego, przyjętej w danym kraju, w roku poprzedzającym badanie),
5. terminowe opłaty związane z mieszkaniem, spłaty rat i kredytów,
6. posiadanie telewizora kolorowego,
7. posiadanie samochodu,
8. posiadanie pralki,
9. posiadanie telefonu (stacjonarnego lub komórkowego).

⁴¹ Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu... , s. 6-7

⁴² GUS, *Ubóstwo w Polsce w 2012 r. (na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych)*, Materiał na konferencje prasową w dniu 29 maja 2013 r. www.stat.gov.pl (10.09.2013)

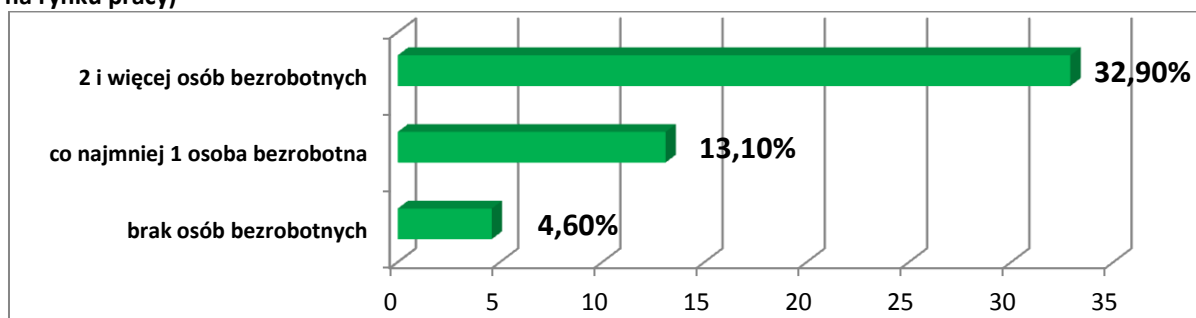
Wykres 12. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem skrajnym w 2012 r. wg grup społeczno – ekonomicznych (źródło dochodów)



Źródło: GUS, *Ubóstwo w Polsce w 2012r. (na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych)*, Materiał na konferencje prasową w dniu 29 maja 2013r., s. 4

Równie istotny wpływ na zasięg ubóstwa ma status osób na rynku pracy. Z jednej strony bezrobocie stanowi jeden z najważniejszych czynników generujących biedę - badanie GUS wykazało, że w przypadku gospodarstw, w których bezrobotne były 2 lub więcej osób, stopa ubóstwa skrajnego wyniosła ok. 33%. Z drugiej strony problem tzw. biednych pracujących również sprzyja pauperyzacji - niskopłatna praca wykonywana głównie na stanowiskach robotniczych, znajduje odzwierciedlenie w wysokim, bo 9,5% odsetku osób doświadczających ubóstwa skrajnego.

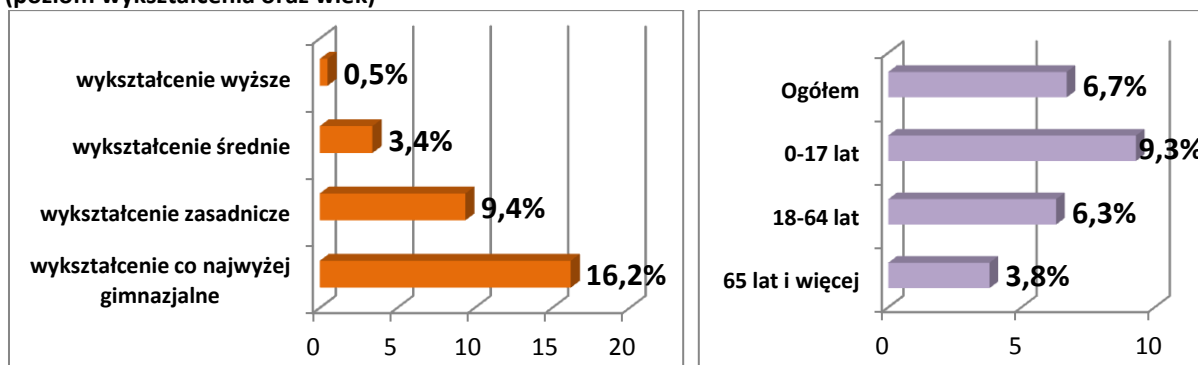
Wykres 13. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem skrajnym w 2012 r. wg grup społeczno – ekonomicznych (status na rynku pracy)



Źródło: GUS, *Ubóstwo w Polsce w 2012r.*, s. 5

Ubóstwo powiązane jest również z wykształceniem członków gospodarstwa domowego oraz ich wiekiem. Z danych GUS wynika, że niższy poziom wykształcenia przekłada się na wyższy wskaźnik zagrożenia ubóstwem (16,2% osób dotkniętych skrajnym ubóstwem legitymuje się wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym). Ubóstwem ekonomicznym w Polsce dotknięte są przede wszystkim dzieci oraz młodzież (w wieku 0-17 lat). Ponad 9% z nich żyje na granicy minimum egzystencji.

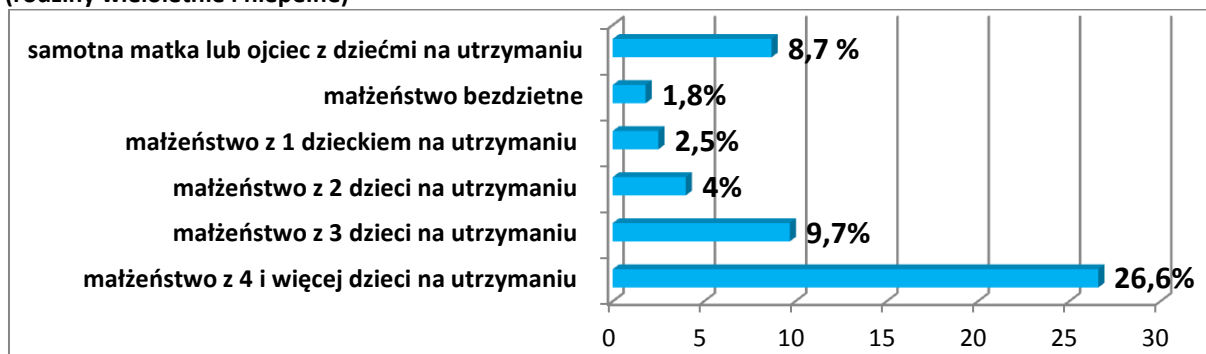
Wykres 14 i 15. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem skrajnym w 2012 r. wg grup społeczno – ekonomicznych (poziom wykształcenia oraz wiek)



Źródło: GUS, *Ubóstwo w Polsce w 2012 r....*, s. 5-6

Na sytuację ekonomiczną gospodarstw domowych wpływa także jej liczebność oraz stan zdrowia. Z badań wynika, że w 2012 roku ubóstwem skrajnym w znacznym rozmiarze dotkniętych było blisko 10% małżeństw z trojgiem dzieci oraz ok. 27% z 4 i więcej potomków na utrzymaniu. Ich sytuacja jest trudniejsza niż rodzin niepełnych (8,7%). Z ubóstwem walczą także gospodarstwa domowe z co najmniej 1 osobą niepełnosprawną (ok. 10% z nich żyje na poziomie minimum).

Wykres 16. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem skrajnym w 2012 r. wg grup społeczno – ekonomicznych (rodziny wieloletnie i niepełne)



Źródło: GUS, *Ubóstwo w Polsce w 2012 r....*, s. 7

Podobnie jak w latach poprzednich więcej osób zagrożonych ubóstwem zamieszkuje wieś niż miasto. Tam odsetek osób żyjących poniżej minimum egzystencji wyniósł ponad 10%. Jest to spowodowane m.in. mniejszą możliwością zarobkowania poza sektorem rolniczym oraz trudniejszym dostępem do edukacji.

Analizując grupy doświadczające ubóstwa można wskazać na główne przyczyny istnienia tego zjawiska. Przede wszystkim należy do nich bezrobocie oraz niski poziom wynagrodzenia za wykonywaną pracę. Istotny wpływ na występowanie ubóstwa ma niski poziom wykształcenia. Brak środków finansowych w sposób szczególny dotyka niemogące zarobkować dzieci, młodzież, a także rodziny wielodzietne. Z uwagi na problemy zdrowotne, a więc i zwiększone wydatkowanie na opiekę specjalistyczną, ubóstwa doświadczają osoby starsze oraz niepełnosprawni i ich rodziny.

W 2012 roku Urząd Statystyczny we Wrocławiu przeprowadził badanie, wynikiem którego było wskazanie obszarów wzrostu oraz problemowych na Dolnym Śląsku. Aby ocenić

poszczególne powiaty pod względem zagrożenia ich mieszkańców ubóstwem materialnym, WUS przeanalizował następujące wskaźniki: 1) Udział pracujących otrzymujących przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto poniżej 50% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w województwie; 2) Przeciętna wysokość zaległości w opłatach za mieszkanie w zasobach gminnych na 1 mieszkanie zalegające z opłatami; oraz 3) Liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu ubóstwa na 10 tys. mieszkańców.

Obszary problemowe zagrożone ubóstwem materialnym obejmują powiaty złotoryjski, jeleniogórski, górowski i wałbrzyski. Zdiagnozowano tu duże natężenie biedy, braku dostatecznych środków do życia i możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb (np.: żywność, opał, leki). Ponadto, obszar ten wyróżniał się na tle innych powiatów bardzo złą sytuacją pod względem warunków płacowych (wysokie odsetki pracujących, którzy otrzymywali miesięczne wynagrodzenia nieprzekraczające 50% przeciętnej wielkości wynagrodzenia w województwie).

Natomiast *potencjalne obszary wzrostu* to powiaty: oławski, średzki i strzeliński, czyli powiaty z podregionu wrocławskiego. Czwartą pozycję zajęło miasto Wrocław. Ich cechą charakterystyczną było najłabsze natężenie zjawiska ubóstwa materialnego opisanego liczbą rodzin objętych pomocą społeczną z powodu ubóstwa w relacji do liczby ludności. Ponadto odsetek pracujących, którzy za miesięczną pracę otrzymywali co najwyżej 50% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto, kształtował się na poziomie znacznie niższym niż średnio w województwie. Należy zauważyć, że wśród miast na prawach powiatu⁴³ jedynie Wrocław znalazł się w grupie o wysokim poziomie miernika. Dalekie lokaty Legnicy i Jeleniej Góry w stosunku do Wrocławia wynikały głównie ze znacznej, w odniesieniu do liczby mieszkańców, liczby rodzin objętych pomocą społeczną z powodu ubóstwa (trzykrotnie wyższej od wielkości odnotowanej w Wrocławiu)⁴⁴.

Dokument pn. *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020 – nowy wymiar integracji* trafnie diagnozuje, że koniecznym warunkiem prowadzenia gospodarstwa domowego i życia rodzinnego jest bezpieczne mieszkanie (tj. niezbędne jest jego posiadanie, jak i zapewnienie w nim podstawowych standardów budowlanych). Polityka mieszkaniowa ma zatem istotne znaczenie dla wsparcia rodzin oraz ochrony jej członków przed ubóstwem i wykluczeniem społecznym⁴⁵.

Krajowy Program..., przedstawiając dane Narodowego Spisu Powszechnego z 2002r., wskazuje, że 35,5% ludności Polski mieszka w złych lub bardzo złych warunkach mieszkaniowych, a 6,5 mln osób mieszkało w warunkach poniżej przyjętych standardów (bez kanalizacji, wodociągu, w starych budynkach i w złym stanie technicznym, o zbyt małym metrażu przypadającym na 1 osobę). 3,2 mln gospodarstw domowych nie posiadało samodzielnego mieszkania, a w warunkach przeludnienia (co według standardów europejskich oznacza więcej niż 2 osoby na pokój) mieszkało 11,9 mln Polaków. Według

⁴³ Badanie US Wrocław było przeprowadzone w 2012 roku. Zmiany administracyjne polegające na nadaniu miastu Wałbrzych praw powiatu nastąpiły z dniem 1 stycznia 2013r.

⁴⁴ Urząd Statystyczny we Wrocławiu, *Identyfikacja i delimitacja obszarów wzrostu oraz obszarów problemowych w województwie dolnośląskim*, Wrocław 2012, s. 198-200

⁴⁵ *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu...*, s. 18-19

szacunków Ministerstwa Infrastruktury z 2011 r. w Polsce brakuje 1,5 mln mieszkań⁴⁶. Szansą zaspokajania potrzeb ludzi o najniższych dochodach, ubogich i wykluczonych są mieszkania socjalne. W 2011 roku w Polsce istniało ponad 74 tysiące mieszkań socjalnych, a okres oczekiwania na mieszkanie komunalne lub socjalne wynosi od 2 do 20 lat⁴⁷.

Aby ocenić poszczególne powiaty Dolnego Śląska pod względem warunków mieszkaniowych, Wrocławski Urząd Statystyczny przeanalizował następujące wskaźniki: 1) liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu bezdomności na 10 tys. mieszkańców oraz 2) udział mieszkań bez łazienki w ogólnej liczbie mieszkań.

Na podstawie powyższych badań *do obszarów problemowych* zaliczyć można powiaty wałbrzyski i kamiennogórski, oraz m. Legnica. Zaobserwowano tam bardzo złą sytuację pod względem dostępności do podstawowych urządzeń sanitarno-technicznych w zasobach mieszkaniowych i mieszkaniach oddanych do użytkowania, a także znaczący problemem bezdomności. Ta ostatnia z kolei może prowadzić do powstawania lub wzmacniania innych problemów społecznych, takich jak alkoholizm, przestępczość, narkomania, prostytutka czy żebractwo. Natomiast *potencjalne obszary wzrostu* to powiaty oławski, lubiński i m. Wrocław o relatywnie najmniejszym problemie dostępności do podstawowych urządzeń sanitarno-technicznych w zasobach mieszkaniowych, a także z niskim odsetkiem osób bezdomnych⁴⁸.

⁴⁶ tamże, s. 19-20

⁴⁷ tamże, s. 20

⁴⁸ *Identyfikacja i delimitacja...*, s. 195-198.

Zdrowie psychiczne/ dobrostan psychiczny

Schorzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są bardzo poważnym problemem społecznym.

Choroba psychiczna, najogólniej ujmując, jest to utrata umiejętności efektywnego reagowania przez organizm człowieka na bodźce generowane przez środowisko zewnętrzne jak i wewnętrzne.

Wyniki przeprowadzonych badań w Europie, wskazują, że jedna czwarta dorosłych mieszkańców ma w ciągu roku jakiś problem związany ze zdrowiem psychicznym. Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego Polaków jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym także związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Zdrowie psychiczne obejmuje jednak znacznie szerszy zakres zagadnień niż problematyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, która jest rozwiązywana na poziomie krajowym przez już istniejące programy. Wśród osób z zaburzeniami psychicznymi rośnie odsetek populacji w wieku starszym.

W Polsce, według danych przedstawionych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, liczba leczonych na oddziałach psychiatrycznych i w poradniach zdrowia psychicznego wzrasta sukcesywnie od lat 90-tych. W latach 1997 – 2009 liczba pacjentów stacjonarnej opieki psychiatrycznej wzrosła o 50%. W roku 2009 leczonych było 209 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym 86 tys. to osoby leczone po raz pierwszy. Liczba pacjentów ambulatoryjnych w okresie 1997 – 2010 wzrosła o 88%. W roku 2010 opieką ambulatoryjną objętych było w Polsce 1.396 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym 384 tys. to pacjenci pierwszorazowi.

Badania stanu zdrowia Polaków, przeprowadzone w latach 2009 – 2010 przez GUS wskazują, że rodzaj samopoczucia psychicznego ma związek ze stanem zdrowia, płcią, aktywnością zawodową oraz stylem życia. U osób o gorszej kondycji psychicznej częściej obserwowane są kłopoty finansowe, problemy zdrowotne, złe samopoczucie związane z wiekiem, samotność, poczucie wykluczenia społecznego.

Uwarunkowania epidemiologiczne na Dolnym Śląsku odpowiadają w większości sytuacji w kraju. Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Jednak dane statystyczne i ich analiza nie wskazują wszystkich elementów i uwarunkowań obecnej sytuacji epidemiologicznej zaburzeń psychicznych.

Liczba osób leczonych na zaburzenia psychiczne z roku na rok jest większa. Ogólny dla całej Polski wskaźnik leczonych z powodu zaburzeń psychicznych bez zaburzeń spowodowanych uzależnieniami wynosi 3.085 na 100 tys. mieszkańców. W województwie dolnośląskim 2.979 na 100 tys.

Odsetek pacjentów objętych opieką czynną jest jednym z czynników intensywności opieki oferowanej przez poradnie swoim pacjentom. W kraju w 2010 roku opieką czynną objętych było 458.055 pacjentów, co stanowi 33% leczonych. W poradniach zdrowia psychicznego objętych tą formą opieki było 337.810 osób – 31% wszystkich leczonych. W województwie dolnośląskim odsetek ten wynosi 33%.

W poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży opieką czynną objęto 324.449 osób, co stanowi 36% ogółu leczonych, w województwie dolnośląskim 19%⁴⁹.

Poniżej przedstawione zostały informacje na temat leczonych w oddziałach psychiatrycznych w województwie dolnośląskim w latach 2009 – 2011 według danych z Biuletynu Województwa Dolnośląskiego (MZ-29 i MZ-30).

Tab.11. Działalność oddziałów psychiatrycznych w województwie dolnośląskim w latach 2009 – 2011

Lp.	Rok	Obszar – jednostki chorobowe	Liczba leczonych	Liczba łóżek	Wykorzystanie łóżka (%)	Przeciętny pobyt chorego (dni)
1	2009	Zaburzenia psychiczne	17.795	1.766	88,1%	33,1
2	2010	Zaburzenia psychiczne	18.083	1.732	91,8%	32,0
3	2011	Zaburzenia psychiczne	17.672	1.817	97,2%	36,5

Źródło: Biuletyn Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2011

W latach 2009 – 2011 liczba leczonych w oddziałach psychiatrycznych zmniejszyła się o około 0,7%, natomiast liczba łóżek w oddziałach psychiatrycznych wzrosła o około 3%.

Poniżej przedstawione zostały informacje na temat leczonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych w województwie dolnośląskim w latach 2009 – 2011 według danych z Biuletynu Województwa Dolnośląskiego⁵⁰.

Tab.12. Działalność zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych w województwie dolnośląskim w latach 2009 – 2011

Lp.	Rok	Obszar – jednostki chorobowe	Liczba leczonych	Liczba łóżek	Wykorzystanie łóżka (%)	Przeciętny pobyt chorego (dni)
1	2009	Zaburzenia psychiczne	1.268	905	98,8	257,3
2	2010	Zaburzenia psychiczne	1.099	845	103,6	290,8
3	2011	Zaburzenia psychiczne	1.089	905	90,7	272,8

Źródło: Biuletyn Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2011

W latach 2009 – 2011 liczba leczonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych zmniejszyła się o około 14%, liczba łóżek kształtowała się na tym zbliżonym poziomie. Należy zaznaczyć, że na świadczenia w zakładach długoterminowych opieki psychiatrycznej średni czas oczekiwania wynosi 574 dni (145 osób oczekujących).

Poniżej przedstawione zostały informacje na temat osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w województwie dolnośląskim w latach 2009 – 2011 według danych z Biuletynu Województwa Dolnośląskiego (MZ-15).

⁴⁹ Rocznik Statystyczny 2010 Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011

Tab.13. Liczba leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w województwie dolnośląskim w latach 2009 – 2011

Lp.	Rok	Obszar – jednostki chorobowe	Ogółem	Osoby w wieku przedprodukcyjnym (od 0 do 18 lat)	Osoby w wieku produkcyjnym (od 19 – 64 lat)	Osoby w wieku poprodukcyjnym (od 65 lat)
1	2009	Zaburzenia psychiczne	93.876	3.197	73.896	16.783
		W tym osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy	24.073	1.040	18.794	4.239
2	2010	Zaburzenia psychiczne	79.692	2.612	63.289	13.791
		W tym osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy	19.952	920	15.694	3.338
3	2011	Zaburzenia psychiczne	76.854	1.833	60.480	14.541
		W tym osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy	19.281	677	15.368	3.236

Źródło: Biuletyn Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2011

Liczba leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w województwie dolnośląskim w roku 2011 zmniejszyła się o 18,1% w porównaniu do roku 2009. Wskaźnik leczonych w województwie był w roku 2011 wyższy niż w Polsce o 357,4 leczonych na 100 tys. (według danych z Instytutu Psychiatrii i Neurologii).

Starzenie się populacji

Starzenie się populacji stanowi jedną z istotnych konsekwencji procesów demograficznych zachodzących zarówno w społeczeństwie polskim, jak i społeczności województwa dolnośląskiego.

Z danych szacunkowych GUS wynika, iż w Polsce w roku 2035 na około 60% ludności w wieku produkcyjnym przypadać będzie 40% ludności w wieku nieprodukcyjnym, z czego ludność w wieku poprodukcyjnym stanowić będzie 26,7% ogółu populacji. Społeczność dolnośląska znajduje się w bardziej zaawansowanej fazie starzenia się populacji niż populacja ogólnopolska. Według szacunków, w roku 2035 na Dolnym Śląsku na 57,8% ludności w wieku produkcyjnym przypadać będzie 42,2% ludności w wieku nieprodukcyjnym, z tego jedynie 14,8% będzie stanowić ludność w wieku przedprodukcyjnym, zaś aż 27,4% to ludność w wieku poprodukcyjnym.

„Starość” i „starzenie się” to pojęcia, które nie zostały jednoznacznie zdefiniowane ani przez nauki społeczne ani biologiczne. Zarówno w naukach społecznych jak i biologicznych zwraca się uwagę na indywidualizację procesu starzenia, pozostającą pod wpływem takich czynników jak kondycja zdrowotna, warunki życia i środowiska, potencjał genetyczny, itp.. Dlatego też wyznaczenie sztywnej, obejmującej wszystkie jednostki ludzkie granicy wieku pomiędzy „niestarością” a „starością” ma często charakter umowny. Najczęściej wyróżnia się cztery okresy starości: 60 – 69 lat – wiek początkowej starości; 70 – 74 lata – wiek przejściowy między początkową starością a wiekiem ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej; 75 – 84 lata – wiek zaawansowanej starości; 85 lat i więcej – niedołączna starość. Inną klasyfikacją stosowaną do okresu starości jest podział tej fazy życia na dwa podokresy: wczesną starość (określaną także jako wiek podeszły, „młodszy starzy”) obejmującą wiek 60 – 74 lata oraz późną starość (starość właściwa, „starsi starzy”), obejmującą wiek 75 – 89 lat. Wyodrębnia się również kategorię osób długowiecznych w wieku 90 lat i więcej, jako kategorię o szczególnych cechach biologicznych i dziedzicznej predyspozycji do długiego życia⁵¹. Warto przy tym podkreślić, iż trendy demograficzne wskazują na postępujący proces „starzenia się ludzi starych”, co oznacza, że liczba osób w wieku 75 lat i więcej rośnie szybciej niż liczba „młodszych ludzi starych”. Stan taki wymaga tworzenia i wspierania szeregu rozwiązań systemowych w sferze ochrony zdrowia, opieki długoterminowej, pomocy i integracji społecznej, mających na celu z jednej strony ochronę osób starszych przed negatywnymi skutkami starzenia się, z drugiej zaś nastawionych na pobudzanie i wykorzystywanie potencjału osób starszych w perspektywie indywidualnej i społecznej.

Z badań nad kondycją życiową dolnośląskich seniorów⁵² wynika, iż obecnie dolnośląscy seniorzy narażeni są na wykluczenie społeczne głównie z trzech powodów.

⁵¹ S. Golinowska, J. Holzer, H. Szwarz, W. Pędich, *Starzenie się i starość: pojęcia, tendencje, cechy i struktury* [w:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999*, Warszawa 1999, s. 8-9

⁵² M. Bogowolska – Wępiec, G. Dąbrowska, J. Klakočar, Z. Machaj, A. Pierzchalska, E. Pisarczyk – Bogacka, W. Wnuk, *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów. Raport z badań. Cz. II. Analiza wyników badań*, Wrocław 2008, publikacja internetowa

Pierwszy z nich to trudna sytuacja materialna i ograniczony budżet jakim dysponują, uniemożliwiający im zaspokojenie wszystkich potrzeb. Drugą przyczyną są stereotypy dotyczące starości zakotwiczone w społecznej świadomości, co powoduje, że społeczeństwo jako system nie jest przygotowane do tworzenia warunków gwarantujących wysoką jakość życia osób starszych. Można powiedzieć, że dyskurs publiczny na ten temat zyskał na znaczeniu dopiero w ostatnich latach, podobnie jak tworzenie instrumentów i rozwiązań na rzecz integracji tej kategorii społecznej z resztą społeczeństwa i poprawy jakości życia. Trzecią przyczyną, równie istotną jak pozostałe, jest proces autowykluczenia seniorów. Osoby starsze, między innymi ze względu na niskie dochody, ale nie tylko, również powodowane stereotypowym podejściem do własnej starości, same wycofują się z życia społecznego, ograniczając się do grona najbliższej rodziny i znajomych, „skazują się” na pasywny styl życia. Sytuację tę pogłębia wciąż jeszcze niski poziom wykształcenia seniorów, brak wzorców aktywnego spędzania czasu i kompetencji społecznych, by w pełni korzystać z możliwości, jakie niesie współczesność, choć z pewnością wraz z wejściem w proces starzenia się lepiej wykształconych, tzw. „powojennych” roczników, sytuacja w tym zakresie będzie ulegać zmianie.

Polityka społeczna wobec osób starszych powinna stanowić system działań ukierunkowanych na wysoką jakość życia, która obejmowałaby wszechstronną kompensację malejących wraz z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokajania potrzeb, integrację z lokalną społecznością oraz przygotowanie do starości. Polityka społeczna wobec osób starszych powinna być oparta na trzech zasadach: autonomii, mającej na celu zachowanie przez seniorów niezależności w podejmowaniu decyzji co do sposobu życia w tej fazie egzystencji; integracji – zapewnieniu osobom starszym w miarę pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz opiece – stworzeniu systemu wsparcia i pomocy dla osób, które w wyniku wieku lub choroby utraciły zdolność do samodzielnego zaspokajania swych potrzeb (z uwzględnieniem usług wspomagających opiekunów nieformalnych w pełnieniu przez nich funkcji opiekuńczych).

Istotnym problemem w kontekście pogarszających się wskaźników demograficznych, wskazujących na postępujący proces „starzenia się” populacji województwa dolnośląskiego staje się nasilenie chorób charakterystycznych dla tej grupy populacji. Istotą tego procesu jest wzrost liczby osób z chorobami o charakterze otępiennym.

Otępienie jest zespołem objawów zaburzeń procesów poznawczych obejmującym – oprócz zaburzeń pamięci – deficyty różnych funkcji poznawczych, w tym m.in.: mowy (afazja), celowej złożonej aktywności ruchowej (apraksja), zdolności rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów (agnozja) oraz zaburzeń planowania, inicjowania, kontroli i korygowania przebiegu złożonych zachowań (zaburzenia funkcji wykonawczych). Powoduje zaburzenia aktywności zawodowej, funkcjonowania społecznego, a w zaawansowanym stadium choroba uniemożliwia samodzielne wykonywanie nawet codziennych prostych czynności i chory wymagać może stałej opieki.

Badania epidemiologiczne wskazują, że populacja osób dotkniętych chorobami o charakterze otępiennym w Polsce sięga 500 tys. Jako najczęstszą przyczynę występowania

otępienia u osób powyżej 65 roku życia wskazuje się chorobę Alzheimera, na którą na świecie choruje ok. 30 mln osób, w Polsce ok. 200 tys. „Z wiekiem liczba osób z otępieniem zwiększa się. Na Dolnym Śląsku odsetek osób w wieku powyżej 65 lat dotkniętych otępieniem wynosi średnio około 5-10%, przy czym w kolejnych 10 letnich grupach wiekowych udział osób z otępieniem podwaja się”⁵³.

Ze względu na „starzenie się społeczeństw” w krajach uprzemysłowionych (wzrost długości czasu życia, przy jednoczesnym spadku liczby urodzeń) szacuje się, że liczba chorych do roku 2050 ulegnie potrojeniu. Ważnym jest także fakt, że choroba, z uwagi na swój charakter, jest bardzo późno diagnozowana, zwykle już w daleko rozwiniętym stadium zaawansowania.

Większe ryzyko zachorowania dotyczy kobiet. Uważa się, że 85% zachorowań to zachorowania sporadyczne, a 15% może być uwarunkowanych genetycznie. Zdarza się jednak, że chorują na nie również osoby młodsze. Prawdopodobieństwo zachorowania zwiększa się wraz z wiekiem. Podwaja się ono co każde 5 lat (licząc od 65) i po przekroczeniu 85 lat wynosi niemal 50%. Na postęp choroby ma wpływ wykształcenie. Ludzie z niższym stopniem wykształcenia chorują częściej i proces chorobowy zachodzi u nich szybciej. Długotrwała aktywność umysłowa istotnie spowalnia proces choroby.

Należy także mieć na względzie, że schorzenia otępienne, w tym w szczególności choroba Alzheimera, niosą konsekwencje nie tylko bezpośrednio dla osoby chorej, ale także dla jej najbliższych i otoczenia. W województwie dolnośląskim od 2007 roku zdiagnozowano około 30 tys. przypadków choroby Alzheimera.

Proces starzenia się społeczeństwa skutkuje pogłębianiem schorzeń somatycznych i psychosomatycznych. Rozwój medycyny, wzrost skuteczności leczenia, prowadzi do powstania sytuacji, w której osoba starsza, niepracująca jest w pełni wydolna fizycznie i psychicznie, a jej okres przeżycia wydłuża się.

Powszechne przygotowanie się do starości stanowi nowe wyzwanie dla współczesnego społeczeństwa. Zasadnicze znaczenie w procesie przygotowania do dobrego i świadomego przeżywania starości ma motywowanie ludzi do aktywności zarówno fizycznej, jak i intelektualnej. Psychologia gerontologiczna udowodniła bowiem, że utracony w wyniku zaniedbań potencjał umysłowy może być na nowo zaktywizowany poprzez celowy trening.

Zdrowy styl życia, wsparcie społeczne i opieka ze strony dzieci, krewnych, życiowych partnerów, zachowanie dobrego stanu zdrowia to tylko niektóre wartości uważane przez seniorów za istotne w zachowaniu dobrostanu oraz dodatniego bilansu życiowego. Również aktywność przejawiająca się w podejmowaniu działań nieodpłatnych, dobrowolnych, na rzecz osób lub organizacji pozarządowych pozwala czuć się potrzebnym.

Utrzymywanie się starszej generacji w dobrej kondycji zdrowotnej w dużym stopniu zależy od dostępności i jakości usług medycznych jak również dostęp do szeroko pojętej pomocy i integracji społecznej.

⁵³ Analiza występowania otępienia oraz chorób powodujących zespoły otępienne w populacji Dolnego Śląska, Wyd. Family Medicine & Primary Care Review, 2010, s. 12,1

Profilaktyka uzależnień

Problemy alkoholowe

Tab.14. Problem alkoholowy na Dolnym Śląsku

Uzależnieni od alkoholu	2% populacji	ok. 58.331
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	4% populacji	ok. 116.663
Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym	4% populacji	ok. 116.663
Osoby pijące szkodliwie	5-7% populacji	ok. 174.994
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	ok. 160.000

Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, strona internetowa: www.parpa.pl

Leczeniem uzależnień od alkoholu zajmują się placówki:

- poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;
- poradnie leczenia uzależnień;
- całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu;
- całodobowe oddziały leczenia uzależnień;
- dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu;
- dzienne oddziały leczenia uzależnień;
- oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych;
- hostele dla osób uzależnionych od alkoholu.

Placówki te realizują:

- działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej;
- programy korekcyjne dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie lub używających substancji psychoaktywnych oraz osób z zaburzeniami nawyków i popędów;
- programy psychoterapii uzależnień;
- programy psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych przez osoby bliskie;
- indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin;
- indywidualne świadczenia rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin;
- działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu.

Wg danych NFZ w poradniach i oddziałach leczenia uzależnień ponad 90% pacjentów to osoby leczone z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu.

Tab.15. Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych

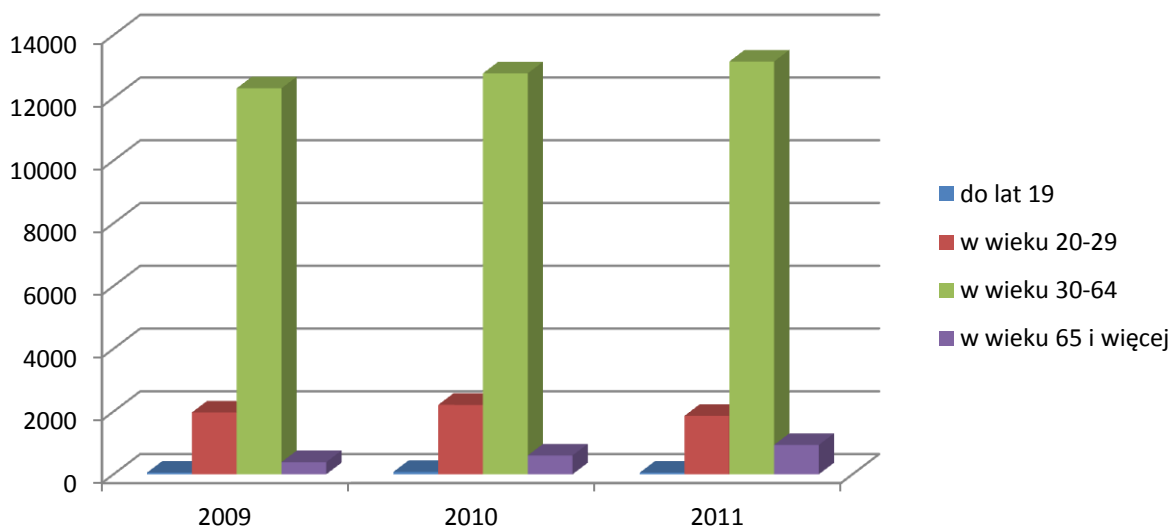
Rok	Uzależnieni zarejestrowani ogółem			Uzależnieni, którzy zgłosili się pierwszorazowo		
	Ogółem	Kobiety	% kobiet	Ogółem	Kobiety	% kobiet
2009	17.399	3.839	22%	7.616	1.511	20%
2010	17.718	4.051	23%	7.700	1.625	21%
2011	17.573	4.186	24%	7.619	1.684	22%

Źródło: PARPA, Ankiety „Leczenie uzależnienia od alkoholu” wypełniane corocznie przez placówki leczenia odwykowego w województwach

Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych, leczonych w 2011r. jest nieznacznie mniejsza w porównaniu z rokiem 2010, choć wyższa niż w roku 2009. Widać natomiast liczbowy wzrost kobiet uzależnionych w poszczególnych latach, przy czym odsetek kobiet uzależnionych, zarejestrowanych w placówkach dolnośląskich, podobnie jak w całej Polsce, oscyluje w przedziale 20-25%.

W grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu dominują osoby w wieku od 30 do 64 lat, z danych obejmujących lata 2009-2011 w grupie leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu systematycznie maleje odsetek osób niepełnoletnich i młodych dorosłych, natomiast wzrasta odsetek osób w wieku 65 lat i więcej (wykres 17).

Wykres 17. Grupy wiekowe osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu



Źródło: PARPA, Ankiety „Leczenie uzależnienia od alkoholu” wypełniane corocznie przez placówki leczenia odwykowego w województwach

Tab.16. Liczba zarejestrowanych osób współuzależnionych

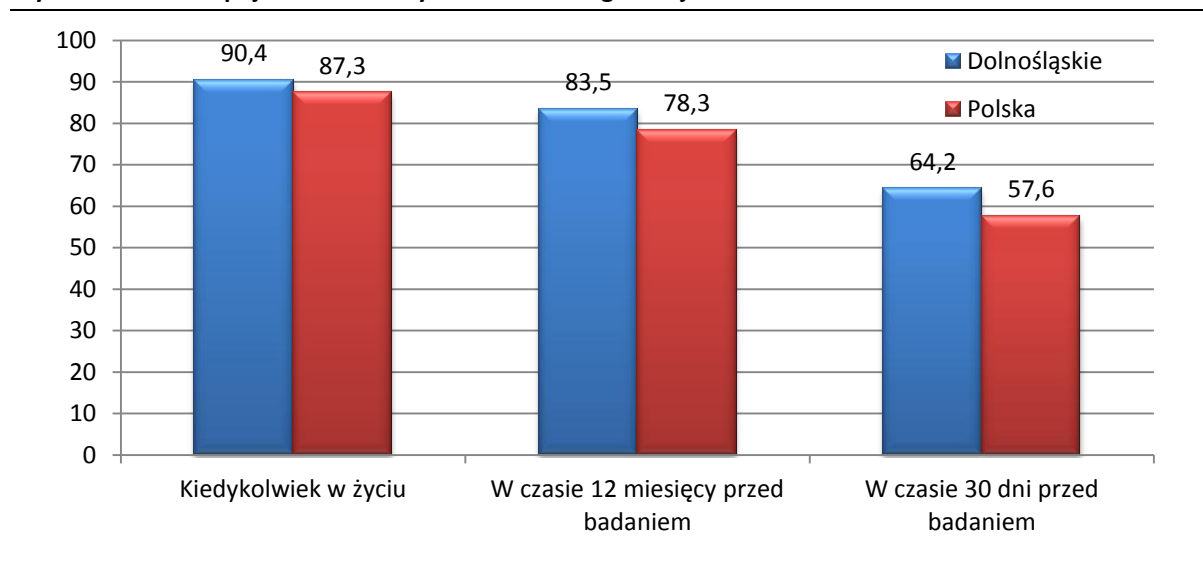
Rok	Osoby współuzależnione ogółem			Osoby współuzależnione, które zgłosiły się pierwszorazowo		
	Ogółem	Kobiety	% kobiet	Ogółem	Kobiety	% kobiet
2009	3.411	3.198	94%	1.409	1.248	89%
2010	3.023	2.701	89%	1.408	1.267	90%
2011	3.313	2.751	83%	1.191	1.046	88%

Źródło: PARPA, Ankiety „Leczenie uzależnienia od alkoholu” wypełniane corocznie przez placówki leczenia odwykowego w województwach

Liczba członków rodzin osób uzależnionych, zarejestrowanych pod mianem „współuzależnieni” utrzymuje się na podobnym poziomie, ze zdecydowaną nadal przewagą kobiet szukających pomocy z powodu picia swoich bliskich.

Problemem jest też spożywanie alkoholu przez dzieci i młodzież. najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Próby picia ma za sobą 90,4% gimnazjalistów z klas trzecich i 97,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (wykres 18).

Wykres 18. Picie napojów alkoholowych w III klasach gimnazjum

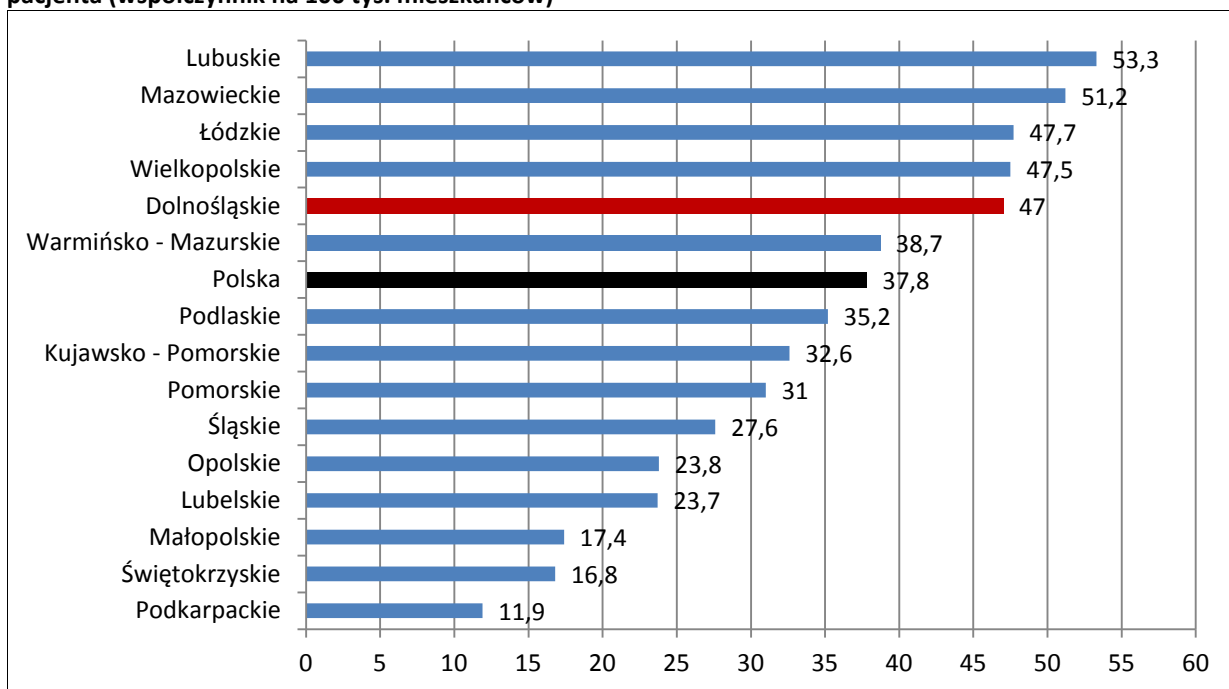


Źródło: Janusz Sierostawski, ESPAD 2010.

Problemy narkotykowe

W 2010 roku w całej Polsce z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, przyjęto do leczenia stacjonarnego ogółem niespełna 14,5 tysiąca osób, z tego z województwa dolnośląskiego 1.351 osób. Oznacza to, że niemal co 10 leczona osoba pochodziła z Dolnego Śląska. Biorąc pod uwagę współczynnik na 100 tys. mieszkańców – województwo dolnośląskie plasuje się na 5 miejscu i jest to wynik nieco powyżej średniej ogólnopolskiej (37,8).

Wykres 19. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2010 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta (współczynnik na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii

W stosunku do 2009r. nastąpił wzrost przyjęć, jednak różnice nie są znaczne. W całej Polsce w roku 2009 przyjęto ok. 13 tysięcy osób (1.321 z Dolnego Śląska), współczynnik na 100 tys. dla Dolnego Śląska wyniósł 45,9, w Polsce 34,0.

W 2009 roku przyjęto do leczenia stacjonarnego po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych 5682 osoby, z tego osoby z województwa dolnośląskiego stanowiły 10,7%. W liczbach bezwzględnych uplasowało się na 3 pozycji, zaraz za województwem mazowieckim (964) i wielkopolskim (772). Biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tys. województwo z wynikiem 21,1 znalazło się na 4 miejscu (wskaźnik dla Polski 14,9).

Na przestrzeni lat 2000-2008 spadł odsetek osób poniżej 18 roku trafiających do leczenia stacjonarnego zarówno na terenie całego kraju, jak również wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego, choć w przypadku Dolnego Śląska nie był on tak dynamiczny. W roku 2010 obserwujemy nieznaczny wzrost ogólnopolskiego odsetka z jednoczesnym spadkiem w województwie dolnośląskim do poziomu najniższego na przestrzeni prezentowanych lat. Analizując sytuację w poszczególnych województwach w 2010 roku zaobserwować można duże zróżnicowanie odsetka od 3,6% w podkarpackim, do aż 10,6 w lubuskim i łódzkim. W województwie dolnośląskim w 2010 roku przyjęto 5,6% młodych ludzi do 18 roku życia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

Społecznym problemem jest też używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. Sytuację w tym obszarze obrazują wyniki badań ESPAD 2011.

Dane z tabeli 17 pokazują, że wśród uczniów klas młodszych na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (32,0%), a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (15,2%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu również znajdują się marihuana i haszysz (45,5%). Leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza także ułożyły się na drugim miejscu (15,7%). Wśród gimnazjalistów na trzecim miejscu znalazły się substancje wziewne (6,9%), a na czwartym amfetamina (6,1%). W starszej kohorcie na trzecim miejscu znajduje się amfetamina 10,2%, a na czwartym LSD lub inne halucynogeny (5,4%). Wśród gimnazjalistów co najmniej trzyprocentowe rozpowszechnienie osiągnęły jeszcze LSD lub inne halucynogeny (3,7%), grzyby halucynogenne (3,7%), kokaina (3,3%) oraz ecstasy (3,1%).

Wśród starszych uczniów analogiczna lista środków, których używało kiedykolwiek w życiu co najmniej 3% badanych, jest szersza i obejmuje także sterydy anaboliczne (3%). W przypadku większości substancji wyższe rozpowszechnienie eksperymentowania odnotować trzeba wśród starszej młodzieży niż w młodszej grupie. Tylko do doświadczeń z substancjami wziewnymi częściej przyznaje się młodzież ze szkół gimnazjalnych⁵⁴.

⁵⁴ Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

Tab.17. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu

Poziom klasy	Środki psychoaktywne	Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	32,0	24,3
	Substancje wziewne	6,9	8,7
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,2	15,5
	Amfetamina	6,1	4,6
	LSD lub inne halucynogeny	3,7	3,3
	Crack	1,7	2,1
	Kokaina	3,3	3,3
	Heroina	2,7	1,3
	Ecstasy	3,1	3,0
	Grzyby halucynogenne	3,7	3,1
	GHB	1,2	1,2
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,0	1,8
	Alkohol razem z tabletkami	6,3	5,8
	Alkohol razem z marihuaną	X	X
	Sterydy anaboliczne	2,5	2,7
	Polska heroina (kompot)	2,7	2,4
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	45,5	37,3
	Substancje wziewne	4,8	5,6
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,7	16,8
	Amfetamina	10,2	8,3
	LSD lub inne halucynogeny	5,4	3,9
	Crack	2,0	1,8
	Kokaina	3,7	3,9
	Heroina	2,2	1,2
	Ecstasy	4,4	5,0
	Grzyby halucynogenne	4,8	3,5
	GHB	1,3	1,2
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,6	1,4
	Alkohol razem z tabletkami	8,8	7,5
	Alkohol razem z marihuaną	X	X
	Sterydy anaboliczne	3,0	3,2
	Polska heroina (kompot)	2,0	2,0

Źródło: Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011

Wysokiemu poziomowi i silnemu wzrostowi rozpowszechnienia używania wszelkich substancji psychoaktywnych towarzyszy wzrost skłonności młodych ludzi do ignorowania ryzyka szkód związanych z ich używaniem. Wydaje się, że opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych będzie najlepszą odpowiedzią na te wyzwania. Programy te

powinny w dobrze udokumentowany sposób prezentować ryzyko różnych szkód zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych⁵⁵.

Do poważnych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków, w szczególności w drodze iniekcji, należą zakażenia HIV oraz zachorowania na AIDS.

Uzależnienia behawioralne

Uzależnienia behawioralne są uwzględnione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w części dotyczącej zachowań kompulsywnych. Przy czym z nazwy wymieniany jest tylko patologiczny hazard. Inne uzależnienia behawioralne można pomieścić w grupie zaburzeń określanych jako inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów). Do grupy uzależnień behawioralnych włącza się – poza hazardem – między innymi uzależnienie od internetu, zakupoholizm, pracoholizm⁵⁶.

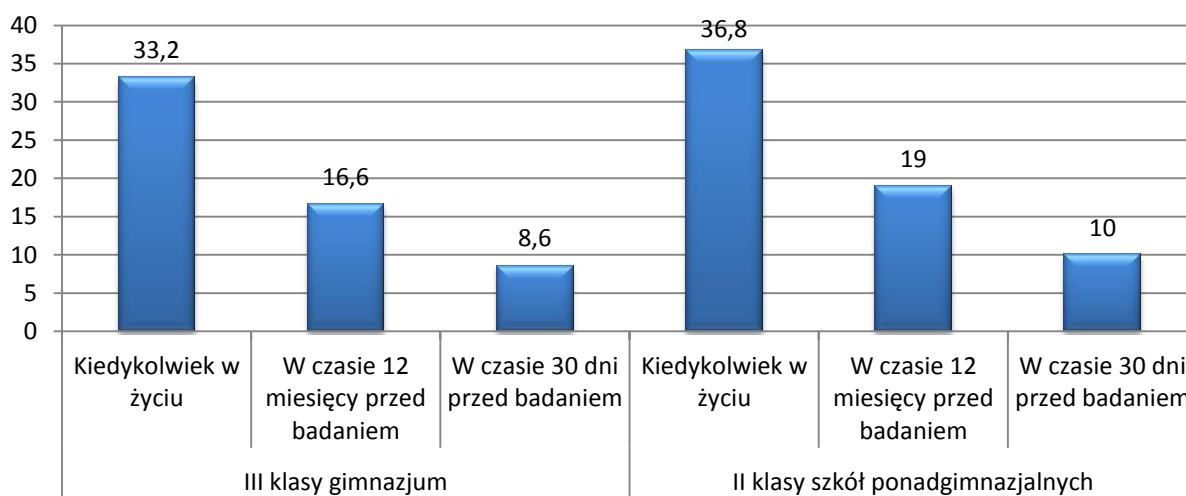
Sektor gier i zakładów wzajemnych w Polsce, obejmuje takie formy działalności, jak: loterie pieniężne, gry liczbowe, zakłady wzajemne, salony gry bingo, kasyna, salony gry na automatach, punkty gry na automatach o niskich wygranych. Gry hazardowe uprawiać można w Internecie oraz poprzez uczestnictwo w loteriach SMS. Hazard patologiczny, czyli uzależnienie od gier, w powszechnej opinii uznawane jest za stosunkowo marginalne zjawisko dotyczące niewielkiej liczby dorosłych mężczyzn. Hazard problemowy i patologiczny prowadzi do różnego rodzaju problemów zarówno u samych graczy, jak i u ich rodzin oraz najbliższego środowiska społecznego. Szeroka oferta różnego rodzaju form gier hazardowych skłania do postawienia pytania o rozpowszechnienie uprawiania gier, które z czasem mogą doprowadzić do problemu hazardu.

Dane z wykresu 20 (ESPAD 2010) sugerują, że ok. jednej trzeciej młodzieży ma za sobą doświadczenia w gry na pieniądze. Wśród gimnazjalistów takie doświadczenia zebrali 33,2% badanych, zaś w starszej kohorcie - 36,8% badanych. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 8,6% gimnazjalistów i 10,0% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

⁵⁵ Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

⁵⁶ Jacek Moskałowicz, *Uzależnienia behawioralne – Nowe wyzwanie*, Serwis Informacyjny Narkomania Nr 3(59)2012.

Wykres 20. Granie w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać – województwo dolnośląskie



Źródło: Janusz Sierosławski, ESPAD 2010

Porównanie wyników uzyskanych w woj. dolnośląskim z wynikami w całym kraju pokazuje prawie identyczne odsetki badanych, którzy mają za sobą doświadczenia grania za pieniądze. W badaniu zastosowano dwa wskaźniki grania problemowego. Pierwszy to potrzeba stawiania w grze coraz większych pieniędzy, a drugi to okłamywanie kogoś ważnego dla respondenta w sprawie tego, jak dużo gra w gry hazardowe. Potrzebę stawiania coraz większych pieniędzy wyraziło 7,4% uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 8,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Kłamanie w sprawie tego, jak wiele się gra, okazało się mniej rozpowszechnione, tylko 3% uczniów przyznało się do tego zachowania.

Przemoc w rodzinie

Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem, które dopiero od niedawna stanowi obszar systemowych działań polityki społecznej na poziomie samorządów lokalnych, samorządu regionalnego oraz na szczeblu krajowym. Proponowane komplementarne rozwiązania mają na celu m.in. poprawę sytuacji ofiar przemocy, podejmowanie oddziaływań korekcyjno – edukacyjnych wobec sprawców przemocy, podnoszenie kwalifikacji kadr służb społecznych stykających się z problemem przemocy w swej pracy zawodowej, jak również kształtowanie świadomości społecznej wobec tego zjawiska. Powyższe działania podejmowane są na zasadzie kooperacji i integracji działań różnych instytucji, których celem jest ochrona osób przed przemocą w rodzinie. Dokładne oszacowanie skali występowania przemocy w rodzinie jest trudne, do niedawna był to problem „wstydlivy” społecznie, uznawany za osobistą sprawę rodziny. Przyzwolenie społeczne dla zachowań przemocowych było duże, zaś osoby, które poszukiwały pomocy instytucjonalnej, były często dodatkowo piętnowane przez społeczność lokalną, stąd też oficjalne statystyki nie oddawały rzeczywistej skali tego problemu. Powoli, dzięki systematycznym działaniom na rzecz zmiany świadomości społecznej wobec tej kwestii oraz rozbudowywaniu narzędzi służących niwelowaniu skali przemocy domowej, sytuacja ta ulega transformacji. Jednakże wymaga dalszych działań upowszechniających wiedzę na temat tego zjawiska – jego mechanizmów i konsekwencji oraz sposobów jego zwalczania zarówno wśród całego społeczeństwa, jak i osób zawodowo zajmujących się tą problematyką.

W roku 2012⁵⁷ infrastruktura instytucji pomagających ofiarom przemocy w rodzinie obejmowała:

- 108 punktów konsultacyjnych, z pomocy których skorzystało 7.382 osoby,
- 10 ośrodków wsparcia, które w ciągu całego roku objęły wsparciem 3.637 osób, w tym 1 prowadzący miejsca całodobowego pobytu, z których skorzystało 21 osób
- 2 specjalistyczne ośrodki wsparcia, z działań których skorzystało 441 osób
- 19 ośrodków interwencji kryzysowej, obejmujących pomocą 2173 osoby potrzebujące; 8 z nich prowadzi miejsca całodobowego pobytu, z których w 2012r. skorzystało 138 osób.

Najpowszechniej występującą formą pomocy udzielanej ofiarom przemocy domowej była interwencja kryzysowa, która na poziomie gminy i powiatu objęła łącznie 28.754 osoby, w tym pomocą bezpośrednią objęto 11.320 osób. Wśród osób, które otrzymały wsparcie dominowały osoby dorosłe – współmałżonkowie lub partnerzy pozostający w związkach nieformalnych, stanowiąc ponad połowę (51%) odbiorców tej formy pomocy. Co 5 osoba objęta interwencją kryzysową nie ukończyła 18 r.ż. Osoby powyżej 60 lat stanowiły marginalny odsetek ofiar przemocy objętych interwencją kryzysową (1,8%), co nie oznacza, iż osoby starsze nie są zagrożone tym problemem. Badacze zagadnienia przemocy w rodzinie zgodni są, że dane statystyczne odnoszące się do tej kategorii wiekowej nie oddają

⁵⁷ O ile nie zostało podane inne źródło informacji, dane statystyczne odnoszące się do problematyki przemocy w rodzinie pochodzą ze sprawozdań z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, przygotowywanych corocznie przez Wydział Polityki Społecznej DUW dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

rzeczywistej skali tego zjawiska, bardzo często osoby starsze narażone są na przemoc fizyczną, psychiczną, ekonomiczną lub zaniedbanie ze strony innych członków rodziny, szczególnie w sytuacjach, gdy pod jednym dachem żyje rodzina wielopokoleniowa, doświadczająca trudności z zaspokajaniem potrzeb życiowych lub w której współwystępują inne problemy społeczne. Całodobową pomocą objętych zostało 385 osób, w tym 192 dzieci, co stanowiło niemal połowę (49,87%) ogółu odbiorców tej formy wsparcia.

Inne formy pomocy skierowane zostały bezpośrednio do 4.706 ofiar przemocy, zaś oddziaływania pośrednie objęły 8.719 osób w rodzinach, w których odnotowano występowanie tego problemu. Dominującą formę wsparcia w tym obszarze stanowiły działania terapeutyczne, skierowane do 2.412 osób (pośrednio 4.428) – programem ochrony ofiar przemocy objęto 575 osób jej doświadczających, zaś programami terapeutycznymi – 744 osoby.

Ponadto w 2012r. wypełniono 981 Niebieskich Kart, z czego 898 przekazano w dalszej kolejności instytucjom działającym na rzecz pokrzywdzonych.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie określa również szereg działań, które mogą być kierowane do sprawców, w celu zaniechania przez nich stosowania przemocy. W 2012r. podjęto 861 interwencji skierowanych do sprawców przemocy, polegających m.in. na odizolowaniu sprawcy przemocy od jej ofiary (63 przypadki, w tym 15 eksmisji z lokalu), wykonywanie prac społecznie użytecznych (26 osób), uczestnictwo w programach korekcyjno – edukacyjnych (530 osób).

Warto zauważyć przy tym, że działania interwencyjne, polegające na izolacji sprawców od ofiar przemocy poprzez ich eksmisję, to narzędzie, które w sposób marginalny wykorzystywane jest w celu poprawy bezpieczeństwa ofiar przemocy. Jeśli porównamy liczbę osób doświadczających przemocy, które musiały skorzystać z miejsc w placówkach całodobowego pobytu z liczbą eksmisji sprawców przemocy, otrzymamy wynik na poziomie niecałych 4%. Przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być zróżnicowane (nieuregulowany status czy wręcz brak tytułu własności do zamieszkiwanego lokalu, charakter przemocy, zaniechanie ze strony służb odpowiedzialnych za tego typu działania, niewystarczające regulacje prawne określające warunki zastosowania tego narzędzia itp.), jednakże warto monitorować sposób i okoliczności jego wykorzystywania w celu ochrony ofiar przemocy i ich rodzin, a szczególnie dzieci, jak również w celu ekonomizacji wydatków publicznych na ten cel.

Natomiast na podstawie analizy danych z Komendy Głównej Policji⁵⁸ można stwierdzić, że w 2011 roku w stosunku do 2010 roku spadła zarówno liczba interwencji domowych przeprowadzonych przez policjantów (o 0,3%), jak też liczba interwencji przeprowadzonych wobec przemocy w rodzinie, która jest tożsama z liczbą założonych Niebieskich Kart (o 15,1%). Spadła również liczba tych interwencji w miastach (o 17,1%) oraz na terenach wiejskich (o 12,3%). Średni udział procentowy niebieskich kart w ogólnej liczbie interwencji domowych na terenie kraju osiągnął w analizowanym okresie poziom 12,1%.

⁵⁸ *Sprawozdanie z realizacji przez jednostki organizacyjne Policji w 2011 roku procedury „Niebieskie Karty”, Komenda Główna Policji, 2012*

Tab.18. Liczba interwencji domowych ogółem oraz liczba interwencji dot. przemocy w rodzinie (NK)

Rok	Dane ogólnopolskie			Dane z KWP we Wrocławiu		
	Liczba interwencji domowych (ogółem)	Liczba interwencji dotycząca przemocy w rodzinie (Niebieskie Karty)	% NK	Liczba interwencji domowych (ogółem)	Liczba interwencji dotycząca przemocy w rodzinie (Niebieskie Karty)	% NK
2009	573.834	81.415	14,2 %	11.037	6.555	59,4 %
2010	586.062	83.488	14,2 %	10.340	5.304	51,3 %
2011	584.279	70.867	12,1 %	12.567	3.746	29,8 %

Źródło: Sprawozdanie z realizacji przez jednostki organizacyjne Policji w 2010 i 2011 roku procedury „Niebieskie Karty”, Komenda Główna Policji, 2011 i 2012

W roku 2011 ponad na terenie województwa dolnośląskiego zostało ujętych, w statystykach policji, jako ofiary przemocy 5.342 osoby (w tym 3.549 kobiet, 442 mężczyzn, małoletnich do lat 13 – 926 osób, a małoletnich od 13 do 18 lat – 425 osób).

W 2011 roku, analogicznie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najczęściej przemocy wobec osób najbliższych dopuszczali się mężczyźni, którzy stanowili 94,9% ogólnej liczby sprawców. O 17,1% spadła ogólna liczba sprawców zatrzymanych przez Policję w związku z przemocą w rodzinie. W liczbie sprawców przemocy będących pod wpływem alkoholu zaobserwowano spadek o 16,2%. Spadła także o 11,5% liczba sprawców przemocy w rodzinie przewiezionych do wytrzeźwienia do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych.

Tab.19 Liczba sprawców przemocy w rodzinie na terenie województwa dolnośląskiego

Rok	Dane z KWP we Wrocławiu					
	Liczba sprawców przemocy (ogółem)	Liczba sprawców przemocy (kobiety)	Liczba sprawców przemocy (mężczyźni)	Liczba sprawców przemocy (nieletni)	Liczba sprawców przemocy w rodzinie będących pod wpływem alkoholu	% sprawców będących pod wpływem alkoholu
2009	6.650	395	6.237	18	4.452	66,9 %
2010	5.379	282	5.079	18	3.662	68,1 %
2011	3.768	207	3.556	5	2.346	62,2 %

Źródło: Sprawozdanie z realizacji przez jednostki organizacyjne Policji w 2010 i 2011 roku procedury „Niebieskie Karty”, Komenda Główna Policji, 2011 i 2012

Na terenie województwa dolnośląskiego sytuacja wygląda podobnie jak w skali całego kraju, jednak dane przedstawiające liczbę sprawców, którzy są pod wpływem alkoholu od paru lat nie spadają poniżej 50 %.

Przekształcenia systemowe w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie generują potrzebę wspierania, szczególnie merytorycznego, podmiotów i instytucji, na których spoczywa obowiązek niwelowania skali występowania zjawiska przemocy w rodzinie, pomoc osobom pokrzywdzonym oraz oddziaływania korekcyjno – edukacyjne wobec sprawców przemocy. Istotnym wzmocnieniem w tym zakresie powinno być szczególnie podnoszenie kwalifikacji i umiejętności zawodowych osób, które w swej codziennej pracy mogą stykać się z problemem przemocy w rodzinie oraz tworzenie narzędzi i instrumentów pracy z ofiarami, świadkami i sprawcami przemocy.

Pomoc społeczna. System wsparcia i integracji społecznej

Liczba rodzin i osób objętych pomocą społeczną

Według danych sprawozdawczych Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego⁵⁹ w 2012r. świadczenia pomocy społecznej (niezależnie od ich rodzaju, formy, liczby czy źródła finansowania) przyznano 118.336 osobom. Świadczenia objęły swym zasięgiem 81.931 rodzin, w tym 27.421 rodzin zamieszkujących obszary wiejskie, co stanowiło 1/3 ogółu wspomaganych rodzin. Łączna liczba osób w rodzinach, które skorzystały ze świadczeń pomocy społecznej wyniosła 186.135 osób. Liczba ta stanowi 6,4% ogółu mieszkańców województwa dolnośląskiego, co oznacza, iż co 15. Dolnoślązak znalazł się w obszarze oddziaływania systemu pomocy społecznej. Świadczenia pieniężne stanowiły 61,8% ogółu świadczeń, zaś świadczenia niepieniężne 52,8%. Pracą socjalną objęto ponad połowę osób (58,4%) w rodzinach, które otrzymały świadczenia, w tym zawarto 5661 kontraktów socjalnych, którymi objęto 6965 osób. Pomoc przyznawana była najczęściej w ramach zadań własnych realizowanych przez samorządy lokalne.

Najwyższy odsetek beneficjentów systemu pomocy społecznej odnotowano w powiecie górowskim, w którym co 6. mieszkaniec znalazł się w polu oddziaływań wsparcia instytucjonalnego. Trudna sytuacja charakteryzowała również powiaty ząbkowicki, strzeliński i złotoryjski, w których co 10. osoba korzystała ze świadczeń pomocy społecznej. W najlepszym położeniu znajdowały się obszary cechujące się relatywnie wysokim potencjałem gospodarczym, jak Miasto Wrocław, Miasto Jelenia Góra czy też powiat lubiński, jak również obszary wokół Wrocławia (powiat wrocławski, średzki, oleśnicki, oławski), których mieszkańcy mogą korzystać z atutów wielkiego miasta. Szczegółowe informacje na temat proporcji mieszkańców danego powiatu objętych oddziaływaniem systemu pomocy społecznej przedstawia poniższa tabela.

⁵⁹ Sprawozdanie MPiPS-03 za I-XII 2012r.

Tab.20. Liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego objętych oddziaływaniem pomocy społecznej wg powiatów

Powiat	Liczba osób objętych oddziaływaniem systemu pomocy społecznej	liczba mieszkańców ogółem	odsetek mieszkańców objętych oddziaływaniem systemu pomocy społecznej
GÓROWSKI	5.761	36.625	15,7
ZĄBKOWICKI	6.990	68.334	10,2
STRZELIŃSKI	4.527	44.547	10,2
ZŁOTORYJSKI	4.557	45.432	10,0
MILICKI	3.571	37.467	9,5
WAŁBRZYSKI	16.402	177.604	9,2
WOŁOWSKI	4.315	47.708	9,0
LEGNICKI	4.942	54.825	9,0
JAWORSKI	4.713	52.356	9,0
POLKOWICKI	5.496	63.183	8,7
KŁODZKI	13.922	165.948	8,4
ŚWIDNICKI	13.406	161.737	8,3
JELENIOGÓRSKI	5.220	65.129	8,0
KAMIENNOGÓRSKI	3.552	45.487	7,8
LWÓWECKI	3.573	47.661	7,5
LUBAŃSKI	4.218	56.503	7,5
BOLESŁAWIECKI	6.742	90.420	7,5
ZGORZELECKI	6.926	93.801	7,4
m. Legnica	7.222	102.422	7,1
DZIERŻONIOWSKI	7.232	105.284	6,9
TRZEBNICKI	5.215	82.552	6,3
GŁOGOWSKI	5.668	90.386	6,3
OŁAWSKI	4.564	75.528	6,0
LUBIŃSKI	5.849	106.818	5,5
OLEŚNICKI	5.796	105.954	5,5
m. Jelenia Góra	4.230	82.846	5,1
ŚREDZKI	2.641	52.108	5,1
WROCLAWSKI	4.775	124.509	3,8
m. Wrocław	14.109	631.188	2,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych sprawozdawczych DUW i danych BDL – NSP 2011

Odnośząc powyższą analizę do poziomu gminy, wskazać należy, iż tylko 46 gmin na 169 (24,3%), charakteryzowało się niższym niż średnia dla województwa odsetkiem osób, objętych pomocą społeczną. Najlepsza sytuacja pod tym względem cechowała gminy: Długołęka (2,1%), Miasto Wrocław (2,2%), Twardogóra (2,5%), Kąty Wrocławskie (2,8%), Trzebnica (2,9%), Miękinia (3,2%) i Siechnice (3,3%). Natomiast najwyższy procent beneficjentów wsparcia instytucjonalnego odnotowano w gminach: Pęcław (22,1% ogółu mieszkańców), Jemielno (21,1%), Cieszków (17,0%), Złoty Stok (16,7%), Dobromierz (16,2%), Wąsosz (15,8%), Krośnice (15,6%), Góra (15,6%) i Czarny Bór (15,4%).

Wśród przyczyn przyznawania pomocy społecznej w 2012r. dominowały dwa powody: ubóstwo (50.791 rodzin – 62% ogółu rodzin, które otrzymały wsparcie instytucjonalne) oraz bezrobocie (47.922 rodziny – 58,5%). Problemy te od wielu lat stanowią główną podstawę ubiegania się o świadczenia. Istotnymi przesłankami były również

długotrwała lub ciężka choroba (27.152 rodziny – 33,1%), niepełnosprawność (25.925 rodzin – 31,6%), bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (14.817 rodzin – 18,1%) oraz alkoholizm (6.686 rodzin – 8,2%)⁶⁰. Pozostałe powody nie odgrywały aż tak znaczącej roli.

Analizując dane sprawozdawcze odnośnie przyznawania pomocy instytucjonalnej, na przestrzeni ostatnich kilku lat można obserwować stopniowe zmniejszanie się liczby osób, które ją otrzymały. Wydaje się jednak, że główne przyczyny takiego stanu rzeczy to pozostawienie kwot kryteriów dochodowych uprawniających do otrzymania pomocy przez długi czas bez waloryzacji, co powodowało, że część osób potrzebujących nie mogła otrzymać wsparcia ze względu na osiągnięcie zbyt wysokich dochodów oraz zmiany systemowe. W ostatnich latach część zadań, które określone były w ustawie o pomocy społecznej, zostały wyodrębnione w innych aktach prawnych i prowadzona sprawozdawczość przestała je uwzględniać w raportach zbiorczych.

Wydatki na zadania związane z realizacją zadań z zakresu pomocy społecznej

Gminy i powiaty realizują wiele działań z obszaru szeroko pojmowanej pomocy społecznej, które zostały określone w zapisach szeregu ustaw. Wśród podstawowych aktów prawnych wyznaczających zakres problemowy oraz odpowiedzialność organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego za organizację i realizację zadań w obszarze pomocy społecznej wymienić należy:

- ustawę z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (j.t. Dz.U. 2013 poz. 182 ze zm.)
- ustawę z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (j.t. Dz.U. 2013 poz. 135 ze zm.)
- ustawę z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (j.t. Dz.U. 2006, nr 139 poz. 992 ze zm.)
- ustawę z dnia 7 września 2007r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (j.t. Dz.U. z 2012r. poz. 1228 ze zm.)
- ustawę z dnia 29 lipca 2009r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2005 Nr 180 poz. 1943 ze zm.)
- ustawę z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t. Dz.U. z 2011r. Nr 127 poz. 721 ze zm.)
- ustawę z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (j.t. Dz.U. z 2012r. poz. 1356)
- ustawę z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (j.t. Dz.U. z 2012r. poz. 124)
- ustawę z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. 2003, nr 122 poz. 1143 ze zm.)

⁶⁰ Podstawą przyznania świadczenia rodzinie może być więcej niż jeden powód. Szczególna jest w tym kontekście sytuacja ubóstwa, które nie może stanowić samoistnej przesłanki do przyznania pomocy, lecz musi być powiązane z inną przyczyną uprawniającą do starania się o otrzymanie pomocy instytucjonalnej, wymienioną w ustawie o pomocy społecznej.

Rozległość problemowa działań w obszarze pomocy społecznej, podejmowanych przez gminy i powiaty zarówno w formie zadań własnych, finansowanych głównie ze środków własnych samorządów, jak i zadań zleconych finansowanych ze środków pochodzących z budżetu państwa, jak również potrzeby w tym zakresie, sprawiają, że wydatki na pomoc społeczną stanowią ponad 10%⁶¹ ogółu wydatków ponoszonych przez samorząd terytorialny szczebla gminnego i powiatowego.

Tab.21. Środki finansowe na wydatki pomocy społecznej (zadania własne i zadania zlecone) – w zł

WYSZCZEGÓLNIENIE	Lata poprzednie		Rok 2012	Potrzeby	
	Rok 2010	Rok 2011		Rok 2013	Rok 2014
OGÓŁEM					
OGÓŁEM	1.538.698.556	1.549.251.477	1.692.913.712	1.718.449.202	1.702.012.420

Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w gminach i powiatach województwa dolnośląskiego w 2012 roku, DOPS

Na podstawie danych zawartych w tabeli stwierdzić można, że wydatki na pomoc społeczną w poszczególnych latach systematycznie rosną, średnio o około 1% rocznie, oscylując wokół 1,7 miliarda zł. Największy udział w wydatkach budżetowych mają świadczenia rodzinne, świadczenia z funduszu alimentacyjnego oraz składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe z ubezpieczenia społecznego, stanowiąc 35% ogółu wydatków w latach 2012-2013 i 34% w roku 2014. Wśród znaczących nakładów finansowych wymienić można również wydatki na:

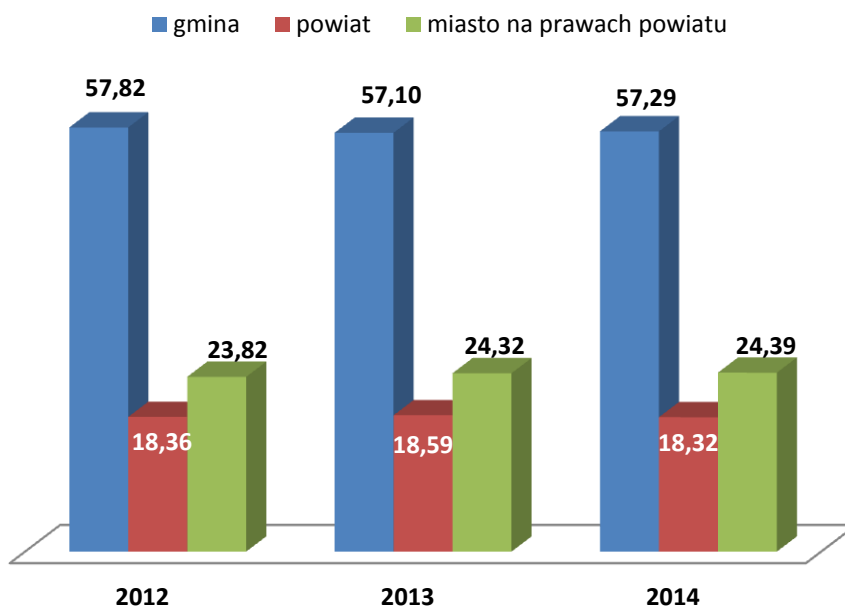
- domy pomocy społecznej – 13% (2012) i 14% (2013 i 2014),
- utrzymanie ośrodka pomocy społecznej – 11% (2012-2014),
- zasiłki i pomoc w naturze oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – 6% (2012-2014),
- placówki opiekuńczo – wychowawcze – 5% (2012-2014)
- rodziny zastępcze – 5% (2012-2014)
- dodatki mieszkaniowe – 4% (2012-2014)
- zasiłki stałe – 3% (2012-2014)
- środki na pozostałą działalność, w tym kluby integracji społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, prace społecznie użyteczne, wkład własny gminy w program „Pomoc państwa w zakresie dożywiania” – 3% (2012-2014)
- usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze – 2% (2012-2014)
- przeciwdziałanie alkoholizmowi – 2% (2012-2014)
- żłobki – 2% (2012-2014).

Ponad połowa wydatków systemu pomocy społecznej ponoszonych w województwie dolnośląskim to wydatki samorządów gminnych – około 57%. Znaczący udział w strukturze kosztów posiadają również miasta na prawach powiatu, realizujące zarówno zadania gminy jak i zadania powiatu. Trzy samorzady – Wrocław, Jelenia Góra i Legnica ponoszą około ¼ ogółu wydatków przeznaczanych na pomoc społeczną. Wydatki powiatów na realizację

⁶¹ Obliczenia własne na podstawie danych BDL

zadań z zakresu pomocy społecznej to około 1/5 ogółu wydatków ponoszonych w tym obszarze w województwie dolnośląskim (por. wykres 21 poniżej).

Wykres 21. Struktura wydatków na zadania realizowane w ramach polityki społecznej przez samorzady gminne i powiatowe



Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w gminach i powiatach województwa dolnośląskiego w 2012 roku, DOPS

Niemal połowa środków finansowych przeznaczanych przez gminy na zadania z zakresu pomocy społecznej wydatkowana jest na przyznawanie i wypłatę świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego oraz składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe z ubezpieczenia społecznego (50% - 2012; 49% - 2013, 48% - 2014). Spośród innych działań gminy istotne obciążenie dla ich budżetów stanowią wydatki na zasiłki i pomoc w naturze oraz składki na ubezpieczenia społeczne i emerytalne – 8% (2012) i 9% (2013-2014), domy pomocy społecznej – 4% (2012) i 5% (2013-2014), zasiłki stałe – 4% (2012-2013) i 5% (2014), dodatki mieszkaniowe – 4% (2012 i 2014) i 5% (2013), wydatki na pozostałą działalność, w tym kluby integracji społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, prace społecznie użyteczne, wkład własny gminy w program „Pomoc państwa w zakresie dożywiania” – 4% (2012-2014), przeciwdziałanie alkoholizmowi, usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, żłobki, pomoc materialna dla uczniów – po 2% ogółu wydatków gmin (2012-2014). Utrzymanie ośrodka pomocy społecznej stanowiło 13% ogółu kosztów ponoszonych przez gminy na zadania z zakresu pomocy społecznej.

Wśród nakładów finansowych przeznaczanych na zadania z zakresu pomocy społecznej realizowane przez miasta na prawach powiatu, podobnie jak w gminach, dominują wydatki na świadczenia rodzinne, stanowiąc ponad ¼ (28%) ogółu wydatków. Pozycję kolejną zajmują wydatki na domy pomocy społecznej – 11% w 2012r. i 13% w latach 2013-2014. Budżet tych jednostek obciążają również wydatki na placówki opiekuńczo – wychowawcze – 9% (2012) i 8% (2013-2014), zasiłki i pomoc w naturze – 5% (2012-2014),

usługi opiekuńcze – 5% (2012 i 2014), 4% (2013), dodatki mieszkaniowe – 5% (2012 i 2014), 4% (2013), rodziny zastępcze – 4% (2012-2014), przeciwdziałanie alkoholizmowi – 4% (2012-2014), zasiłki stałe – 3% (2012-2013), 4% (2014), żłobki – 2% (2012), 3% (2013-2014)

Wśród wydatków powiatu na zadania pomocy społecznej dominują wydatki na domy pomocy społecznej, stanowiąc niemal połowę ogółu kosztów przeznaczanych na pomoc społeczną – 43% (2012 i 2014), 45% (2013), wydatki związane z organizacją pieczy zastępczej – na rodziny zastępcze – 18% (2012-2013) i 19% (2014), placówki opiekuńczo – wychowawcze – 16% (2012-2014) oraz wydatki związane z realizacją zadań na rzecz osób niepełnosprawnych – rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych – 4% (2012), 3% (2013-2014), pochodzących z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – 9% (2012), 8% (2013-2014) oraz zespoły orzekania o niepełnosprawności – 2% (2012 i 2014), 1% (2013).

Zasoby instytucjonalne systemu pomocy i wsparcia⁶²

Instytucje pomocy społecznej spełniają szereg istotnych funkcji, odgrywając ważną rolę zarówno w życiu społeczności lokalnej, świadcząc usługi społeczne stanowiące odpowiedź na występujące potrzeby, jak i nadając kształt lokalnemu systemowi pomocy społecznej. Wśród podstawowych funkcji instytucji pomocy społecznej wskazać można funkcję organizacyjną, wspierającą oraz integracyjną.

Instytucje pełniące funkcję organizacyjną odpowiedzialne są za zorganizowanie, monitorowanie oraz nadzorowanie lokalnego systemu pomocy społecznej odpowiednio na poziomie gminy, powiatu czy województwa. Wśród nich wymienić można ośrodki pomocy społecznej odpowiadające za realizację zadań z zakresu pomocy społecznej na szczeblu gminy, powiatowe centra pomocy rodzinie na poziomie powiatu oraz regionalne ośrodki polityki społecznej na poziomie województwa samorządowego.

Główną funkcją instytucji wspierających jest dostarczanie oparcia dla osób, które w sposób stały lub przejściowy nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w społeczności lokalnej i wymagają asysty w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych oraz podejmowanie interwencji w sytuacjach kryzysowych. Instytucjami tego typu są m.in. domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy społecznej, mieszkania chronione, ośrodki wsparcia, ośrodki interwencji kryzysowej, jednostki specjalistycznego poradnictwa, placówki wsparcia dziennego czy placówki opiekuńczo – wychowawcze.

Funkcję integracyjną wypełniają głównie instytucje, których podstawowym zadaniem jest aktywizacja, odbudowa więzi społecznych, reintegracja społeczna i zawodowa, a celem ich działania jest usamodzielnienie i uniezależnienie się osoby korzystającej z pomocy społecznej od systemu. Wśród tego typu instytucji wskazać można centra i kluby integracji społecznej, warsztaty terapii zajęciowej oraz zakłady aktywności zawodowej.

⁶² Rozdział powstał w oparciu o informacje zawarte w *Ocenie Zasobów Pomocy Społecznej w gminach i powiatach Województwa Dolnośląskiego w 2012r.*, przygotowanej przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej.

Szczegółowe informacje na temat liczby placówek pomocy i wsparcia funkcjonujących w województwie dolnośląskim oraz liczby miejsc i osób korzystających w latach 2010 – 2012 oraz prognozy na lata 2013-2014 prezentuje poniższa tabela.

Tab.22. Zasoby instytucjonalne pomocy i wsparcia w województwie dolnośląskim

WYSZCZEGÓLNIENIE	Lata poprzednie		Rok 2012	Potrzeby	
	Rok 2010	Rok 2011		Rok 2013	Rok 2014
DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ					
Liczba placówek	56	55	58	58	58
Liczba miejsc	5 739	5 687	5 874	5 843	5 843
Liczba osób korzystających	6 049	6 048	6 213	6 115	6 124
OŚRODKI WSPARCIA - OGÓŁEM					
Liczba placówek	106	103	110	111	121
Liczba miejsc	7 071	6 758	6 460	6 478	6 744
Liczba osób korzystających	12 066	10 232	9 164	9 178	9 503
W TYM:					
ŚRODOWISKOWE DOMY SAMOPOMOCY					
Liczba placówek	33	34	38	39	43
Liczba miejsc	1 032	1 057	1 184	1 235	1 385
Liczba osób korzystających	1 046	1 069	1 175	1 478	1 643
DZIENNE DOMY POMOCY					
Liczba placówek	18	20	20	20	21
Liczba miejsc	1 237	1 158	1 146	1 156	1 201
Liczba osób korzystających	2 002	1 950	1 932	1 960	2 011
NOCLEGOWNIE, SCHRONISKA I DOMY DLA OSÓB BEZDOMNYCH					
Liczba placówek	27	26	27	28	30
Liczba miejsc	1 244	1 131	1 258	1 312	1 337
Liczba osób korzystających	4 754	3 310	2 118	2 079	2 102
KLUBY SAMOPOMOCY					
Liczba placówek	1	2	2	3	6
Liczba miejsc	60	70	65	75	125
Liczba osób korzystających	60	70	65	75	125
RODZINNE DOMY POMOCY					
Liczba placówek	0	0	0	1	4
Liczba miejsc	0	0	0	5	28
Liczba osób korzystających	0	0	0	5	28
MIESZKANIA CHRONIONE OGÓŁEM					
Liczba placówek	18	24	31	43	49
Liczba miejsc	161	202	223	247	268
Liczba osób korzystających	161	249	235	260	278
OŚRODKI INTERWENCJI KRYZYSOWEJ OGÓŁEM					
Liczba placówek	17	15	16	18	18
Liczba miejsc	600	651	560	621	691
Liczba osób korzystających	5 312	4 852	5 032	5 194	5 330
JEDNOSTKI SPECJALISTYCZNEGO PORADNICTWA					
Liczba placówek	7	8	10	10	11
Liczba osób korzystających	4 548	5 062	5 428	5 321	5 425

DZIENNE PLACÓWKI WSPARCIA					
Liczba placówek	43	34	32	37	42
Liczba miejsc	2 052	2 005	1 322	1 447	1 562
Liczba osób korzystających	2 615	2 514	1 531	1 673	1 845
PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE OGÓŁEM					
Liczba placówek	109	100	89	95	95
Liczba miejsc	3 445	3 302	2 414	2 280	2 280
Liczba osób korzystających	4 675	4 364	3 334	3 073	3 044
W tym: PLACÓWKI TYPU RODZINNEGO					
Liczba placówek	40	38	36	36	36
Liczba miejsc	265	245	301	287	285
Liczba osób korzystających	309	277	386	345	346
CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ					
Liczba placówek	2	2	3	7	8
Liczba uczestników zajęć	361	465	494	665	578
KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ					
Liczba placówek	7	10	9	12	10
Liczba uczestników zajęć	269	411	366	385	383
WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ					
Liczba placówek	42	44	45	45	45
Liczba uczestników zajęć	1 435	1 515	1 560	1 562	1 577
ZAKŁAD AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ					
Liczba placówek	3	3	3	4	5
Liczba uczestników zajęć	169	170	170	215	265

U W A G A : W odniesieniu do ZAZ-ów wg informacji pochodzących z baz danych będących w posiadaniu Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej na terenie województwa w 2012 r. funkcjonowały 4 placówki tego typu. W tabeli pozyskanej z systemu OZPS/SAC w odniesieniu do ZAZ-ów istnieje rozbieżność z danymi rzeczywistymi, bowiem w 2012 r. wykazane są 3 podmioty, co może świadczyć o tym, iż placówki prowadzone przez organizacje pozarządowe nie zostały w systemie uwzględnione.

Analizując powyższe dane wskazać można na rosnące zapotrzebowanie na niemal wszystkie rodzaje placówek realizujące funkcje wspierające i integracyjne. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej wskazywały na rosnące potrzeby w odniesieniu do:

- ośrodków wsparcia – ze 110 w roku 2012 do 121 w roku 2014
- rodzinnych domów pomocy – z 0 w 2012 do 4 w 2014 roku
- mieszkań chronionych – z 31 w 2012r. do 49 w 2014r.
- ośrodków interwencji kryzysowej – z 16 w 2012r. do 18 w 2014r.
- jednostek specjalistycznego poradnictwa – z 10 w 2012r. do 11 w 2014r.
- dziennych placówek wsparcia – z 32 w 2012r. do 42 w 2014r.
- centrów integracji społecznej – z 3 w 2012r. do 8 w 2014r.
- klubów integracji społecznej – z 9 w 2012r. do 10 w 2014r.
- zakładów aktywności zawodowej – z 3 w 2012r. do 5 w 2014r.

Jednostki organizacyjne pomocy społecznej nie wskazywały rosnącego zapotrzebowania na warsztaty terapii zajęciowej – w 2012r. funkcjonowało 45 placówek tego typu.

Niezmienna, w porównaniu z rokiem 2012, pozostaje także liczba domów pomocy społecznej (58 placówek), co w obliczu postępującego procesu starzenia się społeczeństwa może wydawać się zaskakujące. Być może wyjaśnienia takiego stanu rzeczy szukać można w coraz sprawniejszym systemie usług środowiskowych kierowanych do tej kategorii odbiorców, co powoduje, iż do domów pomocy społecznej kierowane są głównie te osoby, którym niesamodzielność nie pozwala już na funkcjonowanie w swoim środowisku zamieszkania. Dodatkowo, planowane zmiany w systemie opieki nad osobami niesamodzielnymi mogą otworzyć nowe możliwości przed sektorem prywatnym, który może stać się cennym wzmocnieniem usług świadczonych przez instytucje publiczne.

Pewien niepokój budzić może natomiast rosnąca liczba placówek opiekuńczo – wychowawczych (z 89 w 2012r. do 95 w 2014r.), co kłóci się z ideą upowszechniania rodzinnej opieki zastępczej i odchodzenia od instytucjonalnych form pieczy zastępczej nad dziećmi. Być może jest to efekt przekształceń dokonywanych w systemie pieczy zastępczej czy też reorganizacja już istniejących placówek w celu zmniejszenia liczby dzieci je zamieszkujących, jednakże warto tę kwestię poddać pogłębionym analizom.

Kierunek zmian wskazuje na przykładanie przez samorządy coraz większej wagi do usług środowiskowych, będących alternatywą dla placówek stacjonarnych ze względów ekonomicznych (niższe koszty świadczenia usług), ale przede wszystkim ze względów społecznych – funkcjonowanie jednostki w społeczności lokalnej przeciwdziała negatywnym skutkom, takim jak izolacja, osamotnienie oraz instytucjonalizacja będąca często udziałem osób przebywających w placówkach stacjonarnych. Można uznać, iż trend ten stanowi również wyraz upowszechniania wartości aktywnej polityki społecznej i działań podejmowanych w jej ramach.

Pomoc społeczna – zasoby kadrowe

Według danych sprawozdawczych DUW w 2012r. w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej w województwie dolnośląskim zatrudnionych było 8014 osób – 7667,2 w przeliczeniu na pełne etaty.

Spośród wszystkich osób zatrudnionych w systemie pomocy społecznej najliczniej reprezentowaną kategorią byli pracownicy ośrodków pomocy społecznej – 3724 osoby, stanowiąc niemal połowę ogółu pracujących (46,5%). Na drugiej pozycji znajdowali się pracownicy domów pomocy społecznej, z liczbą 3184 osoby przedstawiając sobą 39,7% ogółu zatrudnionych. W dalszej kolejności wymienić należy pracowników ośrodków wsparcia (522 osoby), którzy pod względem liczebności stanowili 6,5% kadry służb społecznych oraz powiatowych centrów pomocy rodzinie – 5,7% (455 osób). Stan zatrudnienia w pozostałych instytucjach pomocy i integracji społecznej nie przekraczał kilkudziesięciu osób. I tak regionalny ośrodek polityki społecznej zatrudniał 75 osób, ośrodki interwencji kryzysowej oraz służby wojewody realizujące zadania z zakresu pomocy społecznej – po 27 osób, a kluby integracji społecznej – 3 osoby.

Wśród 3724 pracowników OPS zaangażowanych w realizację zadań gminy z zakresu pomocy społecznej 5,6% ogółu zatrudnionych (210 osób) pełniło funkcje kierownicze, na

stanowisku pracownika socjalnego zatrudnionych były 1432 osoby, co stanowiło 38,5% ogółu, kolejną pod względem liczebności kategorią pracowników OPS byli pracownicy wykonującą usługi opiekuńcze (277 osób – 7,4%) i specjalistyczne usługi opiekuńcze – 36 osób (1%). Pozostali pracownicy, w tym aspiranci pracy socjalnej, konsultanci, obsługa prawna, informatyczna, księgowo, administracyjno – biurowa, stanowili 47% personelu OPS.

Kadra Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie w 2012r. liczyła 455 pracowników, w tym 64 (14,1%) osób na stanowiskach kierowniczych, 125 pracowników socjalnych (27,5%), 14 specjalistów pracy z rodziną (3,1%), w tym 5 na stanowisku starszego specjalisty pracy z rodziną. Pozostali pracownicy w liczbie 250 osób, stanowili 54% ogółu zatrudnionych w PCPR.

W pozostałych placówkach realizujących zadania z zakresu pomocy społecznej w województwie dolnośląskim zatrudnionych było 3736 osób, z tego 3184 osoby pracowały w domach pomocy społecznej, 522 w ośrodkach wsparcia, 27 w ośrodkach interwencji kryzysowej oraz 3 w klubach integracji społecznej.

Dokonując diagnozy zasobów kadrowych systemu pomocy społecznej, warto skupić się szczególnie na pracownikach socjalnych jako na podstawowym ogniwie łączącym system pomocy społecznej z osobami potrzebującymi wsparcia oraz społecznościami lokalnymi. W procesie profesjonalnego pomagania pracownik socjalny przyjmuje na siebie szereg różnych ról – wśród głównych należy wymienić funkcje planisty, badacza, administratora, konsultanta, adwokata, mediatora, terapeuty, pośrednika, doradcy, nauczyciela⁶³ czy animatora. Poprzez owe funkcje pracownik socjalny realizuje cele pracy socjalnej, skupione wokół kwestii wsparcia jednostek, rodzin i grup w przewyżczeniu ich trudnej sytuacji życiowej, dążenia do ich usamodzielnienia i samowystarczalności w zaspokajaniu potrzeb życiowych oraz integracji społecznej, skutkujące harmonijnym rozwojem społeczności lokalnej jako całości.

Wyodrębniając kluczowe sfery działalności pracowników socjalnych wymienić wśród nich należy⁶⁴:

- „kwestie ubóstwa i mechanizmy materialnego wsparcia w programach walki z biedą oraz przywracania ekonomicznej samodzielności;
- przeciwdziałanie wadom rozwojowym;
- przeciwdziałanie uzależnieniom od alkoholu i innych używek;
- praca z ludźmi mającymi trudności psychiczne;
- działanie w służbie zdrowia;
- identyfikowanie i dążenie do pomocy w zaspokajaniu potrzeb dzieci, młodzieży, rodzin problemowych;
- współtworzenie służb i usług dla dzieci, ludzi młodych oraz rodzin dotkniętych poszczególnymi problemami;

⁶³ Por. M. Łuczyńska, *Instytucja pomocy społecznej*, [w:] T. Kaźmierczak, M. Łuczyńska, *Wprowadzenie do pomocy społecznej*, Katowice 1998, s. 85-89

⁶⁴ K. Frysztański, *Pomoc człowiekowi – welfare – praca socjalna*, [w:] *Socjologia i polityka społeczna a aktualne problemy pracy socjalnej*, (red.) K. Wódcz, K. Piątek, Toruń 2004, s. 29-30

- działanie w sferze walki z przestępczością oraz społecznej resocjalizacji;
- praca socjalna w instytucjach pracy i w środowiskach zawodowych;
- wiejska praca socjalna;
- praca socjalna zorientowana na szczególne okoliczności życia oraz potrzeby ludzi starszych”;
- pobudzanie i wzmacnianie potencjału społeczności lokalnych sprzyjające integracji społecznej i ukierunkowane na ich harmonijny rozwój, praca socjalna oparta na zasobach i wykorzystywaniu potencjału endogenicznego społeczności lokalnych.

Zarówno szerokie spektrum działalności, jak i szereg funkcji, jakie w toku swej aktywności zawodowej pełnią pracownicy socjalni wskazują, że jest to profesja szczególna, wymagająca wieloaspektowej wiedzy, zróżnicowanych kwalifikacji i umiejętności oraz nastawienia na stały i systematyczny rozwój profesjonalnego warsztatu pracy. Jest to również specjalność, która, jak wiele zawodów opartych na pracy w relacji z drugim człowiekiem, niesie ryzyko wypalenia zawodowego. Dlatego też biorąc pod uwagę zasadę subsydiarności, zgodnie z którą zdecydowana większość zadań pomocy społecznej ukierunkowanych na zaspokajanie przez jednostki i rodziny niezbędnych potrzeb życiowych realizowana jest w gminach, jak również uwzględniając charakter pracy pracowników socjalnych, w ustawie o pomocy społecznej określono niezbędny limit zatrudnienia pracowników socjalnych w ośrodkach pomocy społecznej. Zgodnie z obowiązującym brzmieniem zapisów art. 110 pkt 11 w/w ustawy *ośrodek pomocy społecznej zatrudnia pracowników socjalnych proporcjonalnie do liczby ludności gminy w stosunku 1 pracownik socjalny na 2 tys. mieszkańców, nie mniej jednak niż trzech pracowników*. Jednakże w sytuacji wzrostu ilości zadań realizowanych przez gminy, stopniowego ukierunkowywania się pomocy społecznej na aktywne formy pracy z klientem, co zwiększa zaangażowanie i czas poświęcany przez pracowników socjalnych wspieranym osobom czy rodzinom, jak również skala występowania i natężenia problemów w danej społeczności lokalnej powodują, że taka delimitacja niezbędnej liczby pracowników socjalnych nie zawsze odpowiada rzeczywistym potrzebom danej gminy. Stąd też, wychodząc naprzeciw codziennym wyzwaniom pracy ośrodków pomocy społecznej, znowelizowano ustawę o pomocy społecznej w następujący sposób: *11. Ośrodek pomocy społecznej zatrudnia pracowników socjalnych proporcjonalnie do liczby ludności gminy w stosunku jeden pracownik socjalny zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy na 2000 mieszkańców lub proporcjonalnie do liczby rodzin i osób samotnie gospodarujących, objętych pracą socjalną w stosunku jeden pracownik socjalny zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy na nie więcej niż 50 rodzin i osób samotnie gospodarujących. 12. Ośrodek pomocy społecznej zatrudnia w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż 3 pracowników socjalnych.* Nowe zapisy obowiązywać będą od 1 stycznia 2015r.

Analizując sytuację gmin w kontekście obowiązujących przepisów dotyczących liczby pracowników socjalnych, na podstawie danych statystycznych pochodzących ze sprawozdań DUW z 2012r. należy stwierdzić, iż w niemal połowie dolnośląskich gmin (74 ops – 43,8% ogółu) standard zatrudnienia określony w ustawie o pomocy społecznej nie został osiągnięty. Spośród 74 gmin, w których na 1 pracownika przypadało więcej niż 2000 mieszkańców, w 20

ośrodkach pomocy społecznej obciążenie pracownika socjalnego przekroczyło liczbę 2500 mieszkańców. Powyżej 3000 mieszkańców przypadało na 1 pracownika socjalnego w gminach: Kąty Wrocławskie, Żórawina, Marcinowice, Bierutów, gmina wiejska Bolesławiec, Bolków, Twardogóra i Bardo. W celu osiągnięcia standardu zatrudnienia w ośrodkach pomocy społecznej w województwie dolnośląskim należałoby zatrudnić dodatkowo 171 pracowników socjalnych, co oznacza potrzebę zwiększenia zasobu kadrowego o ponad 10%.

Warto podkreślić, iż liczba pracowników socjalnych pracujących w ośrodkach pomocy społecznej systematycznie wzrasta. W ciągu 6 lat – od roku 2007 do 2012 nastąpił przyrost zatrudnienia tej kategorii pracowników o 172 osoby, co w odniesieniu do stanu z 2007r. oznacza zwiększenie kadry pracowników socjalnych o ponad 13%. Sytuacja taka jest przede wszystkim rezultatem korzystania ze środków UE, a zwłaszcza wykorzystywania możliwości, jakie otworzyły się przed samorządami lokalnymi dzięki projektom systemowym.

Biorąc pod uwagę niezaspokojone potrzeby kadrowe w obszarze pracy socjalnej, można przyjąć, iż przy utrzymaniu dotychczasowego tempa wzrostu zatrudnienia, osiągnięcie standardu określonego w ustawie o pomocy społecznej zajęłoby gminom około 6-7 lat. Warto przy tym jednakże uwzględnić zagrożenie, jakim może być stopniowe ograniczanie funduszy unijnych wspierających zatrudnienie w systemie pomocy społecznej, co może przyczynić się do zahamowania tempa wzrostu.

Kolejną istotną kwestią, poza liczebnością kadr służb społecznych, jest ich jakość, czyli posiadane kwalifikacje i umiejętności. Wykonywanie zawodu pracownika socjalnego wiąże się ze zdobyciem odpowiedniego, określonego w ustawie, wykształcenia kierunkowego, zaś awans zawodowy ze zdobyciem określonych w ustawie stopni specjalizacji w zawodzie pracownika socjalnego (I i II stopień specjalizacji oraz specjalizacja z zakresu organizacji pomocy społecznej, stanowiąca wymóg pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej). Na podstawie danych OZPS z 2012r. stwierdzić można, iż kadra pomocy społecznej systematycznie podnosi swe profesjonalne umiejętności i poziom wiedzy:

- z roku na rok wzrasta liczba osób legitymujących się wykształceniem wyższym. W 2012r. 87% kadry kierowniczej, 56% pracowników socjalnych i 52% pracowników administracyjnych posiadało wykształcenie wyższe. Prognozy wskazują na dalszy wzrost tego wskaźnika w latach kolejnych.
- powoli rośnie liczba osób posiadających specjalizację I i II stopnia w zawodzie pracownika socjalnego. W 2012r. 34% pracowników socjalnych posiadało specjalizację I stopnia, a 4% specjalizację II stopnia w zawodzie pracownik socjalny. Ponadto ponad 91,3% kadry kierowniczej posiadało specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej.

Uzupełnieniem tych działań jest realizacja przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej od 2007r. „Projektu systemowego DOPS w zakresie podnoszenia kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej”, którego celem nadrzędnym jest wzmocnienie potencjału kadr instytucji pomocy i integracji społecznej na Dolnym Śląsku poprzez podnoszenie ich kompetencji zawodowych w pozaszkolnych formach kształcenia. Do końca 2012r. w

różnorodnych działaniach edukacyjnych uczestniczyło 4607⁶⁵ osób pracujących w obszarze pomocy i integracji społecznej, mogąc podnosić swe profesjonalne kwalifikacje i umiejętności.

W obliczu szeregu wyzwań, stojących przed pracownikami socjalnymi w ich życiu zawodowym oraz dużej odpowiedzialności za drugiego człowieka, jaką cechuje się ich praca, konieczne jest systematyczne kształtowanie profesjonalnego warsztatu pracownika socjalnego. Samorządy gminy i powiatu w sposób ograniczony będą mogły samodzielnie sprostać temu zadaniu, stąd też konieczność wzmocnienia i koordynowania procesu profesjonalizacji kadr służb społecznych z poziomu regionu, szczególnie, iż taka rola została przypisana samorządowi województwa w ustawie o pomocy społecznej. Istotnym wsparciem w dotychczasowych działaniach związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych kadr pomocy i integracji społecznej w województwie dolnośląskim były fundusze unijne. Problem z realizacją tego zadania może pojawić się w sytuacji znacznego lub całkowitego zaniku dofinansowania ze środków UE.

⁶⁵ Uczestnik projektu systemowego jest ujmowany w systemie sprawozdawczym tylko jeden raz, niezależnie od tego, w ilu przedsięwzięciach edukacyjnych brał udział.

Aktywność społeczna Dolnoślązaków

Badania społeczne o charakterze ogólnopolskim ukazują, że kondycja społeczeństwa obywatelskiego na Dolnym Śląsku nie odbiega od przeciętnej krajowej (zwłaszcza w zakresie zaufania w sferze prywatnej i publicznej, zaangażowania na rzecz wspólnoty lokalnej, udziału w zebraniach publicznych), choć możliwość przeprowadzania międzywojewódzkich porównań jest bardzo ograniczona.

Analiza aktywności obywatelskiej w zakresie udziału w wyborach powszechnych ukazuje, że w odniesieniu do wszystkich typów wyborów powszechnych, poza samorządowymi, frekwencja w województwie dolnośląskim kształtowała się mniej więcej na poziomie średnim dla całego kraju⁶⁶.

Pod względem frekwencji w I turze wyborów prezydenckich w 2010 r. województwo dolnośląskie zajęło ósmą pozycję. Frekwencja na Dolnym Śląsku – 53,6%, była niższa niż frekwencja dla całego kraju – 54,4%. Na wynik całego województwa złożyły się dość spójne frekwencje poszczególnych podregionów, które mieściły się w przedziale od 49% do 50% – jedynie we Wrocławiu przekroczyła 60%.

Frekwencja w wyborach parlamentarnych w 2011 r. wyniosła 47,7% i była nieco poniżej frekwencji dla całego kraju (48,92%) – dało to województwu dolnośląskiemu siódme miejsce w kraju. Zestawienie zróżnicowań podregionalnych pokazuje, że najwyższa frekwencja była w mieście Wrocław (59,8%). Pozostałe podregiony uzyskały znacznie niższe wyniki: legnicko-głogowski – 44,9%, wrocławski – 44,5%, jeleniogórski – 43,1%, wałbrzyski – 42,4%. Wrocław dominował również pod względem frekwencji nad pozostałymi miastami na prawach powiatu – frekwencja w mieście Jelenia Góra i mieście Legnica były o ok. 10 punktów procentowych niższa. Wyniki wyższe niż średnia dla województwa uzyskały powiaty: wrocławski (50,5%), lubiński (50,2%), głogowski (49,3%) i oławski (48,4%); najniższe, wynoszące mniej niż 40% – odnotowano w powiatach: ząbkowickim, lwóweckim i górowskim.

Pod względem frekwencji w wyborach samorządowych w roku 2010 województwo dolnośląskie uplasowało się dopiero na trzynastym miejscu w kraju z wynikiem 45,2%. Największą frekwencję w zestawieniu subregionów Dolnego Śląska uzyskał podregion wrocławski (48,9%), nieco niższą subregiony: legnicko-głogowski (47,9%) oraz jeleniogórski (47,6%), czwarty wynik uzyskał podregion wałbrzyski (45,2%). W mieście Wrocław frekwencja wyniosła jedynie 39,4% co było wynikiem znacznie odbiegającym od pozostałych podregionów.

Frekwencja w wyborach do parlamentu EU w 2009 roku w województwie dolnośląskim wynosiła 23,9%, co dało szóstą pozycję w zestawieniu województw. Frekwencja ogólna dla województwa została znacznie zawyżona przez miasto Wrocław, w którym wyniosła 35,2%. Pozostałe subregiony uzyskały zbliżone wyniki – w przedziale 20-20,5%. Największym zaufaniem mieszkańców województwa dolnośląskiego cieszą się organizacje charytatywne, którym ufa aż 75% spośród nich. W następnej kolejności zbliżonym odsetkiem

⁶⁶ „Obywatele Dolnego Śląska w działaniu. Analiza kondycji sfery obywatelskiej mieszkańców Dolnego Śląska”, Raport z badań opracowany przez Centrum Monitoringu Społecznego i Kultury Obywatelskiej, Wrocław 2011

ufających respondentów cieszą się: Prezydent RP, któremu ufa 66% badanych; media komercyjne – 65,7%; kościół rzymskokatolicki w Polsce – 65,5%; media publiczne – 64,5%; władze lokalne – Prezydent lub Burmistrz – 63,8% oraz policja – 63,7%. Nieco rzadziej Dolnoślązacy ufają organom samorządu lokalnego, tj. Radzie Miasta lub Gminy – 59,3% oraz Instytucjom Unii Europejskiej – 57,3%. Niewiele mniej niż połowa badanych wyraża zaufanie wobec: Marszałka Województwa Dolnośląskiego – 47% respondentów, sądów – 46,3%, Sejmiku Województwa Dolnośląskiego – 45,3%, Rządu RP – 45% oraz prokuratury – 43,3%. Jeszcze mniejszym zaufaniem cieszą się związki zawodowe, którym ufa 38% respondentów oraz Sejm i Senat – 37%; zdecydowanie najmniejszym zaś partię polityczne – 24,3% oraz media katolickie, którym ufa 22,8% ogółu badanych.

Niezmiernie ważnym przejawem działalności obywatelskiej, zdaniem mieszkańców Dolnego Śląska, jest angażowanie się w charytatywną pracę na rzecz organizacji pozarządowych – jako działalność charytatywna rozumiana jest działalność wolontaryjna, udział w zbiórkach pieniędzy, żywności i odzieży, pomoc społeczności w przypadku klęsk żywiołowych. Przejawami działalności obywatelskiej są również: spotkania z przedstawicielami władz miasta; udział w posiedzeniach władz oraz zgłaszanie pomysłów zmian – inicjatywy ustawodawcze; udział w świętach państwowych oraz imprezach lokalnych i pomoc w ich organizacji; zdobywanie informacji na temat działań i przedsięwzięć podejmowanych w mieście; udział w paradach, manifestacjach, marszach, strajkach, pikietach; podpisywanie petycji; krzewienie i kultywowanie pamięci o mieście, regionie i kraju; udział w klubach i kołach zainteresowań; pomoc sąsiedzka; dbałość o dobro wspólne, zwłaszcza o środowisko i porządek oraz bezpieczeństwo społeczności lokalnej; działalność kulturalna i sportowa; udział w lokalnych zrzeszeniach; postrzeganie prawa; solidne wykonywanie swojej pracy; reagowanie na aktualną sytuację, np. akty wandalizmu, ogłoszenia potrzebujących.

Mieszkańcy Dolnego Śląska chętnie deklarują gotowość do podjęcia działań obywatelskich. Aż 28,1% spośród nich deklaruje wysoki stopień gotowości do podjęcia takich działań, zaś 43,8% przeciętny poziom gotowości. Jedynie co piąty badany deklaruje niską gotowość do zaangażowania w działania obywatelskie, zaś 7,7% nie wykazuje takiej gotowości. Najchętniej badani podjęliby się takich działań obywatelskich jak: podpisywanie petycji lub protestu (79,3% spośród nich), wspólnych działań na rzecz sąsiedztwa (76,3%), spotkań z lokalnymi władzami (69,6%) oraz nieodpłatnej pracy charytatywnej (53,6%). Kilkrotnie mniej badanych zadeklarowało gotowość do udziału w demonstracjach lub proteście (16,1% ogółu) oraz działalności w partii politycznej (13%).

Dolnoślązacy w głównej mierze angażują się w działalność obywatelską w skali lokalnej – działalność na rzecz lokalnych organizacji pozarządowych oraz udział w miejscowych kołach zainteresowań. Działaniami na rzecz organizacji pozarządowych są akcje pomocowe, m.in. Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, zbiórki organizowane przez Polski Czerwony Krzyż czy Caritas. Mimo że są to ogólnokrajowe działania pomocowe, mieszkańcy Dolnego Śląska mogą się w nie angażować we własnej przestrzeni terytorialnej.

Dolnoślązacy znacznie chętniej angażują się w działalność obywatelską na rzecz znanych im osób, zwłaszcza w odniesieniu do pomocy sąsiedzkiej. Dlatego też mieszkańcy mniejszych miejscowości znacznie chętniej pomagają sobie wzajemnie poprzez uczestnictwo w działaniach niesformalizowanych, mających na celu wsparcie najbliższego otoczenia. Natomiast w większych miastach, zwłaszcza we Wrocławiu, ze względu na relatywnie dużą anonimowość, pomoc sąsiedzka cieszy się mniejszą popularnością.

Działalności obywatelskiej zdecydowanie więcej czasu poświęcają osoby pracujące niż uczniowie, studenci bądź emeryci, zaś bezrobocie wśród osób w wieku produkcyjnym nie przyczynia się pozytywnie do zaangażowania w życie publiczne, gdyż wzmaga postawę bierności i niechęci do jakichkolwiek form aktywności niezwiązanych z pracą zawodową.

61,2% mieszkańców województwa nie należy do żadnej formalnej organizacji, co czwarty należy do jednej, co dwunasty do dwóch organizacji. Bardzo aktywni, którzy należą do trzech lub większej liczby organizacji, stanowią jedynie 5,8% ogółu. Najbardziej popularne okazują się organizacje artystyczne, kulinarne i hobbystyczne oraz związki zawodowe – do obydwu kategorii organizacji należy 9,5% osób. Popularne są również organizacje sportowe (8,7%) i szkolne komitety rodzicielskie (8,3%), fundacje i organizacje charytatywne (6,3%), organizacje zawodowe (5,2%), stowarzyszenia religijne oraz organizacje na rzecz ochrony środowiska (po 4,8%), rady osiedla (4,7%). Znacznie mniej Dolnoślązaków działa w organizacjach na rzecz ochrony praw człowieka oraz w partiach politycznych (po 1,7%).

Poziom uczestnictwa Dolnoślązaków w działaniach niesformalizowanych nie jest wysoki – w 2011 roku co czwarta z badanych osób nie podejmowała żadnych działań o charakterze niesformalizowanym, 40,4% badanych podjęło się jednego takiego działania, zaś 23,3% dwóch. Jedynie co dziesiąty mieszkaniec województwa dolnośląskiego podjął w roku 2011 trzy lub więcej działań niesformalizowanych.

W 2011 roku aż 55,5% badanych przekazało 1% podatku na OPP (tym samym ta aktywność spośród wymienianych była najczęściej podejmowana). Również wysoki odsetek – 34,2%, wziął udział w spotkaniach rady osiedla lub wspólnoty mieszkańców. Ponadto 14,5% badanych podpisało petycję lub protest, a 13% świadczyło wolontariat. Najbardziej praktykowanymi działaniami niesformalizowanymi w 2011 były: pisanie listów do mediów (3,8%), udział w legalnej demonstracji, proteście bądź manifestacji (2,5%).

Działania niesformalizowane najczęściej podejmują osoby w średnim wieku, rzadziej – osoby w wieku 26–35 lat i osoby starsze. Częstość podejmowania działań niesformalizowanych wyraźnie wzrasta wraz z poziomem wykształcenia. Respondenci z wykształceniem: wyższym, licencjackim oraz inżynierskim zdecydowanie częściej deklarowali działania w zakresie wymienionych aktywności. Znacznie rzadziej w działania niesformalizowane angażują się badani z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym oraz podstawowym. Wyraźnie częściej działania o charakterze niesformalizowanym podejmują badani, którzy pracują zawodowo. Osoby: zajmujące się domem, emeryci i renciści oraz przede wszystkim osoby bezrobotne są znacznie mniej aktywne w tej sferze. Co więcej, respondenci z większych miast podejmują się działań niesformalizowanych nieco częściej, zwłaszcza badani z miast od 50 do 100 tys. mieszkańców

oraz z Wrocławia. Jednak mieszkańcy innych dużych miast – tych liczących powyżej 100 tys. mieszkańców osiągnęli już znacznie niższą średnią, podobnie jak respondenci z małych miast (do 20 tys. mieszkańców).

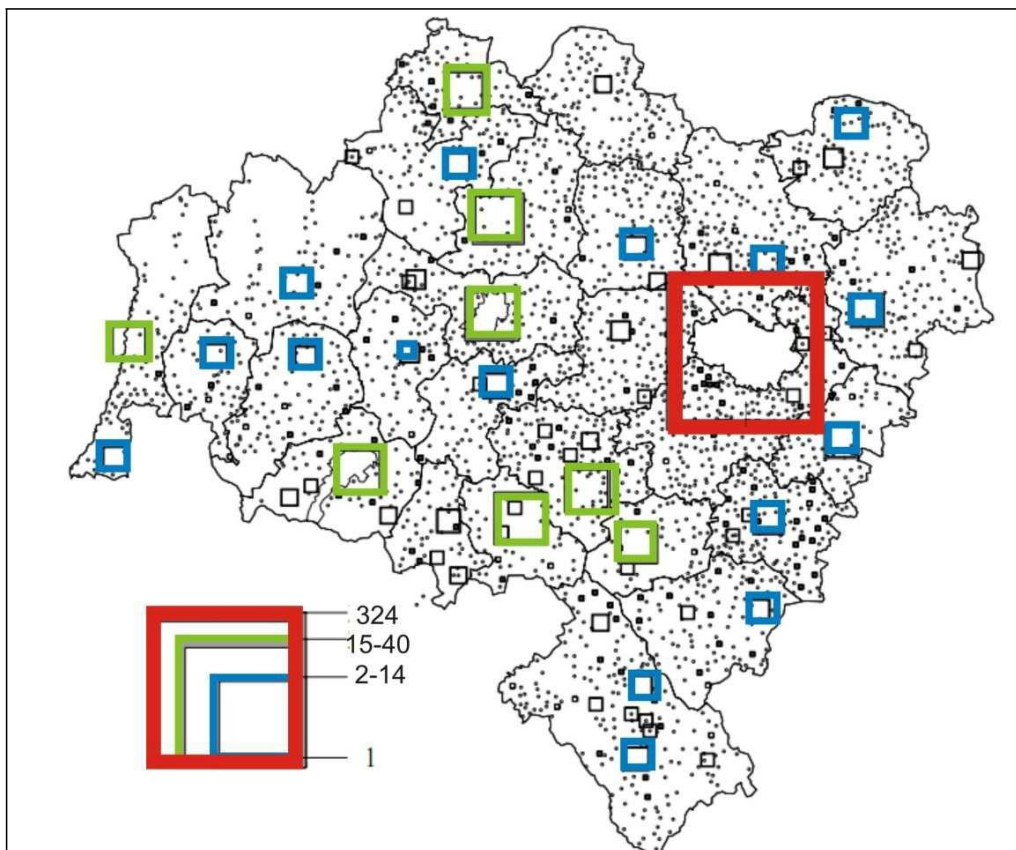
Organizacje pozarządowe na Dolnym Śląsku

Powszechnie stosowaną miarą poziomu aktywności społecznej jest skala zaangażowania się ludności w działalność organizacji pozarządowych. Miarą tej aktywności, związanej ze zdolnością do samoorganizacji społeczeństwa, jest m.in. liczba stowarzyszeń, fundacji oraz różnych kół zainteresowań w stosunku do liczby mieszkańców. W województwie dolnośląskim w 2011 r. zarejestrowanych było: 1 077 fundacji, 7 458 stowarzyszeń i organizacji społecznych, 723 ochotniczych straży pożarnych. Największa liczba stowarzyszeń oraz fundacji funkcjonuje we Wrocławiu oraz w powiatach kłodzkim, wałbrzyskim, świdnickim i Jeleniej Górze. Najmniej aktywne pod tym względem są powiaty górowski, milicki i kamiennogórski.

Dolny Śląsk plasuje się na ósmym miejscu w kraju pod względem liczby stowarzyszeń i organizacji społecznych, jakie przypadają na 10 tys. mieszkańców. Znacznie lepiej prezentuje się sytuacja pod względem liczby fundacji, w tym zakresie region zajmuje trzecie miejsce w kraju (po województwie mazowieckim i pomorskim).

Najwięcej organizacji pożytku publicznego (OPP) zostało zarejestrowanych we Wrocławiu (324), na drugim miejscu plasował się Wałbrzych (37), na trzecim równocześnie Jelenia Góra (27) i Lubin (27). Zauważyć zatem można, że lokalizacja OPP uzależniona jest od hierarchii ośrodków miejskich (podobnie jak w przypadku działalności fundacji). Należy zaznaczyć, że Wrocław charakteryzuje się nie tylko dużą liczbą organizacji pozarządowych, ale także dużą liczbą darczyńców, ze względu na stosunkowo dużą liczbę osób o wysokich dochodach.

Rozmieszczenie organizacji pożytku publicznego na Dolnym Śląsku (stan za 2010r.) przedstawione są na mapie poniżej.



Źródło: RAPORT REGIONALNY WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE, autorzy: prof. dr hab. inż. Janusz Zaleski, mgr inż. Tomasz Korf, mgr inż. Gabriela Lisowiec

Organizacje pozarządowe na terenie województwa dolnośląskiego zarówno w swojej charakterystyce, jak i obszarach działalności są bardzo zróżnicowane. Wzrost liczby aktywnych organizacji świadczy o systematycznym wzmacnianiu się struktur społeczeństwa obywatelskiego na Dolnym Śląsku – wspólnot lokalnych i aktywizacji mieszkańców regionu. Obszary aktywności dolnośląskich organizacji pozarządowych w 2010 r. w podziale na regiony (w %) przedstawione są w tabeli poniżej.

Tab.23. Obszary aktywności dolnośląskich organizacji pozarządowych w 2010 r. wg podregionów (w %)

Obszar aktywności	województwo	Podregion				
		jeleniogórski	legnicko-głogowski	m. Wrocław	wałbrzyski	wrocławski
oświata i edukacja	45,3%	41,1%	41,3%	54,7%	48,4%	35,5%
sport, turystyka	40,9%	48,4%	50,0%	24,9%	46,8%	46,7%
pomoc społeczna	31,2%	32,3%	26,8%	36,3%	32,5%	25,4%
kultura i sztuka	29,9%	31,5%	31,9%	34,7%	24,6%	24,3%
ochrona zdrowia	22,8%	24,2%	20,3%	25,3%	23,8%	19,5%
rozwój lokalny	17,2%	24,2%	21,0%	10,2%	19,8%	17,2%
ekologia i ochrona środowiska	16,0%	13,7%	13,8%	12,7%	19,8%	21,3%
hobby, rozwój zainteresowań	16,0%	18,5%	18,1%	15,5%	15,1%	13,6%
wsparcie instytucji	6,2%	8,1%	6,5%	4,9%	4,8%	7,7%
działalność międzynarodowa	6,1%	6,5%	4,3%	4,9%	7,9%	7,7%
problemy wsi, rolnictwo	5,2%	4,8%	6,5%	3,3%	5,6%	7,1%
prawa człowieka	4,5%	0,8%	5,1%	6,1%	5,6%	3,6%
rynek pracy	4,2%	6,5%	2,9%	7,3%	1,6%	1,2%

Źródło: DIAGNOZA STANU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO 2011 (materiał do dyskusji o kierunkach rozwoju regionu)

Najwięcej organizacji pozarządowych (NGO) wskazało jako obszar własnej aktywności oświatę i wychowanie – 45,3% ogółu badanych. Najmniej organizacji wskazało, iż swoje działania realizuje w obszarze gospodarki i finansów – 2,1%. Na kolejnych miejscach znalazły się organizacje, które działają w obszarach m.in.: sportu i turystyki, pomocy społecznej, kultury i sztuki, a więc obszarów szczególnie ważnych z punktu widzenia przeciwdziałania problemom wykluczenia społecznego oraz aktywizacji i edukacji członków społeczności lokalnych.

Wśród najczęściej wymienianych form działalności organizacji pozarządowych są działania z szeroko rozumianej sfery komunikacji społecznej – 65% organizacji deklaruje działalność ułatwiającą komunikację między instytucjami i organizacjami w Polsce, podobną działalność w skali międzynarodowej prowadzi niemal 40% organizacji. Ponad 50% organizacji deklaruje wspieranie innych organizacji poprzez poradnictwo, konsultacje i dostarczanie informacji. W ramach szeroko pojętej sfery komunikacji ok. 65% organizacji

proceeds activity directed towards the community through organizing social campaigns; 55% – through organizing debates, conferences and seminars; almost 54% uses portals and internet pages run by themselves; over 28% issues bulletins, magazines and reports related to the organization's mission, and almost 30% organizes trade fairs and events. Another area of organizational activity is non-governmental actions oriented towards cooperation with state institutions – 60% of organizations declare that they participate in debates with public administration, 21% conduct lobbying activities aimed at systemic changes. Organizational activity is also reflected in actions on behalf of members and clients: 60% are self-help actions based on mutual support through organizational members, 57% – provision of services to members and clients and representation of their interests. The last and largest area is "hard" support actions, among which the most common is material support for individuals (41% of responses); financial support is taken up by one in four organizations.

In 2010, on the order of the Marshal's Office of the Lower Silesian Voivodeship, a study was conducted on the needs and possibilities of integrative social entities in Lower Silesia. A representative sample of voivodeship organizations consisted of organizations operating in various subregions of the voivodeship, and their number was determined on the basis of data from the Central Statistical Office for 2009. The study results are representative for NGOs operating in five subregions, which together make up the voivodeship.

The period of activity of integrative social entities is particularly important information from the perspective of planning support for them. The length of the functioning period indicates the durability of integrative social entities. On the other hand, the number of new entities indicates social activity, reflected in the emergence of new non-governmental organizations. Among the studied entities, organizations with the longest history – those operating for at least a decade – accounted for over 40%. A significant number of organizations were also represented that have been operating for six to ten years – on average, one in four of them has such a history. The smallest part of the studied entities were organizations that began their activity in 2010. It is worth noting that entities operating for three years account for 21.7% of all studied entities. It should be noted that these are new organizations, which are not infrequently creating their organizational structures.

Between individual subregions, significant differences were observed. In Wrocław and the Wrocław subregion, the smallest number of non-governmental organizations operating for more than 10 years (in both cases 35.5%). Wrocław also distinguishes itself by the highest – amounting to 1.6% – share of entities established in 2010. On the opposite end of the spectrum, the Jeleniogórski subregion is found, in which 56.5% of organizations have been functioning for more than 10 years.

Nearly half of the studied entities defined the size of their organization as small, and 19% as very small. On average, organizations are about 23.1% in size. At the same time, one in ten NGOs described their organization as large or very large. The declared size of the organization varied

się w poszczególnych podregionach. Za bardzo duże uznawali reprezentowane przez siebie podmioty przede wszystkim respondenci w podregionie jeleniogórskim (5% wszystkich organizacji na tym obszarze), zaś podregion wrocławski skupia organizacje bardzo małe – za taką uważa swoją organizację blisko co czwarty badany. We wszystkich podregionach dominują jednak organizacje małe i – w drugiej kolejności – średnie.

Organizacje niezatrudniające pracowników etatowych najczęściej postrzegają siebie jako podmioty małe (52% wskazań) lub bardzo małe (23%). Dla organizacji liczących od jednego do trzech pracowników najczęściej wybieraną kategorią wielkości była również mała (38%) lub średnia (28%). Najmniejsze organizacje to przede wszystkim podmioty zajmujące się działaniem w obszarze kultury i sztuki – niemal 24% z nich uznaje się za organizacje bardzo małe. Porównywalna liczba organizacji bardzo małych i małych (łącznie) dotyczy również podmiotów działających w obszarze sportu i turystyki. Za największe uznać można organizacje podejmujące działania w zakresie pomocy społecznej – tylko 16% spośród nich deklaruje, że jest bardzo mała, a niemal 4% stanowią organizacje bardzo duże.

Zakres działania większości badanych organizacji to najbliższa okolica – ponad 30% respondentów jako główny obszar działalności wskazała swoją gminę, miasto lub wieś. Średnio co czwarta badana instytucja działa na terenie całego kraju, a tylko niespełna 9% to podmioty o zasięgu europejskim lub ogólnosiwiatowym. Na działaniach lokalnych, dotyczących wyłącznie najbliższego sąsiedztwa, skupia się zaledwie 4% badanych organizacji.

Inaczej wygląda sytuacja, gdy do powyższych danych przyrównywać wyniki na poziomie poszczególnych podregionów. W większości najczęściej wskazywaną odpowiedzią była gmina, miasto lub wieś (rozpiętość udziału wskazań od 27,4% w podregionie jeleniogórskim aż po 43,2% we wrocławskim). We Wrocławiu jako główny obszar działania organizacje wskazały całą Polskę (35,9%), następnie województwo/region (27,8%) i dopiero na trzecim miejscu wskazały obszar działania wyłącznie na terenie miasta (18,4%) – do tych odpowiedzi zaliczyć należy również powiat (1,6%) jako tożsamy z miastem mającym status powiatu grodzkiego (odpowiedź, jak można przypuszczać, zależała raczej od świadomości prawnej struktury samorządu terytorialnego). Znacznie odbiegające od pozostałych podregionów wyniki Wrocławia wynikają z charakteru organizacji tutaj działających.

Zatrudnienie w podmiotach integracyjno-społecznych ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia zdolności do prowadzenia stałej działalności, niebazującej wyłącznie na pracy członków poszczególnych podmiotów. Zatrudnienie w poszczególnych organizacjach świadczy również o ich profesjonalizacji. Jednocześnie wiele organizacji bazując wyłącznie na własnych członkach czy wolontariuszach, prowadzi zaangażowaną i skuteczną działalność.

Trzy czwarte badanych organizacji pozarządowych to podmioty niezatrudniające ani jednego pracownika etatowego. Od jednego do trzech pracowników zatrudnionych jest w nieco ponad 12% organizacji; największe organizacje, zatrudniające na etacie ponad pięćdziesiąt osób, stanowiły zaledwie 1,4% wszystkich badanych podmiotów. Dane te pokazują, jaką barierą w działaniu dla tych podmiotów jest stałe zatrudnienie etatowych pracowników.

Zatrudnienie w podmiotach integracyjno-społecznych w poszczególnych podregionach odzwierciedla trzy podstawowe cechy: profesjonalizację (rozumianą jako posiadanie potencjału do budowy stałych struktur), wykorzystanie funduszy unijnych, jak również ogólny poziom zasobów finansowych.

Ponad połowa badanych organizacji (deklarujących zatrudnienie) nie sfinansowała żadnego etatu ze środków pochodzących z dotacji. Od 1 do 3 etatów finansowała w ten sposób jedna czwarta organizacji, a zatrudnienie od 4 do 5 pracowników – co trzynasta. W 9% badanych organizacji z dotacji finansowano od 6 do 10 etatów. Najmniejszy udział, na poziomie 1%, stanowią organizacje, w których z dotacji sfinansowano od 11 do 20 etatów.

Organizacje pozarządowe decydują się na wybór umów cywilnoprawnych z racji braku możliwości zapewnienia stałego zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. Wykorzystanie tych form kształtowania stosunku pracy jest częstsze, ale pomimo to ponad dwie trzecie wszystkich przebadanych organizacji pozarządowych nie zatrudnia żadnego pracownika w takiej formie. Blisko co szósta z nich ma pięć takich stanowisk. Pięć procent zatrudnia w takiej formie od 4 do 5 osób, a pół procenta więcej – od 6 do 10 osób. Większą ilość pracowników w oparciu o takie umowy zatrudnia jedynie niewielka liczba organizacji.

Zaangażowanie wolontariuszy, obok samych członków podmiotów integracyjno-społecznych, w związku z brakiem środków na zatrudnienia pracowników, warunkuje skuteczne funkcjonowanie organizacji pozarządowych. Wolontariat ma duże znaczenie dla realizacji celów statutowych poszczególnych organizacji, ale również dla angażowania osób, co należy podkreślić, w różnym wieku, w życie lokalnych społeczności – dla osób młodych to często również pierwsze doświadczenie zawodowe.

Zdecydowana większość organizacji (ponad 61% podmiotów) współpracuje z wolontariuszami. Najwięcej organizacji określiło liczbę wolontariuszy na poziomie od 21 do 50 (14,7%), którą ocenić należy jako dużą; na podobnym poziomie kształtował się udział odpowiedzi od 6 do 10 (14,1%) oraz 11–20 (13,5%).

Aktywność w zakresie współpracy z wolontariuszami określić należy jako wysoką. Blisko połowa badanych podmiotów współpracuje z co najmniej 4 wolontariuszami, a blisko co trzecia w ciągu roku wspiera od 11 do 50 osób. Biorąc pod uwagę, że większość organizacji jest stosunkowo mała, angażowanie w realizowane przedsięwzięcia kilkunastu lub więcej wolontariuszy uznać należy za duże osiągnięcie, świadczące o zdolnościach organizacyjnych oraz pewnych dobrych praktykach wypracowanych w image'u ostatnich lat.

Liczba wolontariuszy pracujących dla podmiotów integracyjno-społecznych wyraża nie tylko ich zdolność do działania, ale również umiejętność angażowania najczęściej młodych osób do działalności społecznej, co dla tych osób ma również duże znaczenie edukacyjne i wychowawcze. Dla młodych ludzi to najczęściej pierwszy kontakt z obowiązkami zawodowymi, swoistego rodzaju skok w dorosłość. Najwięcej organizacji współpracujących z wolontariuszami działa na obszarze podregionu legnicko-głogowskiego (ponad 76% podmiotów współpracuje z co najmniej jednym wolontariuszem), a najrzadziej w mieście Wrocław (65,7%). Najwięcej na poziomie poszczególnych podregionów jest podmiotów współpracujących z od 11 do 20 osobami (jeleniogórski – 20,2%; legnicko-głogowski – 23,9%;

m. Wrocław – 15,1%) oraz od 21 do 50 (wałbrzyski – 22,2%; wrocławski – 21,3%). Pokazuje to, jak można przypuszczać, że rozpoczęcie takiej współpracy pociąga za sobą stosunkowo szybki wzrost liczby współpracowników, co na pewno wpływa na zdolności operacyjne tych podmiotów.

Bardzo istotny jest fakt, że ponad 55,4% organizacji wskazuje, iż wolontariusze są zaangażowani w projekty finansowane z zewnętrznych źródeł. Stanowią zatem istotne wsparcie dla wdrażania tych przedsięwzięć. Przy czym najczęściej jest to stosunkowo niewielka liczba – od 1 do 3 osób (18,1% wskazań).

Podmioty integracyjno-społeczne korzystają z różnych źródeł finansowania. Najpopularniejszym sposobem finansowania działalności organizacji pozarządowych są składki członkowskie. W ten sposób środki zdobywa prawie 70% badanych organizacji, jednak zazwyczaj nie są to sumy znaczące – w przypadku prawie 60% respondentów przychód z tego źródła nie przekracza 5.000 złotych. Grupy deklarujące dochody pomiędzy 6.000 a 10.000 złotych oraz od 11.000 do 50.000 złotych są prawie równoliczne i jest to nieco mniej niż po 5% wszystkich biorących udział w badaniu organizacji.

Ok. 50% organizacji nie korzysta ze środków lokalnych samorządów, kolejne 14% uzyskuje dofinansowanie nie większe niż 5.000 złotych. Podobna ilość organizacji zyskuje z tego źródła od 11.000 do 50.000 złotych. Środki powyżej 100.000 złotych uzyskuje nieco ponad 11% organizacji, z czego około 1% dysponuje środkami powyżej 500.000 złotych.

Dla 56% badanych organizacji źródłem finansowania są darowizny i odpisy podatkowe. Ponad 1/4 respondentów, których organizacje wykorzystują to źródło finansowania, zadeklarowała, że jest to dochód niższy niż 5.000 złotych. Niecałe 15% organizacji osiąga z tego źródła przychód od 10.000 do 50.000 złotych, zaś około 5% organizacji pozyskuje w ten sposób powyżej 50.000 złotych. Należy zauważyć, że poza składkami członkowskimi jest to najpopularniejsze źródło finansowania działalności NGO. Około 40% badanych podmiotów wykorzystuje środki z prywatnego sponsoringu. Największy, 26% udział mają darowizny poniżej 5.000 złotych, darowizny mieszczące się w przedziale 6.000–10.000 oraz 11.000–50.000 złotych stanowią ok. 5%. Wyższe darowizny to mniej niż 3% całości.

Środki z funduszy europejskich stanowią niewielki udział w finansowaniu działalności organizacji pozarządowych – jedynie ok. 13% badanych organizacji zadeklarowało korzystanie z funduszy UE. Barię, na którą napotykają organizacje przy aplikowaniu o te środki są m.in. biurokracja i ogólny poziom skomplikowania na poziomie aplikowania, realizacji i rozliczania projektów. Powodują one, że w większości z funduszy UE korzystają duże organizacje, mające potencjał organizacyjny i ludzki.

Zdecydowana większość organizacji nie korzysta z dotacji rządowych. Zaledwie 13% organizacji biorących udział w badaniu pozyskuje jakiegokolwiek środki z tego źródła, przy czym najwięcej wskazań dotyczyło przedziału pomiędzy 1.000 a 50.000 złotych. Nieco ponad 4% organizacji pozyskuje dotacje wyższe niż 50.000 złotych. Należy stwierdzić, że dotacje rządowe są bardzo rzadko spotykanym sposobem finansowania działalności trzeciego sektora.

Dolnośląskie organizacje pozarządowe praktycznie nie pozyskują środków z własnej działalności gospodarczej. Jedynie co dziesiąty badany podmiot zadeklarował uzyskiwanie dochodu z tego typu działalności. Z organizacji prowadzących działalność 30% osiąga dochód poniżej 5 000 złotych, zaś kolejne 30% mieści się w przedziale 6000–50 000 złotych. Jedynie 3% badanych organizacji z własnej działalności pozyskuje więcej niż 51 000 złotych.

Aktywność świadomych obywateli i działanie niezależnych, lokalnych organizacji pozarządowych jest podstawą sprawnie działającej demokracji lokalnej i budowania lokalnej wspólnoty, w oparciu o demokratyczny ład społeczny. Konieczne staje się więc inwestowanie nie tylko w strukturę techniczną, ale i w kapitał ludzki i kapitał społeczny, czyli inwestowanie w ludzi i budowanie związków między nimi, ich wzajemne zaufanie i zaangażowanie w sprawy wspólnoty, a więc to, co jest na równi z kapitałem finansowym podstawą rozwoju lokalnego. Poczucie tożsamości, przynależności i zaangażowania na rzecz regionu jest podstawą świadomego obywatelstwa Dolnoślązaków.

Skuteczne zarządzanie społecznością lokalną opiera się na obywatelskiej partycypacji i zinstytucjonalizowanej współpracy między sektorem publicznym, sektorem organizacji pozarządowych i sektorem biznesu. Organizacje pozarządowe w tym partnerstwie spełniają wiele ról, są m.in. instytucjami zdolnymi do dostarczania usług ważnych dla wspólnoty – zarówno w formie całkowicie autonomicznej, nieformalnej, samopomocowej, sąsiedzkiej, jak i w postaci wspieranych przez państwo usług specjalistycznych, wykonywanych przez organizacje niekomercyjne.

Analiza SWOT

MOCNE STRONY

- Silna obecność organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy i integracji społecznej
- Duży potencjał kadr służb społecznych
- Postawa ukierunkowana na współpracę i wymianę dobrych praktyk
- Rozwinięta sieć Uniwersytetów Trzeciego Wieku
- Silne zakorzenienie organizacji pozarządowych w społeczności lokalnej
- Realizacja przez organizacje pozarządowe zadań z zakresu marginalizowanych dziedzin i sektorów
- Preferencje osób niepełnosprawnych do kształcenia się w systemie szkolnictwa ogólnodostępnego
- Dobre dostosowanie szkolnictwa ogólnodostępnego do potrzeb osób niepełnosprawnych
- Dobrze rozwinięta sieć zakładów pracy chronionej i wysoki odsetek zatrudnionych w nich osób niepełnosprawnych
- Duże doświadczenie Samorządu Województwa Dolnośląskiego w podejmowaniu międzynarodowej współpracy w obszarze działań na rzecz osób niepełnosprawnych
- Znacząca pozycja Europejskiego Funduszu Społecznego w zakresie działań na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym
- Ustanowiony Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
- Zaangażowanie oraz liczba organizacji pozarządowych realizujących świadczenia w zakresie pomocy osobom z doświadczeniem choroby psychicznej z udziałem coraz większej liczby tych osób w Warsztatach Terapii Zajęciowej, w Środowiskowych Domach Samopomocy
- Bogate doświadczenie Samorządu Województwa w restrukturyzacji organizacji ochrony zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego
- Aktywna działalność i rozwój specjalnych stref i podstref ekonomicznych;
- Relatywnie wysoka atrakcyjność inwestycyjna;
- Występowanie dogodnych obszarów dla inwestycji gospodarczych i tworzenia miejsc pracy;
- Silny, zdywersyfikowany sektor MSP bazujący na lokalnych zasobach;
- Duży potencjał demograficzny
- Rozwijający się w regionie sektor ekonomii społecznej
- Istnienie stabilnych struktur pomocy społecznej w każdej gminie i powiecie

SŁABE STRONY

- Niskie wykorzystanie wewnętrznych/ endogennych zasobów społeczności lokalnych w rozwiązywaniu problemów społecznych
- Rozproszenie działań podejmowanych przez różne podmioty
- Niedorozwój usług środowiskowych dla osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym
- Niewystarczający zasób infrastruktury pomocy i integracji społecznej
- Niewielkie wykorzystanie ICT w świadczeniu usług społecznych
- Ograniczony zakres korzystania z diagnozowania potrzeb społeczności lokalnej, skutkujący niedopasowaniem usług do potrzeb mieszkańców
- Słaba kondycja finansowa organizacji pozarządowych – brak stabilności finansowania działalności bieżącej
- Niska jakość kooperacji między organizacjami pozarządowymi
- Niższy poziom wykształcenia osób niepełnosprawnych w porównaniu z osobami sprawnymi
- Najwyższy w skali kraju odsetek uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, uczących się w szkołach specjalnych
- Wysoki odsetek osób niepełnosprawnych biernych zawodowo
- Niekorzystna sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy pod względem współczynnika aktywności zawodowej oraz wskaźnika zatrudnienia
- Dominacja zawodów wymagających niskich kwalifikacji, cieszących się małym prestiżem i niskimi dochodami w strukturze zatrudnienia osób niepełnosprawnych
- Postawy osób z otoczenia utrwalające bierność zawodową osób niepełnosprawnych
- Niskie zainteresowanie pracodawców zatrudnianiem osób niepełnosprawnych
- Brak kompleksowego podejścia do problemu integracji społecznej osób niepełnosprawnych
- Nierównomierne rozmieszczenie zasobów stacjonarnej opieki psychogeriatrycznej i poradnictwa psychogeriatrycznego
- Niewystarczająca infrastruktura stacjonarnej opieki psychogeriatrycznej i poradnictwa psychogeriatrycznego
- Brak odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pracowników medycznych oraz opiekunów medycznych
- Ograniczone środki finansowe na modernizację wszystkich przestarzałych obiektów szpitalnych i na dostosowanie ich do obowiązujących norm i standardów
- Niska świadomość wśród mieszkańców roli profilaktyki w zakresie zdrowia psychicznego oraz starzenia się
- Niski poziom kwalifikacji osób bezrobotnych
- Duże zróżnicowanie struktury i poziomu bezrobocia w regionie
- Duża liczba bezrobotnych długotrwale oraz ludzi młodych i kobiet
- Niski poziom mobilności zawodowej

- Niedostosowanie kierunków kształcenia do potrzeb rynku pracy
- Niska aktywność zawodowa ludności wiejskiej
- Niewystarczający poziom współpracy pomiędzy publicznymi i niepublicznymi podmiotami działającymi na rzecz rynku pracy i pomocy społecznej
- Roszczeniowa i bierna postawa części klientów pomocy społecznej
- Wysoka instytucjonalizacja i biurokratyzacja instytucji pomocy społecznej
- Niewystarczająca liczba miejsc pracy, szczególnie dla osób z niskimi kwalifikacjami oraz osób dotkniętych dysfunkcjami (w tym osób uzależnionych)
- Niewielka liczba liderów/ animatorów społecznych, zdolnych do aktywizacji społeczności lokalnych w celu rozwiązywania problemów na ich terytorium

SZANSE

- Dłuższe życie mieszkańców Dolnego Śląska
- Postawy służb społecznych ukierunkowane na rozwój i innowację
- Upowszechnianie i rozwój narzędzi aktywnej polityki społecznej
- Współpraca i wymiana dobrych praktyk
- Wykorzystanie potencjału społeczności lokalnych
- Powszechne i sprawne korzystanie z możliwości unijnego dofinansowania projektów i działań podejmowanych w obszarze pomocy i integracji społecznej
- Rozbudowa infrastruktury wspierającej i obsługującej III sektor i lokalną aktywność obywatelską
- Wsparcie dla III sektora z EFS i innych źródeł grantowych
- Poprawa możliwości uczestnictwa niepełnosprawnych dzieci i młodzieży w ogólnodostępnym systemie kształcenia
- Duży potencjał otwartego rynku pracy w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku
- Konieczność dostosowania polskiego prawodawstwa do zapisów Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych i prawa UE
- Rosnące zapotrzebowanie na specjalistyczne usługi związane z obsługą osób niepełnosprawnych
- Poprawa funkcjonowania opieki zdrowotnej i socjalnej wobec rosnącej populacji osób w wieku senioralnym, w tym również cierpiących na choroby o charakterze otępiennym, ze szczególnym uwzględnieniem choroby Alzheimera,
- Zwiększenie liczby świadczeniodawców usług w zakresie stacjonarnej oraz dziennej opieki psychiatrycznej, z uwzględnieniem stacjonarnej i dziennej opieki dla osób starszych
- Koordynacja działań jednostek różnych szczebli administracji w zakresie ochrony zdrowia, zwiększenie dostępności i jakości usług medycznych, opiekuńczych i

społecznych, w tym stworzenie powiązań sieciowych w ramach systemu opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej w województwie,

- Upowszechnianie zasad „dobrego starzenia się” opartego na aktywności i uczestnictwie w życiu zawodowym i społecznym oraz promocji zdrowego stylu życia w celu zachowania dobrostanu i samodzielności przez osoby starsze
- Ograniczenie wzrostu kosztów opieki wraz z postępem choroby otępiennej, gdzie poza wydatkami na leki, zwiększeniu ulegają koszty środków pielęgnacji i higieny, pomocy opiekuńczej oraz często wizyt lekarzy w domu chorego;
- Zwiększenie wrażliwości społecznej na problemy związane z chorobami psychicznymi, otępiennymi oraz minimalizacja syndromu stygmatyzacji chorych oraz ich bliskich
- Rosnący odsetek ludzi wykształconych i poprawa warunków ich zatrudnienia
- Wzrost umiejętności pozyskiwania środków na cele rozwojowe i aktywizacyjne
- Łatwość migracji zarobkowych
- Wzrost współpracy międzyregionalnej o charakterze gospodarczym i w sferze polityki społecznej
- Tendencja odchodzenia od biernej polityki społecznej na rzecz aktywnej integracji (w tym powszechniejsze wykorzystywanie instrumentów aktywnej integracji)
- Włączenie otoczenia lokalnego oraz sektora pozapublicznego (III sektor) do realizacji działań na rzecz przeciwdziałania ubóstwu
- Możliwość zlecania zadań publicznych w zakresie szeroko rozumianej pomocy i integracji społecznej innym podmiotom zgodnie z ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

ZAGROŻENIA

- Niski przyrost naturalny i starzenie się społeczności województwa dolnośląskiego
- Rosnące dysproporcje w świadczeniu usług społecznych na terenach dotkniętych procesem starzenia się i wyludniania populacji
- Niedofinansowanie usług społecznych
- Zapóźnienia infrastrukturalne w obszarze pomocy i integracji społecznej
- Brak zainteresowania rozwijaniem sieci usług środowiskowych
- Rozproszenie działań podejmowanych przez różne podmioty
- Niedostosowanie usług społecznych do potrzeb mieszkańców
- Uzależnienie od zewnętrznych (unijnych) dotacji na realizację zadań na rzecz osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym
- Brak/ niedostatek regulacji prawnych w obszarze świadczenia usług społecznych
- Uzależnienie sektora pozarządowego od finansowego wsparcia z sektora publicznego
- Silne rozwarstwienie dochodowe (majątkowe) sektora pozarządowego

- Niedostateczne przygotowanie części szkół do pracy z uczniami niepełnosprawnymi (zarówno pod względem infrastruktury i wyposażenia, jak i przygotowania pedagogicznego)
- Duża liczba zarejestrowanych osób niepełnosprawnych oraz wysoki odsetek osób niepełnosprawnych wśród ogółu zarejestrowanych bezrobotnych
- Obawa przed utratą renty lub zasiłku jako bariera wzrostu aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych
- Niedostosowanie przestrzeni publicznej do potrzeb osób niepełnosprawnych
- Nasilanie się negatywnych procesów demograficznych, w tym starzenie się społeczeństwa
- Dalszy wzrost zachorowań na choroby psychiczne oraz choroby wieku starczego
- Niedostatek skutecznych działań mających na celu poprawę sytuacji w sferze świadczeń psychiatrycznych oraz opiekuńczych dla osób z problemami psychicznymi w całym województwie (w tym zbyt wolny wzrost liczby łóżek i ośrodków z przeznaczeniem dla osób w wieku starszym w ramach opieki długoterminowej)
- Niedopasowanie alokacji środków finansowych na ochronę zdrowia psychicznego do rzeczywistych, determinowanych czynnikami demograficzno – epidemiologicznymi potrzeb w tym obszarze
- Utrzymywanie się zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego, w tym osób starszych w stosunku do potrzeb
- Brak mechanizmów poprawiających skuteczność efektywnego wykorzystania zasobów Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- Brak zmiany postaw społeczeństwa wobec kształcenia się przez całe życie
- Niekorzystne trendy demograficzne
- Spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym i wzrost odsetka ludności biernych zawodowo
- Zmniejszenie się liczby ludności i starzenie się społeczeństwa
- Wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku poprodukcyjnym
- Nierównomierne rozłożenie aktywności gospodarczej i społecznej w regionie
- Wyczerpanie środków finansowych
- Pogorszenie sytuacji społeczno – gospodarczej regionu, w tym pogorszenie sytuacji na rynku pracy

Dokonana diagnoza sytuacji demograficznej i społecznej województwa dolnośląskiego, uzupełniona analizą SWOT, pozwoliła na wyznaczenie głównych obszarów i kierunków oddziaływań strategicznych podejmowanych w ramach Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020. Osiągnięcie założonego w DSIS na lata 2014-2020 celu głównego dokonywać się będzie poprzez oddziaływania podejmowane w czterech obszarach strategicznych – makrosfer: **Wsparcie, Aktywizacja, Integracja i Współdziałanie**. Każda z Makrosfer zawiera priorytety oraz działania strategiczne, wraz ze wskazaniem działań operacyjnych w ramach każdego z działań strategicznych, które wyznaczają kierunki i rodzaje przedsięwzięć w obszarze polityki społecznej dla Województwa Dolnośląskiego.

STRUKTURA PRIORYTETÓW I DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH

<p style="text-align: center;">CEL GŁÓWNY:</p> <p style="text-align: center;">ZAPEWNIENIE MIESZKAŃCOM WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO WYSOKIEJ JAKOŚCI ŻYCIA, DOPASOWANIE USŁUG SPOŁECZNYCH DO POTRZEB MIESZKAŃCÓW, INTEGRACJA SPOŁECZNA</p>
OBSZARY STRATEGICZNE/ MAKROSFERY
Makrosfera WSPARCIE
<p>Priorytet 1. Wzmacnianie potencjału rodzin dolnośląskich</p> <p>Działania:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Wzmocnienie rodziny w pełnionych przez nią funkcjach opiekuńczo – wychowawczych poprzez kształtowanie kompetencji rodzicielskich i pozytywnych relacji dziecko – rodzice2. Promocja idei „dużej rodziny”, budowanie pozytywnego wizerunku „dużej rodziny”3. Wsparcie „dużych rodzin” w pełnionych przez nie funkcjach opiekuńczo – wychowawczych4. Wsparcie rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym niewydolnych wychowawczo5. Wsparcie działań na rzecz dzieci i młodzieży, w tym pochodzących z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym6. Upowszechnianie i rozwój idei rodzicielstwa zastępczego jako formy wsparcia dzieci i młodzieży zagrożonej sieroctwem7. Rozwój i wsparcie systemu adopcji8. Przeciwdziałanie prostytucji nieletnich i innym zachowaniom ryzykownym wśród dzieci i młodzieży
<p>Priorytet 2. Rozwój usług społecznych mających na celu wsparcie osób i grup społecznych zagrożonych wykluczeniem społecznym</p> <p>Działania:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Rozwój usług opiekuńczych dla osób o ograniczonej samodzielności, umożliwiających im jak najdłuższe zachowanie samodzielności i niezależności życiowej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki środowiskowej dla osób starszych2. Rozwój usług na rzecz rosnącej populacji osób w wieku senioralnym cierpiących na choroby o charakterze otępiennym, w tym w szczególności na chorobę Alzheimera3. Wzmacnianie potencjału osób niepełnosprawnych4. Rozwój usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, osób z doświadczeniem choroby psychicznej i ich bliskich5. Przeciwdziałanie zjawisku bezdomności6. Wzrost poziomu spójności społecznej poprzez zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem

Priorytet 3. Przeciwdziałanie uzależnieniom

Działania:

1. Przeciwdziałanie zjawisku nadużywania alkoholu
2. Przeciwdziałanie narkomanii i innym uzależnieniom behawioralnym
3. Upowszechnianie wiedzy o uzależnieniach oraz promowanie zdrowego stylu życia

Priorytet 4. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Działania:

1. Przeciwdziałanie zjawisku przemocy w rodzinie
2. Tworzenie spójnych, opartych na aktualnej wiedzy i doświadczeniu praktycznym narzędzi pracy z osobami doświadczającymi przemocy oraz sprawcami przemocy
3. Wzmocnienie potencjału instytucji i organizacji realizujących zadania mające na celu przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Makrosfera AKTYWIZACJA

Priorytet 5. Aktywizacja społeczna osób starszych

Działania:

1. Propagowanie działań związanych z „dobrym starzeniem się”, pozwalającym na jak najdłuższe zachowanie sprawności, samodzielności i aktywności w życiu społecznym i zawodowym
2. Wspieranie i popularyzacja oferty spędzania czasu wolnego, rozwoju intelektualnego, aktywności fizycznej
3. Zwiększanie roli osób starszych w życiu społeczności lokalnych, rozwój potencjału osób starszych w perspektywie indywidualnej i społecznej
4. Pobudzanie rozwoju „srebrnej gospodarki”

Priorytet 6. Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu osób niepełnosprawnych

Działania:

1. Zwiększenie aktywności zawodowej wśród niepełnosprawnych Dolnoślązaków
2. Poprawa wizerunku osoby niepełnosprawnej w świadomości społecznej
3. Zwiększenie możliwości czynnego uprawiania turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku
4. Zwiększenie dostępu osób niepełnosprawnych do różnych sfer życia społecznego i zawodowego poprzez wykorzystanie nowych technologii
5. Podniesienie możliwości wykorzystania potencjału osób niepełnosprawnych do rozwoju gospodarki Dolnego Śląska

Priorytet 7. Rozwój sprzyjający wykorzystaniu zasobów na rynku pracy

Działania:

1. Poprawa zatrudnialności osób pozostających bez zatrudnienia, znajdujących się w szczególnie niekorzystnej sytuacji na rynku pracy
2. Poprawa adaptacyjności osób aktywnych zawodowo i pracodawców
3. Poprawa społeczno-zdrowotnych zasobów pracy

Priorytet 8. Promocja aktywnej polityki społecznej jako narzędzia integracji społecznej

Działania:

1. Pobudzanie aktywności osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym
2. Rozwój ekonomii społecznej
3. Tworzenie i upowszechnianie instrumentów aktywnej polityki społecznej wśród podmiotów odpowiedzialnych za jej wdrażanie
4. Kreowanie pozytywnych postaw wobec aktywizacji społecznej
5. Animacja środowisk lokalnych, pobudzanie potencjału społeczności lokalnych poprzez wykorzystywanie jej wewnętrznych zasobów

Makrosfera INTEGRACJA

Priorytet 9. Wsparcie idei społeczeństwa obywatelskiego

Działania:

1. Budowa partnerstwa publiczno-społecznego w zakresie pożytku publicznego
2. Wspieranie instytucji społeczeństwa obywatelskiego
3. Wsparcie postaw obywatelskich
4. Wzmocnienie partycypacji obywatelskiej

Priorytet 10. Pobudzanie i promowanie innowacji w obszarze polityki społecznej

Działania:

1. Monitorowanie i diagnoza procesów i zjawisk społecznych mających wpływ na jakość życia mieszkańców regionu
2. Poszukiwanie i inspirowanie nowatorskich rozwiązań w obszarze polityki społecznej
3. Działania na rzecz wzmocnienia więzi międzygeneracyjnych, opartych na wzajemnym szacunku i współodpowiedzialności za swój los
4. Upowszechnianie „dobrych praktyk”, mające na celu wzmocnienie potencjału instytucji i organizacji prowadzących działania na rzecz osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym

Makrosfera WSPÓŁDZIAŁANIE

Priorytet 11. Doskonalenie jakości systemu usług społecznych

Działania:

1. Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji zawodowych kadr służb społecznych
2. Kształtowanie pozytywnego wizerunku kadr służb społecznych w świadomości społecznej
3. Tworzenie i wzmocnianie systemów świadczenia usług społecznych opartych na partnerstwie, komplementarności i wykorzystaniu zasobów endogenicznych
4. Umacnianie współpracy z samorządami lokalnymi i instytucjami administracji rządowej
5. Rozwój współpracy międzynarodowej, ukierunkowanej na wymianę doświadczeń oraz tworzenie wspólnych nowatorskich rozwiązań w obszarze polityki społecznej
6. Efektywniejsze gospodarowanie środkami finansowymi znajdującymi się w systemie pomocy społecznej

Makrosfera WSPARCIE

Makrosfera WSPARCIE obejmuje zespół działań skierowany na zaspokajanie specyficznych potrzeb, wyrównywanie szans życiowych określonych kategorii społecznych, „zagospodarowywanie” deficytów – wsparcie rodzin w funkcjach opiekuńczo – wychowawczych, wsparcie osób niesamodzielnych, w tym osób starszych w funkcjonowaniu w środowisku zamieszkania, wsparcie osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie ubóstwu, niwelowanie skutków uzależnień, przemocy, działania na rzecz osób bezdomnych, działania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

PRIORYTETY I DZIAŁANIA

Priorytet 1. Wzmacnianie potencjału rodzin dolnośląskich

Działania:

1. Wzmocnienie rodziny w pełnionych przez nią funkcjach opiekuńczo – wychowawczych poprzez kształtowanie kompetencji rodzicielskich i pozytywnych relacji dziecko – rodzice
 - tworzenie i rozwój rozwiązań służących wsparciu rodziców w pełnieniu przez nich funkcji opiekuńczo – wychowawczych
 - podnoszenie poziomu wiedzy rodziców związanej z problematyką opieki i wychowania dzieci oraz umacniania więzi rodzinnych
 - kształtowanie świadomości społecznej na temat istotnych zagadnień mogących mieć wpływ na pełnienie funkcji rodzicielskich
 - popularyzacja różnorodnych form współpracy instytucji publicznych i społecznych na rzecz tworzenia programów i projektów służących budowaniu i wzmacnianiu więzi rodzicielskich
 - promowanie rodziny jako wartości w kształtowaniu osobowości każdego człowieka
 - promowanie równości kobiet i mężczyzn w życiu rodzinnym i zawodowym
2. Promocja idei „dużej rodziny”, budowanie pozytywnego wizerunku „dużej rodziny”
 - popularyzacja idei „dużej rodziny”, wolnej od stereotypów i uprzedzeń, w świadomości społecznej,
3. Wsparcie „dużych rodzin” w pełnionych przez nie funkcjach opiekuńczo – wychowawczych
 - rozpoznawanie specyficznych potrzeb i problemów dużych rodzin, mające na celu dostosowanie do nich usług społecznych
 - pobudzanie aktywności samorządów lokalnych w celu tworzenia kompleksowych rozwiązań na rzecz wsparcia dużych rodzin w pełnionych przez nie funkcjach opiekuńczo – wychowawczych
 - popularyzacja wiedzy o istniejących formach wsparcia dla dużych rodzin
 - poszukiwanie i popularyzacja innowacyjnych rozwiązań na rzecz dużych rodzin

4. Wsparcie rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym niewydolnych wychowawczo
 - rozpoznawanie głównych problemów współczesnej rodziny i tworzenie programów i projektów, mających na celu ich przezwyciężanie
 - rozwój poradnictwa specjalistycznego wspierającego rodzinę w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych
 - rozwój interwencji kryzysowej służącej pomocą osobom i rodzinom w kryzysie
 - poszukiwanie i popularyzacja nowatorskich rozwiązań służących wzmocnieniu potencjału rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym
 - upowszechnianie metod pracy w oparciu o endogeniczne zasoby rodziny oraz społeczności lokalnej

5. Wsparcie działań na rzecz dzieci i młodzieży, w tym pochodzących z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym
 - promocja i rozwój działań służących wychowywaniu dzieci „wysokiej jakości”
 - rozwój działań profilaktycznych mających na celu poprawę społecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym
 - zapobieganie zjawisku społecznej „transmisji niedostatku”, wyrównywanie deficytów związanych z kapitałem kulturowym dzieci pochodzących z różnych środowisk społecznych
 - kształtowanie postaw społecznych młodych ludzi
 - rozwój przedsięwzięć służących nabyciu przez dzieci i młodzież umiejętności lepszego funkcjonowania w społeczeństwie, rodzinie i środowisku rówieśniczym

6. Upowszechnianie i rozwój idei rodzicielstwa zastępczego jako formy wsparcia dzieci i młodzieży zagrożonej sieroctwem
 - popularyzacja idei rodzicielstwa zastępczego jako alternatywy wobec opieki instytucjonalnej
 - wsparcie i rozwój kompleksowego systemu pomocy i opieki dla dzieci dotkniętych sieroctwem
 - tworzenie form wsparcia dla usamodzielnianych wychowanków instytucji pieczy zastępczej w celu kształtowania ich umiejętności społecznych oraz lepszej adaptacji i integracji ze społeczeństwem
 - wsparcie i rozwój poradnictwa specjalistycznego oraz form wsparcia i samopomocy dla osób pełniących funkcję rodziny zastępczej
 - kształtowanie postaw społecznych sprzyjających świadomemu macierzyństwu i rodzicielstwu

7. Rozwój i wsparcie systemu adopcji

- organizacja systemu adopcji
- tworzenie rozwiązań na rzecz wspierania rodzicielstwa adopcyjnego
- monitorowanie dostępności i jakości systemu adopcji
- upowszechnianie informacji na temat warunków i możliwości przysposobienia dziecka osieroconego
- tworzenie i doskonalenie narzędzi pracy z rodzicami starającymi się o przysposobienie dziecka
- tworzenie rozwiązań na rzecz wsparcia i poradnictwa dla rodziców adopcyjnych
- doskonalenie narzędzi diagnostycznych dotyczących dziecka zakwalifikowanego do adopcji
- wspieranie innych instytucji w regulowaniu sytuacji prawnej i życiowej dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej
- kształtowanie postaw społecznych sprzyjających świadomemu rodzicielstwu
- upowszechnianie wiedzy o dostępnych alternatywach opieki nad dzieckiem w sytuacji rezygnacji lub niemożności samodzielnego wychowywania dziecka przez rodziców

8. Przeciwdziałanie prostytucji nieletnich i innym zachowaniom ryzykownym wśród dzieci i młodzieży

- diagnoza zjawiska prostytucji nieletnich oraz innych zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży
- kształtowanie postaw młodzieży opartych na szacunku wobec własnego ciała, godności, odpowiedzialności, umiejętności dokonywania wyborów na podstawie posiadanej wiedzy na temat potencjalnych konsekwencji zachowań ryzykownych
- niwelowanie zagrożeń zdrowotnych, emocjonalnych, psychicznych i społecznych wynikających z prostytucji nieletnich oraz innych zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży
- zwiększanie poziomu świadomości społecznej związanej ze zjawiskiem prostytucji nieletnich oraz innymi zachowaniami ryzykownymi wśród dzieci i młodzieży
- rozwój form wsparcia i pomocy dla osób uwikłanych w proceder prostytucji nieletnich oraz upowszechnianie wiedzy na temat zaplecza instytucjonalnego służącego rozwiązywaniu tego problemu

Priorytet 2. Rozwój usług społecznych mających na celu wsparcie osób i grup społecznych zagrożonych wykluczeniem społecznym

Działania:

1. Rozwój usług opiekuńczych dla osób o ograniczonej samodzielności, umożliwiających im jak najdłuższe zachowanie samodzielności i niezależności życiowej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki środowiskowej dla osób starszych

- wsparcie i rozwój kompleksowego systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi, nakierowanego na jak najdłuższe zachowanie samodzielności i niezależności życiowej
 - rozwój usług środowiskowych, wspomagających osoby o ograniczonej sprawności i samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych
 - rozpoznawanie potrzeb osób niesamodzielnymi, w tym osób starszych i zharmonizowanie z nimi oferowanych usług opiekuńczych
 - upowszechnianie wiedzy na temat dostępnych usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnymi, w tym dla osób starszych
 - tworzenie, poszukiwanie i popularyzacja usług wspomagających opiekunów nieformalnych w sprawowaniu opieki nad swoimi bliskimi
 - wsparcie i promocja wykorzystania ICT w świadczeniu usług opiekuńczych wobec osób niesamodzielnymi, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych
2. Rozwój usług na rzecz rosnącej populacji osób w wieku senioralnym cierpiących na choroby o charakterze otępiennym, w tym w szczególności na chorobę Alzheimera
- poprawa jakości usług zdrowotnych i pomocy społecznej świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami o charakterze otępiennym
 - wsparcie działań wspomagających społeczne i zawodowe funkcjonowanie osób z zaburzeniami otępiennymi
 - wspieranie uczestnictwa osób z zaburzeniami otępiennymi w kulturze i rekreacji
 - upowszechnianie wiedzy związanej z problematyką schorzeń otępiennych oraz promocja działań profilaktycznych w tym obszarze
 - poprawa wizerunku osób starszych z problemami chorób otępiennych w świadomości społecznej
 - tworzenie i rozwój form wsparcia nieformalnych opiekunów osób borykających się z chorobami otępiennymi
 - rozpoznawanie i monitoring problemów i potrzeb osób z zaburzeniami otępiennymi oraz ich bliskich
3. Wzmacnianie potencjału osób niepełnosprawnych
- wyrównywanie szans edukacyjnych niepełnosprawnych uczniów i studentów mieszkających na Dolnym Śląsku
 - poprawa dostępności infrastruktury publicznej dla osób niepełnosprawnych z uwzględnieniem idei projektowania uniwersalnego, w tym realizacja zadania dofinansowania robót budowlanych obiektów służących rehabilitacji oraz „Programu wyrównywania różnic między regionami”
 - wspieranie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w kulturze, turystyce i sporcie
 - wzrost poziomu kształcenia osób niepełnosprawnych

4. Rozwój usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, osób z doświadczeniem choroby psychicznej i ich bliskich
 - poprawa jakości usług zdrowotnych i pomocy społecznej świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i z doświadczeniem choroby psychicznej
 - wsparcie i rozwój środowiskowych form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi i osób z doświadczeniem choroby psychicznej
 - wsparcie i rozwój działań wspomagających społeczne i zawodowe funkcjonowanie osób z zaburzeniami o podłożu psychicznym
 - wspieranie uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w kulturze, sporcie, rekreacji i turystyce
 - upowszechnianie wiedzy związanej z problematyką zaburzeń psychicznych oraz promocja działań profilaktycznych w tym obszarze
 - kształtowanie w świadomości społecznej pozytywnych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, wolnych od stereotypów, uprzedzeń i strachu
 - tworzenie i rozwój form wsparcia formalnych i nieformalnych opiekunów osób borykających się z zaburzeniami psychicznymi
 - rozpoznawanie i monitoring problemów i potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich bliskich

5. Przeciwdziałanie zjawisku bezdomności
 - wsparcie i rozwój rozwiązań systemowych na rzecz ograniczania skali zjawiska bezdomności
 - poszukiwanie i promocja nowatorskich rozwiązań umożliwiających osobom bezdomnym reintegrację społeczną
 - wsparcie i popularyzacja projektów i działań nastawionych na aktywizację osób bezdomnych na rzecz wychodzenia z bezdomności
 - rozpoznawanie przyczyn bezdomności oraz upowszechnianie działań profilaktycznych i osłonowych w tym obszarze
 - upowszechnianie wiedzy na temat programów reintegracji społecznej osób bezdomnych
 - wsparcie i rozwój systemu wsparcia (poradnictwo psychologiczne, pedagogiczne, doradztwo zawodowe, prawne, pomoc finansowa i rzeczowa) dla osób i rodzin zagrożonych bezdomnością i wychodzących z bezdomności

6. Wzrost poziomu spójności społecznej poprzez zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem
 - przeciwdziałanie głównym przyczynom powodującym ubóstwo (przede wszystkim problemowi bezrobocia)
 - przeciwdziałanie zjawisku dziedziczenia ubóstwa poprzez objęcie wsparciem dzieci i młodzieży żyjącej w rodzinie/ środowisku narażonym na wykluczenie społeczne

- promocja oraz wsparcie działań samopomocowych /pomocy środowiskowej zgodnie z ideą społecznie odpowiedzialnego terytorium
- promocja oraz wsparcie działań na rzecz powstawania miejsc pracy dla osób doświadczających ubóstwa/ wykluczenia poprzez m.in. rozwój chronionego rynku pracy oraz sektora ekonomii społecznej
- podejmowanie działań zmierzających do zapewnienia odpowiedniego względem zapotrzebowania dostępu do mieszkań socjalnych, chronionych i wspomaganych
- zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych, edukacyjnych, zdrowotnych, prawnych i obywatelskich skierowanych do osób doświadczających problemu ubóstwa
- przeciwdziałanie dyskryminacji i marginalizacji osób dotkniętych ubóstwem
- popularyzacja i wdrażanie innowacyjnych form/ instrumentów przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu
- współpraca oraz wzmocnienie potencjału instytucji zajmujących się pomocą osobom dotkniętym ubóstwem

Priorytet 3. Przeciwdziałanie uzależnieniom

Działania:

1. Przeciwdziałanie zjawisku nadużywania alkoholu

- rozpoznawanie głównych problemów związanych z nadużywaniem alkoholu oraz tworzenie programów terapeutycznych i pomocowych
- wsparcie i rozwój form pomocy dla osób nadużywających alkoholu
- wsparcie i rozwój form pomocy dla członków rodziny osób nadużywających alkoholu
- upowszechnianie wiedzy o formach i narzędziach pracy z osobami nadużywającymi alkoholu, członkami ich rodziny oraz społecznością lokalną, w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom tego zjawiska

2. Przeciwdziałanie narkomanii i innym uzależnieniom behawioralnym

- rozpoznawanie głównych problemów związanych z narkomanią i innymi uzależnieniami behawioralnymi oraz tworzenie programów terapeutycznych i pomocowych
- wsparcie i rozwój form pomocy dla osób dotkniętych narkomanią oraz innymi uzależnieniami behawioralnymi
- wsparcie i rozwój form pomocy dla członków rodziny osób dotkniętych narkomanią oraz innymi uzależnieniami behawioralnymi
- upowszechnianie wiedzy o formach i narzędziach pracy z osobami zażywającymi narkotyki oraz uzależnionymi od czynników behawioralnych, członkami ich rodziny

oraz społecznością lokalną, w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom tego zjawiska

3. Upowszechnianie wiedzy o uzależnieniach oraz promowanie zdrowego stylu życia
 - upowszechnianie wiedzy o mechanizmach i konsekwencjach uzależnień
 - kształtowanie świadomości i postaw społecznych wobec substancji psychoaktywnych
 - upowszechnianie i rozwój form pracy z dziećmi i młodzieżą w celu przeciwdziałania uzależnieniom oraz kształtowaniu właściwych postaw wobec substancji psychoaktywnych
 - promocja wzorców zachowań wolnych od uzależnień w okresie ciąży i karmienia
 - rozpowszechnianie informacji o instytucjach oferujących pomoc osobom uzależnionym oraz ich bliskim
 - promocja zdrowego trybu życia wolnego od uzależnień

Priorytet 4. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Działania:

1. Przeciwdziałanie zjawisku przemocy w rodzinie
 - upowszechnianie wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie, jego przejawów i form
 - propagowanie w świadomości społecznej wzorców zachowań wolnych od agresji oraz kształtowanie postaw i sposobów reakcji wobec zjawiska przemocy
 - upowszechnianie metod radzenia sobie z negatywnymi emocjami w relacjach interpersonalnych
 - rozpoznawanie głównych przyczyn przemocy w rodzinie i podejmowanie działań mających na celu niwelowanie ich występowania i wpływu
2. Tworzenie spójnych, opartych na aktualnej wiedzy i doświadczeniu praktycznym narzędzi pracy z osobami doświadczającymi przemocy oraz sprawcami przemocy
 - opracowanie ramowych programów oddziaływań korekcyjno – edukacyjnych wobec sprawcy przemocy w rodzinie
 - opracowanie ramowych programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie
 - opracowanie ramowych programów pracy z dziećmi doświadczającymi przemocy (jako ofiary, świadkowie i sprawcy)
 - tworzenie i upowszechnianie narzędzi służących minimalizowaniu skali przemocy rówieśniczej w szkołach
 - tworzenie i upowszechnianie narzędzi służących przeciwdziałaniu przemocy w środowisku pracowniczym, ze szczególnym uwzględnieniem mobbingu

3. Wzmocnienie potencjału instytucji i organizacji realizujących zadania mające na celu przeciwdziałanie przemocy w rodzinie
- wsparcie działań podejmowanych przez samorządy lokalne oraz podmioty niepubliczne na rzecz ograniczania skali występowania tego zjawiska
 - promowanie i popularyzacja innowacyjnych metod pracy związanych z ograniczaniem skali zjawiska przemocy w rodzinie
 - upowszechnianie wiedzy i umiejętności związanych z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie
 - wsparcie i umacnianie współpracy różnych podmiotów zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie

Makrosfera AKTYWIZACJA

Makrosfera AKTYWIZACJA obejmuje działania o charakterze aktywizacyjnym, pobudzanie aktywności określonych kategorii społecznych, aktywna polityka społeczna, profilaktyka – promocja określonych wartości, postaw, stylów życia, ekonomia społeczna. W makrosferze tej ujęto również całokształt działań skierowanych do osób bezrobotnych, ponieważ ich nadrzędnym celem jest powrót do aktywnego zaangażowania na rynku pracy, stąd nawet działania osłonowe i wspierające służą aktywizacji na rynku pracy.

PRIORYTETY I DZIAŁANIA

Priorytet 5. Aktywizacja społeczna osób starszych

Działania:

1. Propagowanie działań związanych z „dobrym starzeniem się”, pozwalającym na jak najdłuższe zachowanie sprawności, samodzielności i aktywności w życiu społecznym i zawodowym
 - upowszechnianie wiedzy na temat istotnych kwestii związanych z problematyką starzenia się organizmu i radzenia sobie z niekorzystnymi aspektami tego procesu
 - promocja i wsparcie działań profilaktycznych mających na celu opóźnienie wystąpienia zmian geriatrycznych
 - tworzenie i rozwój kompleksowych programów na rzecz aktywizacji seniorów
 - promocja i upowszechnianie zasad zdrowego trybu życia w całościowym cyklu życia człowieka
2. Wspieranie i popularyzacja oferty spędzania czasu wolnego, rozwoju intelektualnego, aktywności fizycznej
 - wspieranie rozwiązań na rzecz preferencyjnego dostępu seniorów do kultury, edukacji, rekreacji i sportu
 - upowszechnianie informacji o ofercie spędzania czasu wolnego, rozwoju intelektualnego, aktywności fizycznej
 - promocja cyklicznych imprez poświęconych problematyce senioralnej
 - upowszechnianie i promocja rozwiązań i projektów służących aktywizacji seniorów
3. Zwiększanie roli osób starszych w życiu społeczności lokalnych, rozwój potencjału osób starszych w perspektywie indywidualnej i społecznej
 - wsparcie i upowszechnianie idei funkcjonowania rad seniorów w społecznościach lokalnych
 - wsparcie i popularyzacja idei tworzenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku jako modelowych placówek rozwoju i aktywizacji w wieku senioralnym
 - promocja i wsparcie wolontariatu senioralnego
 - monitoring problemów i potrzeb osób starszych
 - budowanie pozytywnego wizerunku osób starszych w świadomości społecznej

- popularyzacja idei korzystania z potencjału osób starszych jako istotnego zasobu społeczności lokalnej
4. Pobudzenie rozwoju „srebrnej gospodarki”
 - upowszechnianie wiedzy na temat „srebrnej gospodarki”
 - popularyzacja informacji o podmiotach i ofercie „srebrnej gospodarki”
 - wsparcie i rozwój systemu doradztwa dla osób i podmiotów zainteresowanych aktywnością w obszarze „srebrnej gospodarki”
 - monitoring stanu i kierunków rozwoju „srebrnej gospodarki”

Priorytet 6. Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu osób niepełnosprawnych

Działania:

1. Zwiększenie aktywności zawodowej wśród niepełnosprawnych Dolnoślązaków
 - współfinansowanie tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej
 - zwiększenie zatrudnienia osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku
 - realizacja projektu systemowego „Sprawni w pracy” wprowadzającego instytucję osobistego asystenta do systemu wsparcia osób niepełnosprawnych
2. Poprawa wizerunku osoby niepełnosprawnej w świadomości społecznej
 - prowadzenie kampanii społecznych łamiących stereotypy o osobach niepełnosprawnych, w tym DOLNY ŚLĄSK BEZ BARIER
 - realizacja otwartych konkursów ofert dla organizacji pozarządowych na nowatorskie i skuteczne działania promujące aktywność zawodową i społeczną niepełnosprawnych Dolnoślązaków
3. Zwiększenie możliwości czynnego uprawiania turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku
 - opracowanie jednolitego systemu informacji turystycznej z uwzględnieniem standardów dostosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych
4. Zwiększenie dostępu osób niepełnosprawnych do różnych sfer życia społecznego i zawodowego poprzez wykorzystanie nowych technologii
 - rozwój e-usług, m.in. w zakresie: tworzenia i promowania mechanizmów elastycznych i aktywnych form zatrudnienia przeciwdziałających wykluczeniu osób niepełnosprawnych z rynku pracy oraz wspomaganie osób niepełnosprawnych, szczególnie usługach uzupełniających system ochrony zdrowia

5. Podniesienie możliwości wykorzystania potencjału osób niepełnosprawnych do rozwoju gospodarki Dolnego Śląska
 - promocja idei społecznej odpowiedzialności biznesu związanej z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych

Priorytet 7. Rozwój sprzyjający wykorzystaniu zasobów na rynku pracy

Działania:

1. Poprawa zatrudnialności osób pozostających bez zatrudnienia, znajdujących się w szczególnie niekorzystnej sytuacji na rynku pracy
 - wspieranie osób młodych w wejściu i utrzymaniu się na rynku pracy
 - wspieranie i aktywizacja osób starszych
 - wspieranie zatrudnienia i utrzymania się na rynku pracy osób niepełnosprawnych
 - integracja i reintegracja zawodowa kobiet
 - przeciwdziałanie i zwalczanie długotrwałego bezrobocia
 - indywidualizowanie wsparcia dla grup szczególnego ryzyka
 - reorientacja zawodowa osób zagrożonych procesami restrukturyzacyjnymi
 - podnoszenie kwalifikacji i kompetencji zawodowych
 - wspieranie przedsiębiorczości i samozatrudnienia
 - zwiększenie mobilności zawodowej i terytorialnej
 - promocja aktywnej polityki rynku pracy poprzez wsparcie grup szczególnego ryzyka
 - rozwój i modernizacja instrumentów i usług rynku pracy
 - poprawa efektywności instytucji rynku pracy
 - koordynacja kierunków kształcenia i szkolenia z potrzebami rynku pracy
2. Poprawa adaptacyjności osób aktywnych zawodowo i pracodawców
 - wspieranie mobilności zawodowej i terytorialnej pracowników
 - upowszechnianie elastycznych form zatrudnienia
 - budowanie trwałych przewag konkurencyjnych przedsiębiorstw
 - poprawa jakości podejmowanej i prowadzonej działalności gospodarczej
 - wspieranie pracodawców przechodzących procesy modernizacyjne i adaptacyjne
3. Poprawa społeczno-zdrowotnych zasobów pracy
 - poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy
 - eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy
 - poprawa dostępu oraz podniesienie jakości usług społecznych i zdrowotnych ułatwiających powrót na rynek pracy
 - wprowadzenie rozwiązań zapewniających szerszy dostęp do opieki nad osobami zależnymi

- wspieranie działań dotyczących ochrony zdrowia

Priorytet 8. Promocja aktywnej polityki społecznej jako narzędzia integracji społecznej

Działania:

1. Pobudzanie aktywności osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym
 - wykorzystanie aktywnych form integracji społecznej oraz wzmocnienie działań pomocowych dla grup znajdujących się w sytuacji szczególnego ryzyka (w tym grup specyficznych na danym terytorium)
 - upowszechnianie wiedzy o możliwościach i programach aktywizacyjnych skierowanych do osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym
 - wsparcie i rozwój działań samopomocowych wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i w społecznościach lokalnych
2. Rozwój ekonomii społecznej
 - popularyzacja ekonomii społecznej jako instrumentu reintegracji społeczno – zawodowej
 - pobudzanie aktywności osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym w kierunku tworzenia podmiotów ekonomii społecznej
 - budowanie systemu wymiany informacji i doświadczeń podmiotów sektora ekonomii społecznej
 - upowszechnianie wiedzy o instrumentach finansowych wspierających funkcjonowanie i rozwój sektora gospodarki społecznej
 - promocja idei gospodarki społecznej wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego
 - rozwój instytucji wspierających rozwój gospodarki społecznej w powiązaniu z rozwojem lokalnym i regionalnym
 - inspirowanie i wspieranie działań na rzecz budowania trwałości podmiotów ekonomii społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem przedsiębiorstw społecznych
 - inspirowanie i wspieranie działań na rzecz profesjonalizacji funkcjonowania podmiotów ekonomii społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem przedsiębiorstw społecznych
 - popularyzacja przedsiębiorstw społecznych jako kreatora miejsc pracy
 - upowszechnianie stosowania klauzul społecznych w zamówieniach publicznych
 - upowszechnianie zasad CSR (społecznej odpowiedzialności biznesu) w działalności podmiotów gospodarczych
3. Tworzenie i upowszechnianie instrumentów aktywnej polityki społecznej wśród podmiotów odpowiedzialnych za jej wdrażanie
 - upowszechnianie wiedzy o instrumentach aktywnej polityki społecznej i ich rozwój

- poszukiwanie nowatorskich metod i narzędzi rozwiązywania problemów społecznych, opartych na pobudzaniu potencjału jednostki i jej aktywności w przezwyciężaniu trudności życiowych
 - monitoring wykorzystania i skuteczności instrumentów aktywnej polityki społecznej
4. Kreowanie pozytywnych postaw wobec aktywizacji społecznej
- promocja aktywności jako postawy ukierunkowanej na przezwyciężenie trudności życiowych i osiągnięcie niezależności
 - upowszechnianie wiedzy o inicjatywach i projektach zorientowanych na aktywizację społeczną i ich rezultatach
5. Animacja środowisk lokalnych, pobudzanie potencjału społeczności lokalnych poprzez wykorzystywanie jej wewnętrznych zasobów
- wsparcie działań ukierunkowanych na wzmacnianie poczucia tożsamości lokalnej i umacnianie więzi wspólnotowych
 - upowszechnianie wiedzy o metodach diagnozowania potencjału społeczności lokalnej i tworzenie narzędzi diagnostycznych
 - wspieranie inicjatyw służących budowaniu lokalnych systemów współpracy i programów rozwiązywania problemów społecznych występujących w skali lokalnej
 - pobudzanie i wspieranie lokalnych inicjatyw, służących zaspokojeniu potrzeb społeczności lokalnej
 - wspieranie liderów społeczności lokalnych
 - propagowanie działań animacyjnych w społeczności lokalnej
 - upowszechnianie wiedzy, umiejętności, narzędzi i technik ukierunkowanych na rozwiązywanie specyficznych problemów społeczności lokalnych

Makrosfera INTEGRACJA

Makrosfera INTEGRACJA obejmuje działania mające charakter całościowy, skierowane na rzecz ogółu społeczności dolnośląskiej, harmonijnego rozwoju województwa jako całości – działania międzygeneracyjne, tworzenie sieci, budowa kapitału społecznego i obywatelskiego, pobudzanie i promowanie innowacji w sferze społecznej – badania, transfer wiedzy, dobrych praktyk i nowatorskich rozwiązań.

PRIORYTETY I DZIAŁANIA

Priorytet 9. Wsparcie idei społeczeństwa obywatelskiego

Działania:

1. Budowa partnerstwa publiczno-społecznego w zakresie pożytku publicznego
 - promowanie dialogu i partnerstwa między wszystkimi zainteresowanymi podmiotami (publicznymi, prywatnymi i społecznymi)
 - budowanie partnerskich relacji między administracją publiczną i organizacjami pozarządowymi w realizacji zadań publicznych
 - wspieranie powstawania lokalnych inicjatyw obywatelskich w zakresie działalności pożytku publicznego, służących budowie społeczeństwa obywatelskiego
2. Wspieranie instytucji społeczeństwa obywatelskiego
 - wspieranie systemu pomocy adresowanego do organizacji pozarządowych
 - wspieranie budowy zaplecza społecznego organizacji pozarządowych, zarówno rozwoju profesjonalnego personelu, jak i bazy członkowskiej oraz wolontariuszy
 - wzmocnienie stabilności finansowej i organizacyjnej organizacji pozarządowych
3. Wsparcie postaw obywatelskich
 - kształtowanie świadomości obywatelskiej,
 - kształtowanie postaw społecznych i gospodarczych, tożsamości regionalnej, a także wzmacnianie więzi wspólnotowych i aktywności obywatelskiej mieszkańców regionu
 - wspieranie działań ułatwiających obywatelom szeroki dostęp do rzetelnej informacji oraz porad obywatelskich (system informacji i poradnictwa)
4. Wzmocnienie partycypacji obywatelskiej
 - promocja mechanizmów konsultacji publicznych i zasad „open government”
 - wzmocnienie instytucjonalnych form dialogu obywatelskiego
 - wspieranie inicjatyw lokalnych jako formy skutecznego rozwiązywania problemów lokalnych

Priorytet 10. Pobudzanie i promowanie innowacji w obszarze polityki społecznej

Działania:

1. Monitorowanie i diagnoza procesów i zjawisk społecznych mających wpływ na jakość życia mieszkańców regionu

- rozpoznawanie i diagnoza istotnych problemów społecznych w perspektywie lokalnej i regionalnej
 - diagnoza potrzeb mieszkańców województwa dolnośląskiego w relacji do dostępności i jakości usług społecznych
 - monitoring dostępności i jakości usług społecznych w ujęciu przestrzennym
 - diagnoza zasobów systemu pomocy i integracji społecznej
2. Poszukiwanie i inspirowanie nowatorskich rozwiązań w obszarze polityki społecznej
- inspirowanie i promocja innowacyjnych rozwiązań w obszarze polityki społecznej służących poprawie jakości świadczenia usług społecznych i zapewniających wysoką jakość życia mieszkańców województwa
 - poszukiwanie i testowanie nowatorskich rozwiązań w obszarze polityki społecznej
 - tworzenie banków/baz nowatorskich pomysłów, projektów i programów
 - upowszechnianie wiedzy na temat kierunków rozwoju polityki społecznej w perspektywie europejskiej
 - uwzględnianie perspektywy klienta (jego potrzeb, możliwości i ograniczeń) w planowaniu i świadczeniu usług społecznych
 - upowszechnianie wykorzystania zaawansowanych technologii teleinformacyjnych w świadczeniu usług społecznych
 - tworzenie i wspieranie innowacyjnych projektów pilotażowych
3. Działania na rzecz wzmocnienia więzi międzygeneracyjnych, opartych na wzajemnym szacunku i współodpowiedzialności za swój los
- kształtowanie systemów wartości i postaw dzieci i młodzieży poprzez kontakt z osobami starszymi, będącymi autorytetami społecznymi
 - promocja i wspieranie działań międzygeneracyjnych
 - promocja i wspieranie wolontariatu międzygeneracyjnego
4. Upowszechnianie „dobrych praktyk”, mające na celu wzmocnienie potencjału instytucji i organizacji prowadzących działania na rzecz osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym
- promocja wśród kadr służb społecznych „dobrych praktyk” służących rozwiązywaniu problemów społecznych
 - monitoring projektów i programów, mających na celu rozwiązywanie problemów społecznych, służący ocenie ich skuteczności i możliwości adaptacyjnych
 - inicjowanie i wspieranie dyskusji związanych z transferem „dobrych praktyk” na poziomie lokalnym

Makrosfera WSPÓLDZIAŁANIE

Makrosfera WSPÓLDZIAŁANIE obejmuje tworzenie powiązań instytucjonalnych na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym, mechanizmów kooperacyjnych z partnerami społecznymi i gospodarczymi, dbałość o wysokie kwalifikacje i kompetencje kadr służb społecznych, doskonalenie sposobów i jakości świadczenia usług społecznych.

PRIORYTETY I DZIAŁANIA

Priorytet 11. Doskonalenie jakości systemu usług społecznych

Działania:

1. Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji zawodowych kadr służb społecznych
 - podnoszenie poziomu wiedzy i kompetencji kadr służb społecznych
 - kształtowanie umiejętności niezbędnych do oddziaływań ukierunkowanych na rozpoznawanie potrzeb osób, grup i społeczności lokalnych oraz ich aktywizację w celu samodzielnego rozwiązywania swoich problemów
 - kształtowanie umiejętności diagnostycznych kadr służb społecznych
 - tworzenie i upowszechnianie narzędzi profilaktycznych, mających na celu przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu kadr służb społecznych
 - tworzenie i wspieranie sieci doradztwa zawodowego dla kadr służb społecznych
2. Kształtowanie pozytywnego wizerunku kadr służb społecznych w świadomości społecznej
 - upowszechnianie wiedzy o specyfice pracy kadr służb społecznych w świadomości społecznej
 - poprawa medialnego wizerunku kadr służb społecznych
 - upowszechnianie wiedzy na temat kształtowania relacji z mediami i tworzenia wizerunku swojej instytucji
3. Tworzenie i wzmacnianie systemów świadczenia usług społecznych opartych na partnerstwie, komplementarności i wykorzystaniu zasobów endogenicznych
 - tworzenie i wspieranie forów wymiany doświadczeń i budowania rozwiązań systemowych
 - upowszechnianie wiedzy na temat tworzenia powiązań sieciowych w dostarczaniu usług społecznych
 - wspieranie programów i projektów ponadlokalnych opartych na współpracy i partnerstwie
 - wspieranie i promocja inicjatyw służących rozwiązywaniu problemów społecznych w skali ponadlokalnej
 - budowanie i wspieranie „sieci inicjatyw”
 - rozpoznawanie zasobów społeczności lokalnych i wykorzystywanie ich potencjału w celu poprawy jakości życia mieszkańców
 - wspieranie i współdziałanie z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym

4. Umacnianie współpracy z samorządami lokalnymi i instytucjami administracji rządowej
 - tworzenie mechanizmów współpracy z samorządami lokalnymi opartych na partnerstwie i komplementarności działań
 - wymiana informacji, wiedzy i doświadczenia pomiędzy samorządami lokalnymi i instytucjami administracji rządowej

5. Rozwój współpracy międzynarodowej, ukierunkowanej na wymianę doświadczeń oraz tworzenie wspólnych nowatorskich rozwiązań w obszarze polityki społecznej
 - inicjowanie, realizacja i wspieranie wspólnych projektów i programów z zakresu polityki społecznej podejmowanych przez partnerów polskich i zagranicznych
 - inicjowanie i wspieranie tworzenia partnerstw mających na celu realizację zadań na rzecz integracji społecznej przy wykorzystaniu funduszy unijnych
 - wymiana doświadczeń i wiedzy na temat rozwiązań systemowych odnoszących się do przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu
 - propagowanie nowatorskich rozwiązań własnych i zagranicznych w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu oraz integracji społecznej
 - upowszechnianie wiedzy o możliwościach uczestniczenia w inicjatywach o charakterze międzynarodowym

6. Efektywniejsze gospodarowanie środkami finansowymi znajdującymi się w systemie pomocy społecznej
 - monitoring jakości świadczenia usług w relacji do ich kosztów
 - monitoring świadczeń społecznych w relacji do rzeczywistych potrzeb beneficjentów systemu pomocy i integracji społecznej
 - dopasowanie infrastruktury społecznej do cyklu życia człowieka
 - inicjowanie i wspieranie rozwiązań mających na celu zwiększenie efektywności świadczenia usług społecznych

RAMY FINANSOWE

Podstawowym źródłem finansowania działań strategicznych ujętych w DSIS jest budżet Województwa Dolnośląskiego, ze szczególnym uwzględnieniem kwot ujętych w Wieloletniej Prognozie Finansowej Województwa Dolnośląskiego.

Dodatkowymi źródłami finansowania będą środki krajowe pochodzące z budżetu państwa (np. w ramach realizacji zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, środki funduszy celowych – np. PFRON, Fundusz Pracy, , środki programów krajowych – np. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego), środki pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia, środki finansowe pochodzące z funduszy europejskich w ramach nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020 oraz międzynarodowych instytucji finansowych.

Na ich ostateczną wielkość, jak i sposób alokacji wpływać będzie szereg czynników, których wpływ na obecnym etapie jest trudny do oszacowania.

Istotnym wsparciem urzeczywistnienia założeń Strategii powinna być współpraca z samorządami szczebla gminnego i powiatowego przy realizacji zadań służących integracji społecznej i poprawie jakości życia mieszkańców województwa dolnośląskiego. Elementem współdziałania partnerów w realizacji wspólnych przedsięwzięć powinien być wkład finansowy lub rzeczowy, na poziomie adekwatnym do posiadanych możliwości oraz osiągniętych dzięki współdziałaniu korzyści. Uzupełnieniem źródeł finansowania inicjatyw o charakterze ponadlokalnym mogą być również środki finansowe podmiotów społecznych i prywatnych, krajowych i zagranicznych.

Preferowanymi formami współpracy, obok partnerstw publiczno – publicznych, powinny stać się partnerstwa publiczno – społeczne i publiczno - prywatne

SPOSÓB REALIZACJI DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2014-2020 / SYSTEM WDRAŻANIA

Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020 stanowi dokument nadrzędny wobec Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020, stąd też założenia wdrożeniowe określone dla SRWD 2020 odnoszą się również do DSIS na lata 2014-2020. Strategia realizowana będzie w oparciu o zasadę subsydiarności, współdziałania i partnerstwa, mobilizacji i konsolidacji endogennych zasobów społeczności dolnośląskiej.

DSIS jest dokumentem o charakterze operacyjno-wdrożeniowym dla Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020. Ze względu na zakres merytoryczny ma wymiar horyzontalny, obejmuje bowiem swoim zakresem różne makrosfery aktywności i integracji społecznej. Wymaga uwzględnienia w istniejącej strukturze wdrażania mechanizmów, które zapewnią realizację działań z uwzględnieniem różnych podmiotów odpowiedzialnych i realizujących poszczególne działania i cele.

Podsystem instytucjonalny

Ze względu na ograniczony do sfery społecznej charakter działań, objętych Dolnośląską Strategią Integracji Społecznej na lata 2014-2020, podmiotami odpowiedzialnymi za wdrażanie i realizację zadań wynikających z zapisów DSIS będą wydziały Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego i jednostki organizacyjne samorządu województwa działające w obszarze ochrony zdrowia, rynku pracy, niepełnosprawności, pomocy i integracji społecznej, profilaktyki uzależnień, współpracy z organizacjami pozarządowymi, funduszy europejskich w aspekcie integracji społecznej. Działania tych podmiotów są spójne i komplementarne wobec działań pozostałych wydziałów UMWD i jednostek organizacyjnych Województwa Dolnośląskiego.

Partnerami regionalnymi w realizacji zadań strategicznych będą instytucje pomocy i integracji społecznej, instytucje ochrony zdrowia, rynku pracy, (itp.) należące do samorządów lokalnych lub będące jednostkami administracji rządowej, organizacje pozarządowe, podmioty gospodarcze, w tym podmioty gospodarki społecznej, szkoły wyższe, instytuty badawcze, partnerstwa wielosektorowe i inne.

Warto uwzględnić również fakt, iż wdrażanie Strategii i realizacja celów strategicznych w niej zawartych, podlega wpływom instytucji zewnętrznych wobec samorządu województwa (np. władze krajowe, unijne), których znaczenie w chwili obecnej jest trudne do oszacowania, a może wpływać na modyfikację zarówno kierunków działań, jak i instrumentów wykorzystywanych w procesie wdrażania zapisów DSIS na lata 2014-2020.

Podsystem programowania

Dokumentem nadrzędnym, wyznaczającym kierunki i zakres działań w odniesieniu do sfery społecznej jest Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020. DSIS na lata 2014-2020 jest wobec niej dokumentem komplementarnym, precyzując i uszczegóławiając zakres podmiotowych działań.

Zapisy DSIS na lata 2014-2020 stanowią podstawę merytoryczną i organizacyjną dla programów wojewódzkich, które w sposób szczegółowy ujmują istotne zagadnienia z punktu widzenia rozwoju społecznego województwa, wewnętrznej spójności i integracji regionu oraz wysokiej jakości życia jego mieszkańców, pozwalające na wdrożenie konkretnych rozwiązań.

Wśród programów tych należy wymienić:

- Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016
- Dolnośląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – Modernizacja opieki psychiatrycznej
- Wieloletni regionalny plan działań na rzecz promocji i upowszechniania ekonomii społecznej oraz rozwoju instytucji sektora ekonomii społecznej i jej otoczenia w województwie dolnośląskim (2012 – 2020)
- Program współpracy Samorządu Województwa Dolnośląskiego z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego na Dolnym Śląsku na lata 2014–2017

- Program „Dolnośląski Senior” – Przeciwdziałanie negatywnym następstwom wieku senioralnego *(w przygotowaniu)*
- Program „Dolnośląska psychogeriatrya” – Opieka nad mieszkańcami Dolnego Śląska zagrożonymi konsekwencjami choroby Alzheimera oraz podobnych schorzeń wieku senioralnego *(w przygotowaniu)*
- Program pomocy społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu *(w przygotowaniu)*
- Wojewódzki program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych *(w przygotowaniu)*
- Program wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej *(w przygotowaniu)*
- Wojewódzki program przeciwdziałania przemocy w rodzinie *(w przygotowaniu)*

Podsystem koordynacji

Podsystem koordynacji Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020 prezentuje poniższy rysunek:



MONITORING

Dla prawidłowej realizacji Strategii konieczne jest prowadzenie stałych działań monitorująco-oceniających stan prac nad jej wdrożeniem. Prowadzone działania mają na celu uzyskanie informacji o tym czy:

1. założone cele i zadania są realizowane;
2. założone cele i zadania są zasadne;
3. zachodzi konieczność modyfikacji działań w przypadku zagrożeń realizacji założonych celów lub przeorientowanie celów i kierunków działań;
4. nakłady na realizację działań są adekwatne do efektów w perspektywie krótko i długofalowej;
5. zapewniona zostanie trwałość rezultatów realizacji działań.

Stąd też monitoring Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020 opierać się będzie na dwóch komplementarnych procesach, łączących w sobie elementy monitoringu i ewaluacji:

1. Pierwszym z nich jest ocena poziomu realizacji celów strategicznych określonych w Strategii na podstawie informacji sprawozdawczych i danych statystycznych
2. Drugi z procesów koncentrować się będzie na analizie skuteczności i efektywności narzędzi stosowanych w procesie osiągnięcia celów strategicznych.

Połączona analiza obu aspektów pozwoli na sformułowanie wniosków co do osiągniętych rezultatów, a jednocześnie umożliwi dokonanie niezbędnych modyfikacji czy korekt w odniesieniu przyszłych kierunków działań, jak i sposobów dążenia do przyjętych celów.

Za podstawowe źródła informacji służące monitoringowi Strategii powinny zostać uznane następujące elementy:

- wskaźniki określone dla poszczególnych celów strategicznych, pozwalające „zmierzyć” poziom zaawansowania realizacji celów strategicznych oraz kierunek zmian wynikających bezpośrednio lub pośrednio z działań podejmowanych w ramach Strategii
- dane statystyczne (dostępne w ramach Banku Danych Lokalnych, innych baz GUS oraz statystycznych baz branżowych w obszarze pomocy społecznej, rynku pracy, ochrony zdrowia, aktywności obywatelskiej)
- informacje sprawozdawcze/ dokumentacja sprawozdawcza, będąca opisowym podsumowaniem konkretnych działań i projektów służących realizacji celów strategicznych, sporządzana na specjalnym formularzu, przygotowanym na potrzeby monitoringu
- empiryczne badania ewaluacyjne.

W celu zharmonizowania metodologii prowadzenia działań monitorująco – ewaluacyjnych rekomenduje się utworzenie Podzespołu ds. monitorowania Dolnośląskiej Strategii Integracji

Spółecznej na lata 2014-2020 w ramach struktury Komitetu Koordynującego ds. Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020.

Do kompetencji Podzespołu ds. monitorowania Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020 należałoby m.in.:

- opracowanie narzędzia sprawozdawczego służącego monitorowaniu stopnia zaawansowania realizacji DSIS na lata 2014-2020 oraz osiągniętych wskaźników przez jednostki i wydziały UMWD
- określenie harmonogramu zbierania informacji sprawozdawczych, wskazanie podmiotów uczestniczących w procesie monitoringu oraz zakresu ich uczestnictwa
- określenie harmonogramu spotkań Podzespołu
- przygotowanie raportu podsumowującego dotychczasowe rezultaty wdrażania DSIS na lata 2014-2020 oraz wskazanie rekomendacji do niezbędnych zmian w jej realizacji.

WSKAŹNIKI

L.p.	Rodzaj wskaźnika	Źródło danych
1.	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	GUS
2.	Wysokość środków finansowych przekazanych organizacjom pozarządowym z budżetu województwa na realizację zadań publicznych	SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI PROGRAMÓW WSPÓŁPRACY SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI ORAZ INNYMI PODMIOTAMI PROWADZĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ POŻYTKU PUBLICZNEGO NA DOLNYM ŚLĄSKU
3.	Liczba warsztatów, szkoleń, konferencji zorganizowanych przez UMWD dla organizacji pozarządowych, mających na celu ich rozwój i profesjonalizację	SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI PROGRAMÓW WSPÓŁPRACY SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI ORAZ INNYMI PODMIOTAMI PROWADZĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ POŻYTKU PUBLICZNEGO NA DOLNYM ŚLĄSKU
4.	Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	BAEL GUS
5.	Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych	BAEL GUS
6.	Liczba uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego uczących się w oddziałach specjalnych	GUS
7.	Liczba zakładów aktywności zawodowej, które uzyskały wsparcie	DANE WEWNĘTRZNE WYDZIAŁÓW UMWD
8.	Liczba ofert złożonych przez organizacje pozarządowe na realizację zadań publicznych na rzecz osób niepełnosprawnych	DANE WEWNĘTRZNE WYDZIAŁÓW UMWD
9.	Liczba organizacji pozarządowych, które otrzymały dofinansowanie na realizację zadań publicznych na rzecz osób niepełnosprawnych	DANE WEWNĘTRZNE WYDZIAŁÓW UMWD
10.	Liczba zakładów opieki zdrowotnej wyposażonych w sprzęt rehabilitacyjny	DANE WEWNĘTRZNE WYDZIAŁÓW UMWD
11.	Ludność korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej na 10.000 ludności	BDL GUS
12.	Liczba mieszkańców chronionych	DUW

13.	Liczba osób korzystających z poradnictwa specjalistycznego	DUW
14.	Liczba dzieci i młodzieży objętych programem dożywiania	DUW
15.	Liczba rodzin zastępczych	OZPS
16.	Liczba adopcji	DANE WEWNĘTRZNE DOPS
17.	Liczba UTW	OZPS
18.	Liczba badań poświęconych problematyce społecznej	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK I WYDZIAŁÓW UMWD
19.	Liczba publikacji dotyczących polityki społecznej	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK I WYDZIAŁÓW UMWD
20.	Liczba kampanii społecznych odnoszących się do kwestii priorytetów i działań ujętych w DSIS	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK I WYDZIAŁÓW UMWD
21.	Liczba nowych programów w zakresie profilaktyki chorób psychicznych	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
22.	Liczba osób biorących udział w programach w zakresie zachowań prozdrowotnych tj. utrzymania i poprawy zdrowia do późnej starości	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
23.	Liczba programów realizujących cele NPOZP	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
24.	Liczba podmiotów w tym leczniczych realizujących programy w zakresie profilaktyki chorób psychicznych w tym zachowań prozdrowotnych służącym utrzymaniu i poprawy zdrowia do późnej starości	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
25.	Liczba placówek opieki nad chorymi cierpiącymi na schorzenia otępienne	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
26.	Liczba nowych obiektów i po gruntownej modernizacji infrastruktury służącej udzielaniu świadczeń stacjonarnych, z uwzględnieniem zakupu sprzętu diagnostyczno – terapeutycznego	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
27.	Liczba grup wsparcia oraz placówek informacyjno – konsultacyjnych dla opiekunów osób cierpiących na choroby otępienne	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
28.	Liczba przeprowadzonych szkoleń obejmujących w szczególności lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarki, pracowników/opiekunów ośrodków stacjonarnych oraz dziennych i innych kadr medycznych w zakresie identyfikacji problemów i schorzeń wieku senioralnego	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW, DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA, DOLNOŚLĄSKIE OKRĘGOWE IZBY LEKAREK I POŁOŻNYCH

	oraz opieki nad osobami starszymi	
29.	Liczba uczestników szkoleń w zakresie psychiatrii, w tym psychogeriatрії	DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
30.	Liczba zrealizowanych programów z zakresu profilaktyki uzależnień	WOTUiW, DANE WEWNĘTRZNE JEDNOSTEK, UMWD, DUW
31.	Liczba wspartych podmiotów działających w sferze uzależnień	DANE WEWNĘTRZNE WYDZIAŁÓW UMWD
32.	Liczba odbiorców programów z zakresu profilaktyki uzależnień	DANE WEWNĘTRZNE WYDZIAŁÓW UMWD
33.	Stopa bezrobocia rejestrowanego	GUS
34.	Udział osób długotrwale bezrobotnych w liczbie zarejestrowanych ogółem	SPRAWOZDANIE MPiPS-01
35.	Udział osób bezrobotnych niepełnosprawnych w liczbie zarejestrowanych ogółem	SPRAWOZDANIE MPiPS-01
36.	Udział osób bezrobotnych powyżej 50 roku życia w liczbie zarejestrowanych ogółem	SPRAWOZDANIE MPiPS-01
37.	Udział bezrobotnych kobiet w liczbie zarejestrowanych ogółem	SPRAWOZDANIE MPiPS-01
38.	Udział osób bezrobotnych w wieku 25-34 lat w liczbie zarejestrowanych ogółem	SPRAWOZDANIE MPiPS-01