

UCHWAŁA NR XXXVII / 734 / 21
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
z dnia 30 września 2021 r.

w sprawie przyjęcia Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030

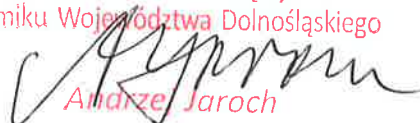
Na podstawie art. 18 pkt 20 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 1668 oraz z 2021 r. poz. 1038) oraz art. 16b i art. 21 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 i 2369 oraz z 2021 r. poz. 794 i 803) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Dolnośląską Strategię Integracji Społecznej na lata 2021-2030 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Dolnośląskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego


Anarze Jaroch

Załącznik do uchwały nr XXXVII/734/21
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego
z dnia 30 września 2021 r.

DOLNOŚLĄSKA STRATEGIA INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	3
DIAGNOZA SPOŁECZNA	6
UWAGI OGÓLNE	6
LUDNOŚĆ	6
RYNEK PRACY. BEZROBOCIE	10
SYTUACJA MATERIALNA I MIESZKANIOWA DOLNOŚLĄZAKÓW	20
UBÓSTWO JAKO CZYNNIK WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO	26
KONDYCJA DOLNOŚLĄSKIEJ RODZINY	32
INTEGRACJA SPOŁECZNA W EDUKACJI – OD NIERÓWNOŚCI KU EGALITARNOŚCI	40
ORGANIZACJE POZARZĄDOWE – ZARYS SEKTORA	49
EKONOMIA SPOŁECZNA I SOLIDARNA	62
KONDYCJA ŻYCIOWA OSÓB STARSZYCH	70
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	84
ZDROWIE PSYCHICZNE DOLNOŚLĄZAKÓW	101
PROFILAKTYKA I ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ	107
PRZEMOC W RODZINIE	114
SYSTEM WSPARCIA I POMOCY SPOŁECZNEJ	118
ANALIZA SWOT	133
CELE DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030 W RELACJI DO CELÓW STRATEGII ROZWOJU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO 2030 – ZESTAWIENIE CELE DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030	139
RAMY FINANSOWE	159
ZASADY REALIZACJI DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030	160
SYSTEM WDRAŻANIA	160
MONITORING I EWALUACJA	166
WSKAŹNIKI REALIZACJI DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030	167

WPROWADZENIE

W oparciu o art. 16b i art. 21 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej oraz o przepisy zawarte w ustawie o samorządzie województwa powołany Zarządzeniem nr 36/2020 Marszałka Województwa Dolnośląskiego z dnia 23.06.2020r. Zespół Roboczy ds. opracowania Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030, w oparciu o dokonaną diagnozę sytuacji demograficzno-społecznej województwa dolnośląskiego opracował zapisy Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030. Celem opracowania dokumentu jest dopasowanie kierunków i działań strategicznych w obszarze pomocy, aktywności i integracji społecznej do zapisów określonych w Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030.

DSIS na lata 2021-2030, stanowiąc integralną część Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030, jest jej dokumentem o charakterze operacyjno-wdrożeniowym, precyzującym i uszczegółwiającym działania Samorządu Województwa podejmowane w obszarze polityki społecznej. Ze względu na zakres merytoryczny ma wymiar horyzontalny, obejmuje bowiem swoim zakresem różne obszary aktywności i integracji społecznej. Opracowany dokument jest nawiązaniem i kontynuacją kierunków działań strategicznych zawartych w dokumencie strategicznym „Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2014-2020” przyjętego Uchwałą nr XLIV/1470/13 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 19 grudnia 2013 roku.

Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021-2030 składa się z trzech głównych części: diagnozy kondycji demograficznej i społecznej województwa dolnośląskiego, określenia celów strategicznych, celów operacyjnych i rodzajów działań strategicznych Województwa Dolnośląskiego w obszarze polityki społecznej oraz modułu wdrożeniowego.

Diagnoza społeczna sporządzona została w odniesieniu do istotnych zagadnień związanych z polityką i integracją społeczną, przy czym polityka społeczna ujmowana jest tu głównie w relacji do zagadnień określonych w art. 21 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej. 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, aktywność ekonomiczna ludności na Dolnym Śląsku, sytuacja materialna i mieszkaniowa Dolnoślązaków, ubóstwo jako czynnik wykluczenia społecznego, kondycja dolnośląskiej rodziny, edukacja, sytuacja III sektora, ekonomia społeczna, kondycja życiowa osób starszych, niepełnosprawność, zdrowie psychiczne, profilaktyka uzależnień, przemoc w rodzinie oraz system wsparcia i pomocy społecznej.

Diagnoza sporządzona została w oparciu o aktualne dane statystyczne, przy czym zakres ujmowanych problemów, perspektywa czasowa i terytorialna dla analiz w ramach poszczególnych obszarów diagnostycznych uzależnione są zarówno od dostępności źródeł danych, jak i od potrzeb związanych z przyszłą realizacją celów strategicznych. Diagnoza ma charakter prospektywny, uwzględnia nie tylko analizę zjawisk w ujęciu historycznym, lecz zakreśla, tam gdzie jest to możliwe, również perspektywę antycypacyjną.

Część druga zawiera określenie celu głównego, celów strategicznych i operacyjnych w sferze polityki społecznej dla Województwa Dolnośląskiego oraz rodzajów działań strategicznych w ramach każdego z celów operacyjnych.

Cześć trzecia obejmuje informacje na temat źródeł finansowania oraz zasad wdrażania i monitorowania działań strategicznych określonych w DSIS na lata 2021-2030.

Celem głównym DSIS na lata 2021-2030 jest

DAŻENIE DO ZAPEWNIENIA DOLNOŚLĄZAKOM WYSOKIEJ JAKOŚCI ŻYCIA OPARTEJ NA INTEGRACJI SPOŁECZNEJ, LEPSZYM DOPASOWANIU USŁUG SPOŁECZNYCH DO POTRZEB MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ORAZ TWORZENIU WARUNKÓW DO HARMONIJNEGO ROZWOJU W ŻYCIU INDYWIDUALNYM I SPOŁECZNYM.

Cel główny realizowany będzie przy pomocy następujących Celów Strategicznych:

1. BUDOWA POTENCJAŁU RODZINY DOLNOŚLĄSKIEJ
2. ROZWÓJ SPRZYJAJĄCY WYKORZYSTANIU ZASOBÓW NA RYNKU PRACY
3. PRZECIWDZIAŁANIE PAUPERYZACJI I WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU MIESZKAŃCÓW DOLNEGO ŚLĄSKA
4. ZNOSZENIE NIERÓWNOŚCI WYNIKAJĄCYCH ZE ZRÓŻNICOWANEGO DOSTĘPU DO EDUKACJI I RÓŻNIC W KAPITALE SPOŁECZNYM POPRZEC DIAGNOZĘ I REALIZACJĘ PROJEKTÓW ORAZ WSPARCIE SYSTEMOWE
5. WZMOCNIENIE REGIONALNEGO KAPITAŁU LUDZKIEGO I SPOŁECZNEGO
6. UPOWSZECHNIANIE I ROZWÓJ USŁUG WSPIERAJĄCYCH FUNKCJONOWANIE OSÓB STARSZYCH I O OGRANICZONEJ SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ W ŻYCIU CODZIENNYM I SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ
7. POBUDZANIE I WSPIERANIE AKTYWNOŚCI SENIORÓW W PERSPEKTYWIE INDYWIDUALNEJ I SPOŁECZNEJ
8. WZMOCNIENIE AUTONOMII I PRAWA DO SAMOSTANOWIENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI
9. ZAPEWNIENIE OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI WIELOSTRONNEJ OPIEKI ADEKWATNEJ DO ICH POTRZEB
10. INTEGRACJA NA RZECZ PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ
11. PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY W RODZINIE
12. WSPIERANIE I ROZWÓJ POTENCJAŁU INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ.

Dokument „Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021-2030” został poddany szerokim konsultacjom społecznym (samorządy lokalne, jednostki organizacyjne pomocy i integracji społecznej, organizacje pozarządowe, instytucje administracji rządowej, mieszkańcy województwa dolnośląskiego), a propozycje złożone w trakcie procesu konsultacji wnikliwie przeanalizowane i w miarę możliwości uwzględnione.

Zadaniem **Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030** 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. Zasadami organizującymi owe działania są pomocniczość, partnerstwo i współdziałanie, spójność, otwartość, mobilizacja i konsolidacja zasobów oraz oparcie o dowody. Zasadą horyzontalną wobec działań podejmowanych w ramach realizacji DSIS na lata 2021-2030 będzie również zasada zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, określonych w Ustawie z dnia 19 lipca 2019r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062).

Cele DSIS na lata 2021-2030 realizowane będą poprzez szereg programów wojewódzkich, projektów oraz zadań strategicznych, które przyczyniają się do rozwoju społecznego województwa, pogłębiania

wewnętrznej spójności i integracji regionu oraz zapewniania wysokiej jakości życia jego mieszkańców. Zapisy Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030 obowiązują do czasu przyjęcia nowego dokumentu strategicznego w tym obszarze.

DIAGNOZA SPOŁECZNA

UWAGI OGÓLNE

Diagnoza społeczna sporządzona została w odniesieniu do istotnych zagadnień związanych z polityką i integracją społeczną, przy czym polityka społeczna ujmowana jest tu głównie w relacji do zagadnień określonych w art. 21 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej – przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami, pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz współpracy z organizacjami pozarządowymi. Stąd kwestie dotyczące zdrowia publicznego, środowiska naturalnego, wypoczynku i sportu, nie stanowią przedmiotu interwencji w ramach celów i działań DSIS 2021-2030, nie zostały ujęte również w diagnozie. W diagnozie nie uwzględniono także informacji na temat wykształcenia populacji dolnośląskiej. Dane statystyki publicznej dotyczące wykształcenia zbierane są wyłącznie w ramach Narodowych Spisów Powszechnych, ostatni spis miał miejsce w 2011r., a kolejny planowany jest na rok 2021. Przywołanie danych z 2011r. byłoby, po pierwsze, powtórzeniem informacji zawartych w diagnozie Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2014-2020, po drugie, biorąc pod uwagę dynamikę zmian, dokonujących się w tym obszarze w ciągu ostatnich 10 lat, można przyjąć, że dostępne dane uległy znacznej dezaktualizacji i nie dają adekwatnego opisu sytuacji społeczności dolnośląskiej pod tym względem. Stąd decyzja o rezygnacji z ujmowania kwestii wykształcenia w diagnozie społecznej.

Diagnoza sporządzona została w oparciu o aktualne dane statystyczne, w większości przypadków punktem odniesienia jest rok 2019, przy czym zakres ujmowanych problemów, perspektywa czasowa i terytorialna dla analiz w ramach poszczególnych obszarów diagnostycznych uzależnione są zarówno od dostępności źródeł danych, jak i od potrzeb związanych z przyszłą realizacją celów strategicznych. Diagnoza ma charakter prospektywny, uwzględnia nie tylko analizę zjawisk w ujęciu historycznym, lecz zakreśla, tam gdzie jest to możliwe, również perspektywę antycypacyjną.

Diagnozę oparto o dostępne dane statystyczne, pochodzące ze źródeł statystyki publicznej GUS i BDL, dane Oceny Zasobów Pomocy Społecznej, sprawozdawczości branżowej (w tym statystki pomocy społecznej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie, rynku pracy) oraz dane pochodzące z badań empirycznych. Obszerność diagnozy jest wynikiem wielości uwzględnionych w niej problemów, jak i złożonością wewnętrzną analizowanych zjawisk.

LUDNOŚĆ

Według stanu z dnia 31 XII 2019r. na obszarze województwa dolnośląskiego mieszkało 2.900,2 tys. ludności, tj. 7,6% ludności Polski. W 2019r. liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego zmniejszyła się o 1,06 tys. osób w relacji do 2018r. Niemal od dekady obserwowany jest trend spadkowy liczby ludności województwa, w porównaniu z 2010r. liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się o 17 tys. (tabela nr 1). W 2019r. gęstość zaludnienia wynosiła 154 osoby na km² (Polska – 123 osoby) i w porównaniu z rokiem 2010 zmniejszyła się o 1 osobę na km². Kobiety stanowiły 51,91% ogółu mieszkańców Dolnego Śląska (wzrost w porównaniu z 2010r. o 0,02 p.p.), mężczyźni – 48,09%. Na terenach miejskich zamieszkiwało 2/3 ogółu ludności województwa (68,41%). W latach 2010-2019 stopniowo, choć nieznacznie zwiększała się liczba ludności zamieszkującej obszary wiejskie – z 30,06% w 2010r. do 31,59% w 2019r. Można przewidywać, że w najbliższych latach tendencja ta zostanie utrzymana, szczególnie na terenach wiejskich znajdujących się w pobliżu obszarów wielkomiejskich. W miastach zamieszkuje więcej kobiet niż mężczyzn (w 2019r. odpowiednio 36,08% i 32,34% - różnica 3,74 p.p.), co wiązać można m.in. z dłuższą średnią życia kobiet w

porównaniu z mężczyznami, z drugiej zaś z lepszym dostępem do diagnostyki medycznej czy leczenia na obszarach miejskich.

Tabela 1. Ludność w województwie dolnośląskim w latach 2005-2019 (stan w końcu roku)

Wyszczególnienie	2005	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ludność w tys.	2.888,2	2.917,2	2.914,4	2.908,5	2.904,3	2.903,7	2.902,5	2.901,2	2.900,2
na 1000 ludności:									
a) małżeństwa zawarte	5,23	5,62	5,17	4,68	4,53	4,78	4,80	4,87	4,8
b) urodzenia żywe	8,9	10,13	9,34	9,34	9,04	9,45	9,79	9,58	9,28
c) zgony	9,90	10,19	10,44	10,28	10,86	10,53	11,04	11,37	11,27
d) przyrost naturalny	-1,00	-0,06	-1,10	-0,94	-1,82	-1,07	-1,25	-1,79	-1,99
e) saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały	-0,64	0,47	0,32	0,19	0,27*	0,97	0,96	1,28	1,67

*dane dotyczą 2014r.

Źródło: Urząd Statystyczny we Wrocławiu: *Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa dolnośląskiego w 2019r.* Wrocław, 2020r., s. 165.

Podobnie jak w latach ubiegłych w województwie dolnośląskim w 2019r. utrzymała się nadwyżka zgonów nad urodzeniami żywymi (odpowiednio 32,7 tys. i 26,9 tys.). Skutkiem tego stanu jest ujemne saldo przyrostu naturalnego, który w 2019r. wynosił minus 5,8 tys. osób i był wyższy od odnotowanego w 2018r. o 0,6 tys. osób. Współczynnik przyrostu naturalnego osiągnął wartość minus 1,99‰ i w porównaniu z rokiem 2018 obniżył się o 0,2 pkt.¹

W przekroju terytorialnym w 2019r. ujemny przyrost naturalny na 1000 ludności odnotowano w 25 powiatach województwa dolnośląskiego (, w 2018r. – w 24 powiatach, w 2017r. – w 21 powiatach w 2010r. – w 13 powiatach z 29²), w granicach od minus 0,03‰ w powiecie polkowickim do minus 8,19‰ w powiecie grodzkim M. Wałbrzych. Ujemny przyrost naturalny przekraczający minus 6‰ odnotowano w powiatach wałbrzyskim (minus 6,81‰) i ząbkowickim (minus 6,14‰). Dodatnie wartości wskaźnika zaobserwowano w 5 powiatach Dolnego Śląska – oleśnickim (0,35‰), średzkim (0,75‰), oławskim (0,81‰), powiecie grodzkim M. Wrocław (0,87‰) oraz powiecie wrocławskim, w którym współczynnik przyrostu naturalnego był najwyższy i wynosił 5,25‰.³

W porównaniu z rokiem 2010 jedynie w dwóch powiatach⁴ (wrocławskim i M. Wrocławiu) przyrost naturalny utrzymał tendencję wzrostową, w pozostałych powiatach w latach 2010-2019 nastąpiło pogłębienie niekorzystnego bilansu przyrostu naturalnego – najsilniejsze zmiany w tym zakresie odnotowano w powiatach głogowskim (z 4,35‰ do minus 1,44‰), złotoryjskim (z 1,73‰ do minus 3,55‰), zgorzeleckim (z minus 0,51‰ do minus 5,68‰), kamiennogórskim (z minus 0,76‰ do minus 5,37‰) oraz lubańskim (z minus 0,47‰ do minus 4,51‰).

W województwie dolnośląskim od kilku lat obserwuje się dodatnie ogólne saldo migracji wewnętrznych ludności na pobyt stały, podobnie było i w 2019 roku. Dodatnie wartości wskaźnika odnotowano w 10 powiatach (w 2018r. – w 11 powiatach), w tym największe w powiecie wrocławskim, powiecie grodzkim M. Wrocław oraz powiecie średzkim. W pozostałych 20 powiatach odnotowano ujemne

¹ *Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa dolnośląskiego w 2019r.*, Wrocław, 2020r., s. 59, 165.

² Powiat wałbrzyski obejmował jako jednostka administracyjna również miasto Wałbrzych.

³ Bank Danych Lokalnych, Ludność, Urodzenia i Zgony, Ruch naturalny ludności (dane półroczne), 09.06.2020r.

⁴ Z analiz wyłączone zostały powiat M. Wałbrzych, który w 2010 roku stanowił część powiatu wałbrzyskiego, jako odrębna jednostka administracyjna występuje w statystyce publicznej od 2013r.

saldo migracji, najwyższy odpływ ludności zaobserwowano w powiatach: kłodzkim, powiecie grodzkim M. Wałbrzych i powiecie zgorzeleckim.⁵

Przemiany demograficzne. Starzenie się populacji

Utrzymująca się w ostatnich kilkunastu latach nadwyżka zgonów nad urodzeniami żywymi, niski przyrost naturalny oraz wydłużająca się wartość średniego dalszego trwania życia powodują niekorzystny bilans demograficzny regionu. W 2019r. mediana wieku dla mieszkańca województwa dolnośląskiego wynosiła 42 lata (Polska – 41,3), 40,4 lat dla mężczyzn i 43,7 lat dla kobiet. Najniższą wartość mediany wieku odnotowano w powiecie wrocławskim – 38,3 lat, najwyższą w powiecie grodzkim M. Jelenia Góra – 45,8 lat. W 14 powiatach wartość mediany wieku była niższa niż ta określona dla województwa – są to powiaty: wrocławski, polkowicki, milicki, średzki, oleśnicki, górowski, trzebnicki, oławski, legnicki, powiat M. Wrocław, bolesławiecki, strzeliński, głogowski i złotoryjski. W 16 powiatach mediana wieku była wyższa niż jej wartość określona dla województwa. Wartość mediany wieku przekraczającą 43 lata odnotowano w 8 powiatach – zgorzeleckim, ząbkowickim, wałbrzyskim, jeleniogórskim, dzierzoniowskim, kłodzkim oraz powiatach grodzkich M. Wałbrzych i M. Jelenia Góra.

Dobrym wskaźnikiem opisu kondycji demograficznej społeczeństwa w relacji do jego potencjału rozwojowego w przyszłości jest informacja na temat stanu ludności wg ekonomicznych grup wieku, w tym szczególnie udział wśród ogółu populacji ludności w wieku poprodukcyjnym do ludności w wieku przedprodukcyjnym. W województwie dolnośląskim, podobnie zresztą jak w większości krajów EU, tendencją dominującą jest systematyczny wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym oraz zmniejszająca się liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym. W 2019r. udział osób w wieku przedprodukcyjnym wynosił 17,1% ogółu ludności województwa (Polska – 18,1%), w wieku produkcyjnym – 59,8% (Polska – 60,0%), zaś w wieku poprodukcyjnym – 23,1% (Polska – 21,9%). W porównaniu z rokiem 2010 nastąpił znaczny wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym – o 6,2 p.p. przy spadku udziału ludności w wieku produkcyjnym – o 5,9 p.p. i w wieku przedprodukcyjnym – o 0,3 p.p.

W 2019r. najwyższy odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym odnotowano w powiatach: M. Jelenia Góra (28,7%), M. Wałbrzych (27,2%), dzierzoniowskim (25,3%), kłodzkim (25,3%), M. Legnica (24,5%), M. Wrocław (24,5%) oraz powiecie lubińskim (24,0%). Udział ludności w wieku poprodukcyjnym na poziomie wyższym niż średnia dla województwa odnotowano łącznie w 14 powiatach Dolnego Śląska, poza wyżej wymienionymi, także w powiatach: wałbrzyskim, świdnickim, jeleniogórskim, ząbkowickim, lubańskim, kamiennogórskim i zgorzeleckim. Najmłodsze pod względem demograficznym są powiaty: wrocławski (udział osób w wieku poprodukcyjnym wśród ogółu ludności – 16,1%), średzki (18,6%), polkowicki (18,8%), trzebnicki (20,1%), oleśnicki (20,8%), legnicki (20,9%) oraz górowski (20,9%).

Obserwując dynamikę przemian demograficznych według ekonomicznych grup wieku na przestrzeni lat 2010-2019 wzrost odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym odnotować można jedynie w powiecie M. Wrocław – o 2,3 p.p. oraz w powiecie wrocławskim – o 1,5 p.p., w pozostałych powiatach udział ludności w wieku przedprodukcyjnym wśród ogółu ludności uległ zmniejszeniu. Zmniejsza się także udział ludności w wieku produkcyjnym, najwyższe ubytki w tym zakresie na przestrzeni lat 2010-2019 odnotowano w powiatach: głogowskim (spadek o 8,5 p.p.), lubińskim (o 8,1 p.p.), M. Jelenia Góra (o 8 p.p.), M. Wrocław (o 7,2 p.p.) oraz M. Legnica (o 7,1 p.p.). W latach 2010-2019 wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym nastąpił we wszystkich powiatach województwa dolnośląskiego; najwyższą dynamiką wzrostu cechowały się powiaty: głogowski (o 9,2 p.p.), lubiński (o 8,4 p.p.), M. Jelenia Góra (o 8,3 p.p.), złotoryjski (o 7,7 p.p.), jeleniogórski (o

⁵ Bank Danych Lokalnych, Ludność, Migracje Wewnętrzne i Zagraniczne, Migracje na pobyt stały wewnętrzne i zagraniczne (dane półroczne), 09.06.2020r.

7,6 p.p.) oraz M. Legnica (o 7,5 p.p.). Najniższa dynamika wzrostu odsetka osób w wieku poprodukcyjnym była udziałem powiatów: wrocławskiego (o 3,2 p.p.), średzkiego (o 4,3 p.p.), wałbrzyskiego (o 4,8 p.p.) i M. Wrocław (o 4,9 p.p.).

W porównaniu z rokiem 2010 rosła wartość wskaźników obciążenia demograficznego. W 2019r. w województwie dolnośląskim na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 67,3 osób w wieku nieprodukcyjnym (2010 – 52,2 osoby) i 38,7 osób w wieku poprodukcyjnym (2010 – 25,8 osób). Niekorzystnie zmienia się również proporcja ludności w wieku poprodukcyjnym do ludności w wieku przedprodukcyjnym – w 2019r. na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym przypadało 135,2 osób w wieku poprodukcyjnym (2010 – 97,3 osób). Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi⁶ w 2019r. wynosił 28,7 osób (2010 – 18,4 osób), a odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem – 19% (2010 – 13,3%). Najwyższe wartości wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi były udziałem powiatów: M. Jelenia Góra (37,3 osób), M. Wałbrzych (33,6), M. Wrocław (32,1), dzierzoniowskiego (31,4), kłodzkiego (31,2) i lubińskiego (30,4). Najwięcej osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym przypadało na powiaty: M. Jelenia Góra (197,7 osób), M. Wałbrzych (186,1), kłodzki (166,9), dzierzoniowski (162,8), wałbrzyski (153,7), jeleniogórski (150,9) oraz ząbkowicki (150,0). Najwyższy poziom dynamiki wzrostu tego wskaźnika w latach 2010-2019 dotyczył powiatów: M. Jelenia Góra (wzrost o 61,0 osób), kłodzkiego (o 59,6), lubańskiego (o 58,5), jeleniogórskiego (58,4), zgorzeleckiego (57,2) i kamiennogórskiego (55,0).

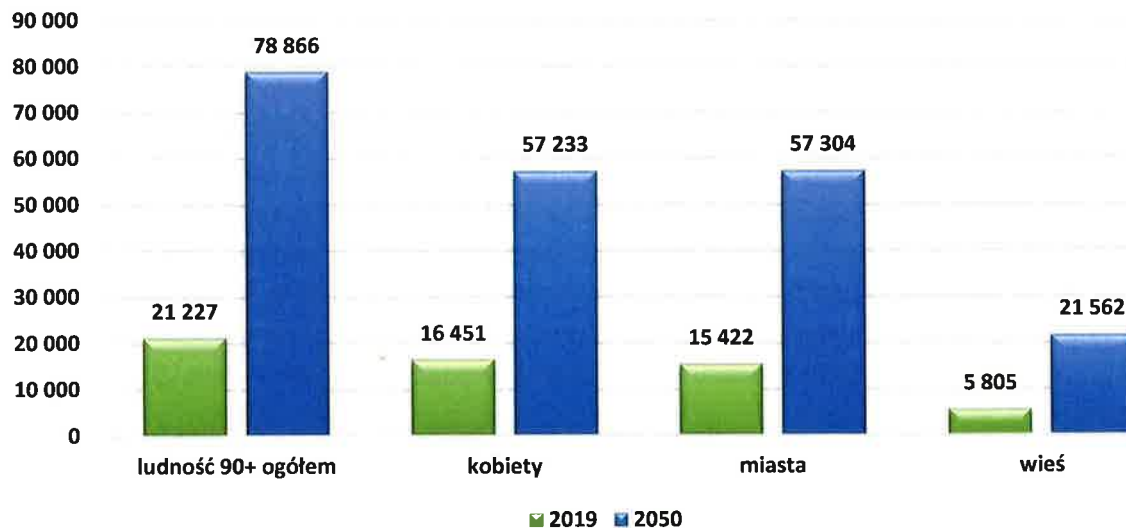
Niezmiennie od lat niekorzystne trendy demograficzne obejmujące m.in. utrzymujący się ujemny przyrost naturalny, niską dzietność, wahania migracji w regionie, sprawiają, że prognozy szacowane przez Główny Urząd Statystyczny (dane Banku Danych Lokalnych) do 2050r. wskazują na znaczny spadek ludności Dolnego Śląska. W świetle prognoz do roku 2050, ludność województwa zmniejszy się o 404,8 tys. osób w porównaniu z rokiem 2019.

Systematycznie wzrastać będzie udział ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności województwa – z poziomu 19,0% w 2019r. do poziomu 33,52% w 2050r. (wzrost niemal dwukrotny). Wg danych GUS wskaźnik ten dla województwa dolnośląskiego będzie wyższy niż dla kraju, który dla Polski szacowany jest na poziomie 32,69% w 2050r.

Wg prognoz GUS niekorzystnie zmieniać się będzie również indeks starości (*ageing index*), który określa relacje międzypokoleniowe w populacji. Stanowi on liczbę dziadków przypadających na tysiąc wnuków; obliczany jest jako liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 1000 osób w wieku 0-14 lat. W województwie dolnośląskim współczynnik jest wyższy niż dla kraju (w 2019r. 1.224 dla Polski i 1.367 dla województwa) i prognozuje się utrzymanie tej tendencji do 2050r. Wówczas wskaźnik w województwie osiągnie poziom 2.873 (w Polsce 2.693). W części miejskiej województwa wielkość indeksu jest obecnie i będzie w przyszłości dużo wyższa niż na obszarach wiejskich. W miastach województwa współczynnik wzrośnie z poziomu 1.567 w końcu 2019r. do 3.078 w 2050r. (na wsi z poziomu 990 do 2.523 w 2050r.). Intensywniejszy stanie się proces tzw. „**podwójnego starzenia się**” regionu (wykres nr 1), a więc wzrost odsetka osób dożywających starości sędziwej (powyżej 90 roku życia). Wg szacunków liczba osób w wieku 90 lat i więcej wzrośnie niemal **czterokrotnie** (z poziomu 21.227 osób w końcu 2019r. do 78.866 w 2050r.).

Wykres 1. Proces „podwójnego starzenia się” społeczeństwa Dolnego Śląska

⁶ Stosunek liczby osób w wieku 65 i więcej lat do liczby osób w wieku produkcyjnym



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Warszawa: GUS 2014

W regionie (podobnie jak w całym kraju) rokrocznie wzrasta również liczba osób, które przekroczyły 100 lat. Wg szacunków US we Wrocławiu, w końcu 2014r. w województwie mieszkało 298 osób w wieku 100 lat i więcej. Wśród nich 82% (243 osób) stanowiły kobiety. W stolicy Dolnego Śląska mieszkało ponad 100. stulatków – 105 osób⁷. Z danych prognostycznych GUS wynika, że szacowana liczba stulatków, wynosząca w 2019 roku 244 osoby (w tym 193 kobiety), do roku 2050 zwiększy się niemal 23-krotnie – do liczby 4.625 osób, ponad 83% ich ogółu będą stanowić kobiety.

Na przyspieszenie tempa starzenia się ludności wpływa również systematyczne wydłużanie **trwania życia** odnotowywane od lat 90-tych ubiegłego wieku. W 2018 roku przeciętne trwanie życia mieszkańca Dolnego Śląska płci męskiej wynosiło 73,2 lat, a dla kobiet – 81,3 lat. W porównaniu z rokiem 2000 trwanie życia wydłużyło się o 4,4 roku dla mężczyzn oraz o 3,7 roku dla kobiet. Osoby, które w 2018r. skończyły 60 lat mają przed sobą 18,9 lat życia w przypadku mężczyzn i 24,1 lat w przypadku kobiet.

Wg prognoz GUS oczekiwana długość życia będzie nadal systematycznie rosta. Po 2045r. trwanie życia dla mężczyzn (ogółem w kraju i na terenie Dolnego Śląska) przekroczy barierę 80 lat. Dolnoślączki barierę tę przekroczyły w 2010r. (przeciętne dalsze trwanie życia kobiet z województwa dolnośląskiego wyniosło 80,2 lat). Do 2050r. mężczyźni na terenie województwa dolnośląskiego przeciętnie będą żyli 81,8 lat, a kobiety blisko 90 lat – 87,3 lat.

RYNEK PRACY. BEZROBOCIE

Czynniki wpływające na sytuację na dolnośląskim rynku pracy

Województwo dolnośląskie jest jednym z regionów najbardziej atrakcyjnych inwestycyjnie. Do głównych atutów regionu należą m.in. wysoki poziom rozwoju gospodarczego, znacznie przekraczający średnią krajową, korzystne położenie geopolityczne, z uwagi na sąsiedztwo Niemiec i Republiki Czeskiej, a także atrakcyjne położenie względem rynków zbytu i bardzo dobrze rozwinięta infrastruktura transportowa (drogowa, kolejowa, wodna, lotnicza).

Ważnym elementem kształtującym popyt na rynku pracy jest również bogactwo i różnorodność surowców naturalnych: węgiel i gaz, miedź i srebro, dolomity i wapień, granit i piaskowiec, piaski i żwiry, kaoliny i gliny oraz wody mineralne i termalne, na bazie których na Dolnym Śląsku funkcjonuje 11 uzdrowisk z

⁷ Międzynarodowy Dzień Osób starszych. Infografiki 2015 r. Urząd Statystyczny we Wrocławiu. http://wroclaw.stat.gov.pl/files/gfx/wroclaw/pl/defaultstronaopisowa/2753/1/2/miedzynarodowy_dzien_osob_starszych_2015.pdf

45 statutowych istniejących w Polsce. Na terenie województwa funkcjonują 4 specjalne strefy ekonomiczne z 14 działających w Polsce: Kamiennogórska, Legnicka, Tarnobrzaska i Wałbrzyska.

Kolejnymi czynnikami mającymi wpływ na rynek pracy i będącymi jednocześnie atutami regionu są m.in.:

- rozwinięta sieć instytucji otoczenia biznesu, w tym banków i instytucji wspierających rozwój przedsiębiorczości i innowacyjności,
- wysoki poziom rozwoju przemysłu, co uwidacznia specjalizacja Dolnego Śląska w prowadzeniu nowoczesnych rodzajów produkcji przemysłowej (przemysł środków transportu, farmaceutyczny, elektronika użytkowa, sprzęt AGD i RTV). Region utrzymuje czołową pozycję wśród województw pod względem udziału przemysłu w tworzeniu PKB,
- 38 uczelni wyższych, wśród których licznie są reprezentowane najlepsze w Polsce jednostki naukowe, gdzie kształci się ponad 137 tys. studentów (9,3% wszystkich studentów w Polsce).

Te i wiele innych czynników powodują, iż Dolny Śląsk uważany jest za region bardzo atrakcyjny dla inwestorów zagranicznych. Samorząd Województwa, wykorzystując atuty regionu dolnośląskiego, dokłada wszelkich starań aby zachęcić i wspomóc zagranicznych inwestorów w procesie wejścia na nasz rynek. Największe światowe koncerny zdecydowały się na budowę własnych fabryk. Wśród największych inwestorów znalazły się m.in. takie firmy jak: 3M, Amazon, Colgate-Palmolive, General Electric, Google, Hewlett Packard, IBM, Whirlpool, Nokia Siemens Networks, Toshiba Television Central Europe, Toyota Motor Manufacturing Poland, LG Chem, BASF, Bosch czy też Mercedes-Benz.

Wszystkie wymienione wcześniej czynniki silnie wpływają na stronę popytową rynku pracy, a rozkład przestrzenny terenów najbardziej atrakcyjnych inwestycyjnie pokrywa się z obszarami najniższego bezrobocia, co powoduje iż coraz więcej pracodawców ma problemy ze znalezieniem odpowiednich pracowników. Wyżej wymienione czynniki warunkują zatem bezpośrednio stopę bezrobocia jak i jego strukturę.

Stopa bezrobocia na Dolnym Śląsku

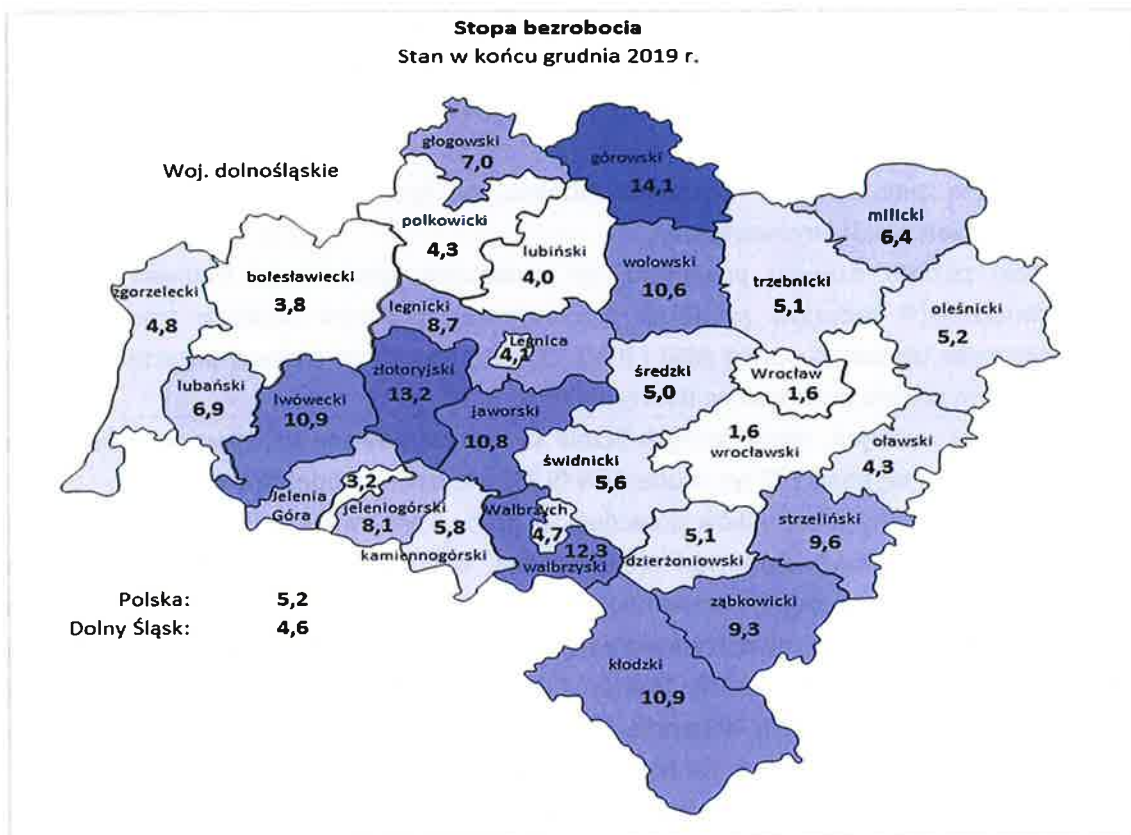
Według GUS stopa bezrobocia rejestrowanego w województwie dolnośląskim wyniosła z końcem 2019 roku 4,6% i była niższa o 0,6 punktu procentowego niż w kraju. Należy podkreślić, że w październiku i listopadzie odnotowano rekordowo niską stopę bezrobocia na Dolnym Śląsku, która osiągnęła wartość 4,5% i była to najniższa stopa bezrobocia odnotowana w województwie od 1999 r.

W kraju wskaźnik bezrobocia kształtuje się na poziomie 5,2%, co oznacza, że odnotowano wzrost o 0,1 punktu procentowego w porównaniu do poprzedniego miesiąca.

W rankingu pod względem wielkości stopy bezrobocia rejestrowanego województwo dolnośląskie plasuje się na szóstym miejscu w kraju za: Wielkopolską, Śląskiem, Małopolską, Pomorzem i Mazowszem. Najniższą stopę bezrobocia wg stanu na dzień 31.12.2019r. odnotowano w Wielkopolsce, tj. 2,8%, natomiast najwyższą w województwie Warmińsko-Mazurskim, tj. 9%. Różnica 6,2 punktów procentowych pomiędzy wyżej wymienionymi województwami wynika bezpośrednio z nierównego rozwoju społeczno-gospodarczego regionów, jak i też ich położenia geograficznego.

Wartości stóp bezrobocia wg stanu na koniec grudnia 2019 r. w powiatach województwa dolnośląskiego przedstawia poniższa mapa nr 1.

Mapa 1. Bezrobocie w województwie dolnośląskim w podziale na powiaty wg stanu na dzień 31.12.2019r.



Źródło: Opracowanie własne DWUP

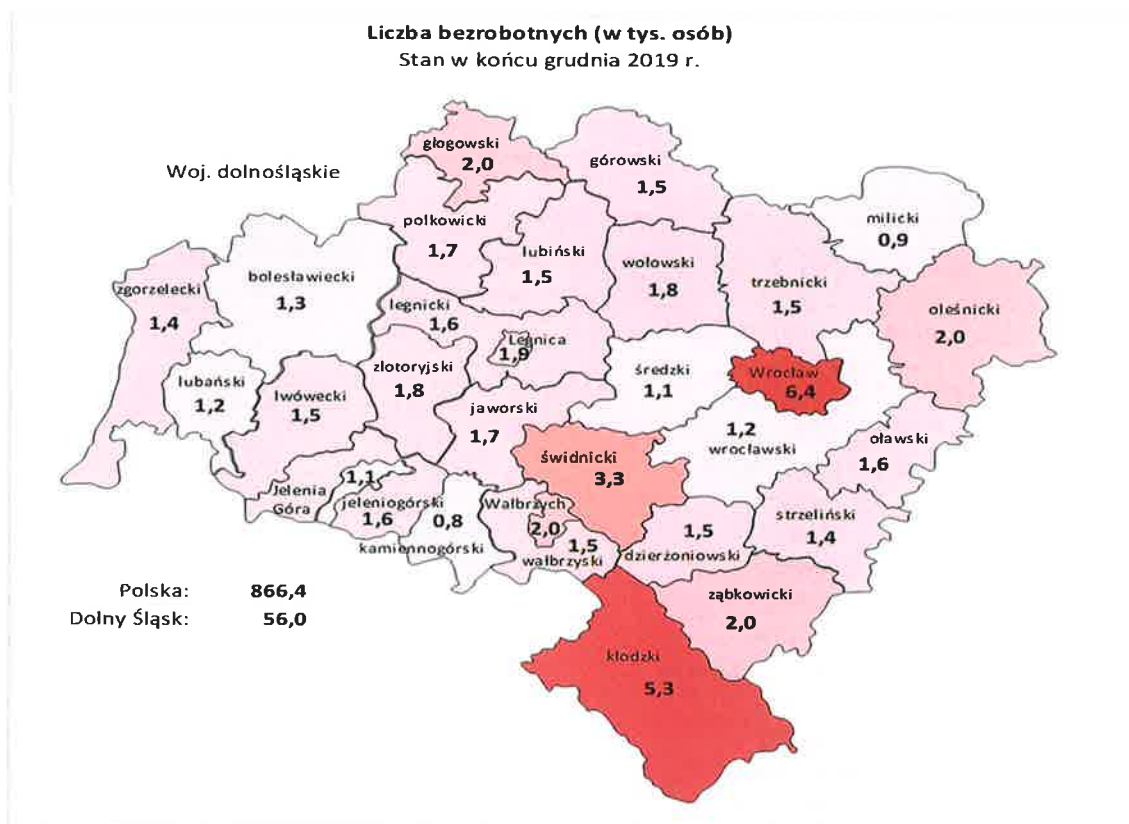
W województwie dolnośląskim, podobnie jak na poziomie kraju, występuje duże terytorialne zróżnicowanie stopy bezrobocia. W grudniu 2019 r. najwyższą stopę bezrobocia odnotowano w powiatach: górowskim (14,1%), złotoryjskim (13,2%), wałbrzyskim ziemskim (12,3%) i jaworskim (10,8%). Najniższą stopą bezrobocia wyróżniało się miasto Wrocław i powiat wrocławski (1,6%), jak również miasto Jelenia Góra (3,2%). Największy wzrost bezrobocia w porównaniu do stanu na koniec listopada 2019 r. odnotowano w powiecie lubańskim (0,7 punktu procentowego).

Największą liczbę bezrobotnych pozostających w ewidencji powiatowych urzędów pracy odnotowano w mieście Wrocław, tj. 6,4 tys. osób. Należy jednak podkreślić, że sytuacja na tamtejszym rynku pracy pod względem stopy bezrobocia kształtuje się najlepiej w województwie dolnośląskim i wynosi 1,6%. Natomiast powiat górowski, w którym wg stanu na dzień 31.12.2019 stopa bezrobocia osiągnęła najwyższą wartość, tj. 14,1% na Dolnym Śląsku odnotował liczbę bezrobotnych na poziomie 1,5 tys. osób. Reasumując bezrobotni z miasta Wrocław stanowią 11,4% ogółu bezrobotnych, natomiast bezrobotni z powiatu górowskiego stanowią 1,8% ogółu.

Stopa bezrobocia w województwie dolnośląskim jest niższa w powiatach zurbanizowanych (np. Wrocław i powiat wrocławski ziemski, a także niektóre powiaty z podregionu legnicko-głogowskiego) oraz znacznie wyższa w powiatach leżących poza centrami rozwoju gospodarczego województwa (powiaty podregionów wałbrzyskiego i jeleniogórskiego oraz powiaty rolnicze podregionu wrocławskiego).

Liczbę osób bezrobotnych wg stanu na koniec grudnia 2019 r. w powiatach województwa dolnośląskiego przedstawia poniższa mapa nr 2.

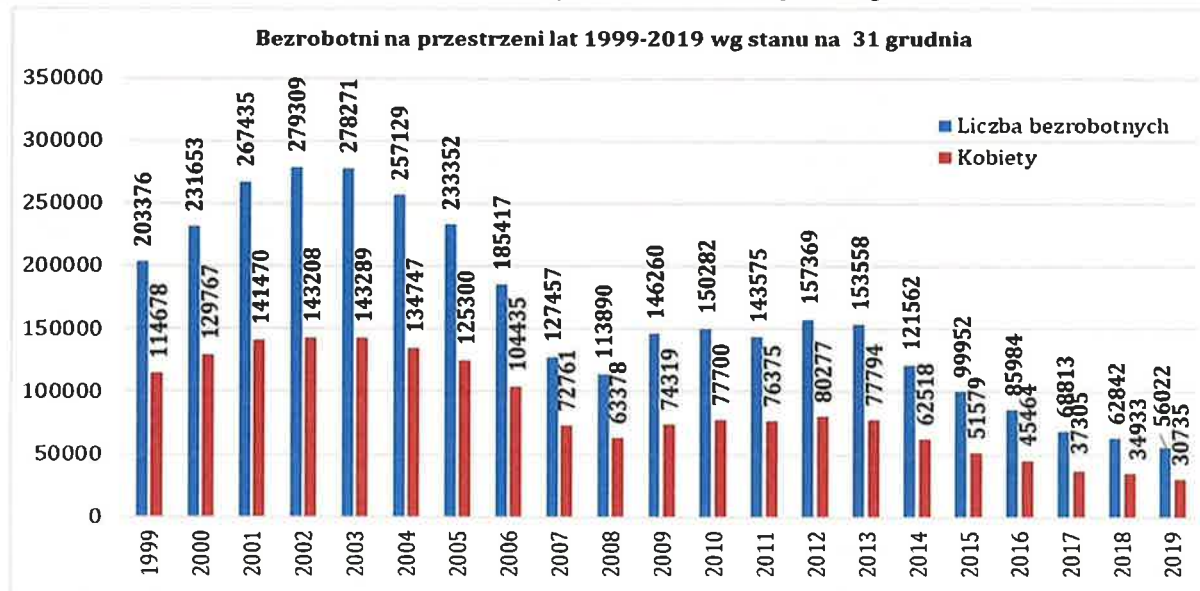
Mapa 2. Liczba bezrobotnych w podziale na powiaty wg stanu na dzień 31.12.2019r.



Źródło: Opracowanie własne DWUP

Tendencje zmian liczby bezrobotnych w województwie dolnośląskim w grudniu w latach 1999 – 2019 ilustruje poniższy wykres nr 2.

Wykres 2. Tendencje zmian liczby bezrobotnych w województwie dolnośląskim w grudniu w latach 1999 – 2019



Źródło: Opracowanie własne DWUP

W końcu grudnia 2019 r. w ewidencji powiatowych urzędów pracy województwa dolnośląskiego odnotowano 56 022 osób bezrobotnych, w tym kobiety stanowiły 54,9%. Jest to 6 820 osób mniej niż w końcu grudnia 2018 r., co oznacza nadal utrzymujący się około 10,9% spadek rok do roku. Zestawienie porównawcze

stopy bezrobocia w województwie dolnośląskim w podziale na subregiony w grudniu 2018 r. oraz listopadzie i grudniu 2019 r. przedstawia poniższa tabela nr 2.

Tabela 2. Zestawienie porównawcze stopy bezrobocia w województwie dolnośląskim w grudniu 2018r. oraz listopadzie i grudniu 2019r.

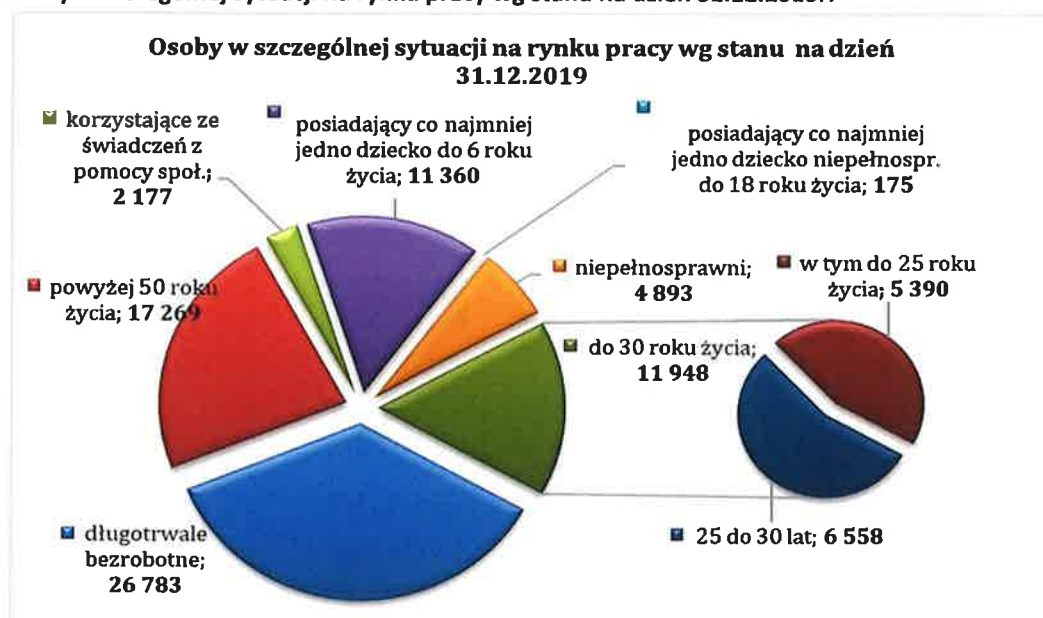
Podregiony - powiaty	(stan na koniec miesiąca)		
	grudzień 2018	listopad 2019	grudzień 2019
Podregion jeleniogórski	7,1	6,3	6,5
Bolesławiecki	3,8	3,7	3,8
Jaworski	12,4	10,6	10,8
Jeleniogórski grodzki	3,6	3,0	3,2
Jeleniogórski ziemski	8,9	8,1	8,1
Kamiennogórski	6,2	5,6	5,8
Lubański	7,3	6,2	6,9
Lwówecki	12,2	10,8	10,9
Zgorzelecki	5,1	4,9	4,8
Złotoryjski	14,8	12,9	13,2
Podregion legnicko-głogowski	6,6	5,7	5,7
Głogowski	8,9	7,3	7
Górowski	15,3	13,9	14,1
Legnicki grodzki	5,0	4,2	4,1
Legnicki ziemski	10,1	8,6	8,7
Lubiński	4,8	4,0	4
Polkowicki	4,5	4,2	4,3
Podregion wałbrzyski	8,3	7,2	7,3
Dzierżoniowski	6,1	4,9	5,1
Kłodzki	11,8	10,8	10,9
Świdnicki	6,2	5,4	5,6
Wałbrzyski ziemski	13,6	12,0	12,3
Wałbrzyski grodzki	6,0	4,7	4,7
Ząbkowicki	10,9	9,0	9,3
Podregion wrocławski	5,2	4,6	4,7
Milicki	6,8	6,4	6,4
Oleśnicki	5,4	5,2	5,2
Oławski	5,4	4,4	4,3
Strzeliński	10,5	9,4	9,6
Średzki	5,5	4,8	5
Trzebnicki	5,8	5,0	5,1
Wołowski	11,3	10,6	10,6
Wrocławski ziemski	1,8	1,6	1,6
Podregion m. Wrocław	1,9	1,7	1,6
Wrocławski grodzki	1,9	1,7	1,6

Źródło: Opracowanie własne DWUP

Struktura bezrobocia na Dolnym Śląsku

W końcu grudnia 2019 r. na Dolnym Śląsku było zarejestrowanych 56.022 osób bezrobotnych. 45.891 bezrobotnych to osoby będące w szczególnej sytuacji na rynku pracy, co stanowi 81,92% ogółu bezrobotnych. W porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego liczba ta zmniejszyła się o 1,08 punktu procentowego. Najliczniej reprezentowaną grupą są osoby długotrwale bezrobotne (47,8% ogółu bezrobotnych) oraz osoby powyżej 50 roku życia (30,8% ogółu bezrobotnych). Strukturę bezrobocia osób znajdujących się w szczególnej sytuacji na rynku pracy przedstawia poniższy wykres nr 3.

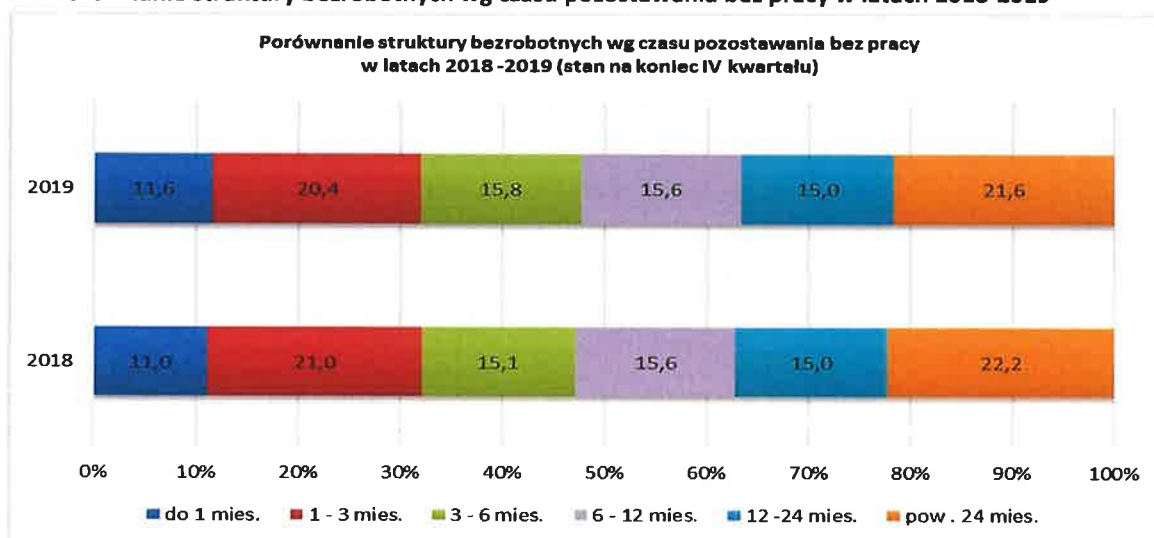
Wykres 3. Osoby w szczególnej sytuacji na rynku pracy wg stanu na dzień 31.12.2019r.



Źródło: Opracowanie własne DWUP

Uwzględniając czynnik pozostawania bez zatrudnienia najliczniejszą grupę bezrobotnych na koniec 2019 roku stanowiły osoby pozostające bez pracy powyżej 24 miesięcy tj. 12.120 osób (13 971 osób na koniec IV kwartału 2018). Kobiety stanowiły 58,2% tej grupy bezrobotnych (58,3% na koniec IV kwartału 2018). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby pozostające bez pracy do 1 miesiąca tj. 6.491 osób (6.941 osób na koniec IV kwartału 2018.). Kobiety stanowiły 44,7% tej grupy bezrobotnych (45,6% na koniec IV kwartału 2018r.).

Wykres 4. Porównanie struktury bezrobotnych wg czasu pozostawania bez pracy w latach 2018-2019



Źródło: Opracowanie własne DWUP

Analiza sytuacji na lokalnym rynku pracy wykazała, że zagrożenie pozostawaniem bez pracy rośnie wraz z wiekiem bezrobotnego. Blisko 51,7% bezrobotnych w wieku powyżej 60 lat pozostawało na koniec 2019 r. bez pracy powyżej 12 miesięcy. Jednocześnie korelacja pomiędzy okresem pozostawania bez pracy a poziomem wykształcenia wykazała, iż 60,9% osób pozostających bez pracy powyżej 12 miesięcy to bezrobotni z wykształceniem zasadniczym zawodowym i niższym. Wśród osób pozostających bez stażu pracy najliczniejszą

grupę tj. 44,4% stanowią osoby pozostające bez pracy powyżej 12 miesięcy. Poniższa tabela nr 3 przedstawia strukturę bezrobotnych ze względu na wiek, wykształcenie, staż pracy oraz okres pozostawania bez pracy.

Tabela 3. Zestawienie porównawcze struktury bezrobocia w województwie dolnośląskim na dzień 31.12.2019r.

Kategoria	Razem	Okres pozostawania bez pracy w miesiącach						Struktura grupy osób pozostających bez pracy powyżej 12 mies.	
		do 1	1-3	3-6	6-12	powyżej 12 mies.	udział % osób powyżej 12 mies.		
wg wieku	18-24	5390	930	1720	1031	693	1016	18,8	4,9
	25-34	13968	1776	3012	2383	2235	4562	32,7	22,2
	35-44	14196	1609	2760	2359	2332	5136	36,2	25,0
	45-54	10345	1188	2038	1518	1592	4009	38,8	19,5
	55-59	7066	611	1170	962	1124	3199	45,3	15,6
	60 lat i więcej	5057	377	711	573	784	2612	51,7	12,7
wg wykształcenia	wyższe	7360	900	1719	1384	1227	2130	28,9	10,4
	policealne i średnie zawodowe	11626	1351	2353	1974	1894	4054	34,9	19,7
	średnie ogólnokształcące	5735	714	1240	1022	908	1851	32,3	9,0
	zasadnicze zawodowe	14801	1618	2830	2152	2283	5918	40,0	28,8
	gimnazjalne i poniżej	16500	1908	3269	2294	2448	6581	39,9	32,0
wg stażu pracy	do 1 roku	10203	1280	2308	1543	1406	3666	35,9	17,9
	1-5	14318	1710	2992	2301	2246	5069	35,4	24,7
	5-10	9514	1101	1829	1585	1620	3379	35,5	16,5
	10-20	9689	1105	1883	1474	1576	3651	37,7	17,8
	20-30	5383	582	987	813	945	2056	38,2	10,0
	30 lat i więcej	2200	254	426	436	463	621	28,2	3,0
bez stażu	4715	459	986	674	504	2092	44,4	10,2	

Źródło: Opracowanie własne DWUP

Na przestrzeni okresu IV kwartał 2018 - IV kwartał 2019r. struktura bezrobotnych wg wieku nie uległa znacznym zmianom. Najliczniejszą grupę stanowili bezrobotni w wieku 25-34 lata tj. 13.968 osób (16.215 osób na koniec IV kwartału 2018). Kobiety stanowiły 71,1% tej grupy bezrobotnych (71,5% na koniec IV kwartału 2018). Większy odsetek kobiet w wyżej wymienionej grupie wiekowej jest wynikiem m.in. obowiązków macierzyńskich i niechęci zatrudniania przez pracodawców kobiet wychowujących małe dzieci lub potencjalnie mogących zostać matkami w najbliższym czasie. Trudniejszy jest także powrót do aktywności zawodowej kobiet po przerwie związanej z macierzyństwem. Wyzwaniem jest w tej sytuacji m.in. godzenie życia prywatnego z życiem zawodowym.

Struktura bezrobotnych wg wykształcenia nie uległa również znacznym zmianom. Najniższy odsetek bezrobotnych stanowiły osoby z wykształceniem średnim ogólnokształcącym w liczbie 5.735 osób (6.272 osoby na koniec IV kwartału 2018r.). Jest to efektem kontynuacji nauki przez absolwentów szkół średnich. Nieliczną grupę stanowili również bezrobotni z wykształceniem wyższym tj. 7.360 osób (8.147 osób na koniec IV kwartału 2018r.). Największy odsetek bezrobotnych stanowiący liczbę 16.500 osób ogółu bezrobotnych to osoby z wykształceniem gimnazjalnym i niższym (18.792 osób na koniec IV kwartału 2018r.).

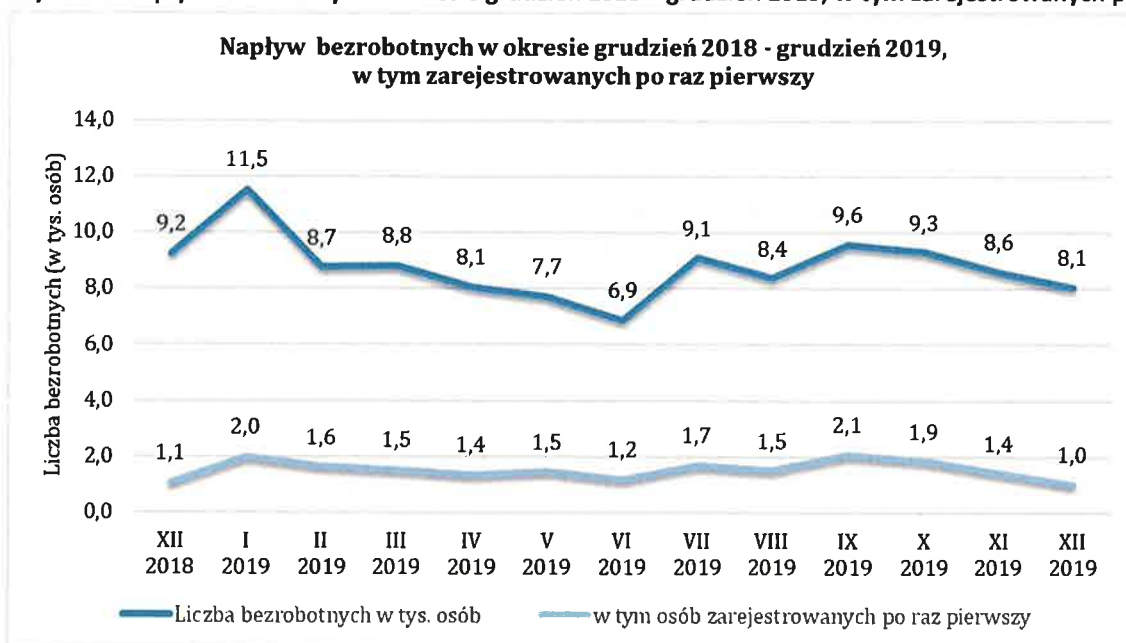
Analiza danych statystycznych, wg stanu na dzień 31.12.2019r. potwierdziła również zjawisko z lat ubiegłych, a mianowicie, że bezrobotne kobiety są znacznie lepiej wykształcone niż mężczyźni i stanowią zdecydowaną większość w grupach bezrobotnych z wykształceniem: średnim ogólnokształcącym – 70,4%, policealnym i średnim zawodowym – 63,8% oraz wyższym – 68,2%.

Z analizy struktury osób bezrobotnych wg stażu pracy wynika, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby legitymujące się stażem pracy od 1 roku do 5 lat – 14.318 osób (15.706 osób na koniec IV kwartału 2018r.). Kobiety stanowiły wg stanu na dzień 31.12.2019r. 61,3% ogółu tej grupy (61,3% na koniec IV kwartału 2018r.). Natomiast najniższy odsetek stanowiły osoby z ponad 30-sto letnim stażem pracy i więcej w liczbie 2.200 osób (2.351 osób na koniec IV kwartału 2018r.). Kobiety stanowiły 28,4% tej grupy bezrobotnych (28,4% na koniec IV kwartału 2018r.).

W grudniu 2019r. napływ bezrobotnych był wyższy od odpływu, co przełożyło się na wzrost liczby bezrobotnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy. W okresie sprawozdawczym odnotowano napływ 8.062 bezrobotnych, tj. o 557 osób mniej niż w miesiącu poprzednim oraz 1.176 mniej niż w grudniu 2018r.

Według stanu na dzień 31.12.2019r. kobiety stanowiły 47,2% zarejestrowanych bezrobotnych, tj. 2,1 punktu procentowego mniej niż w grudniu 2018r.

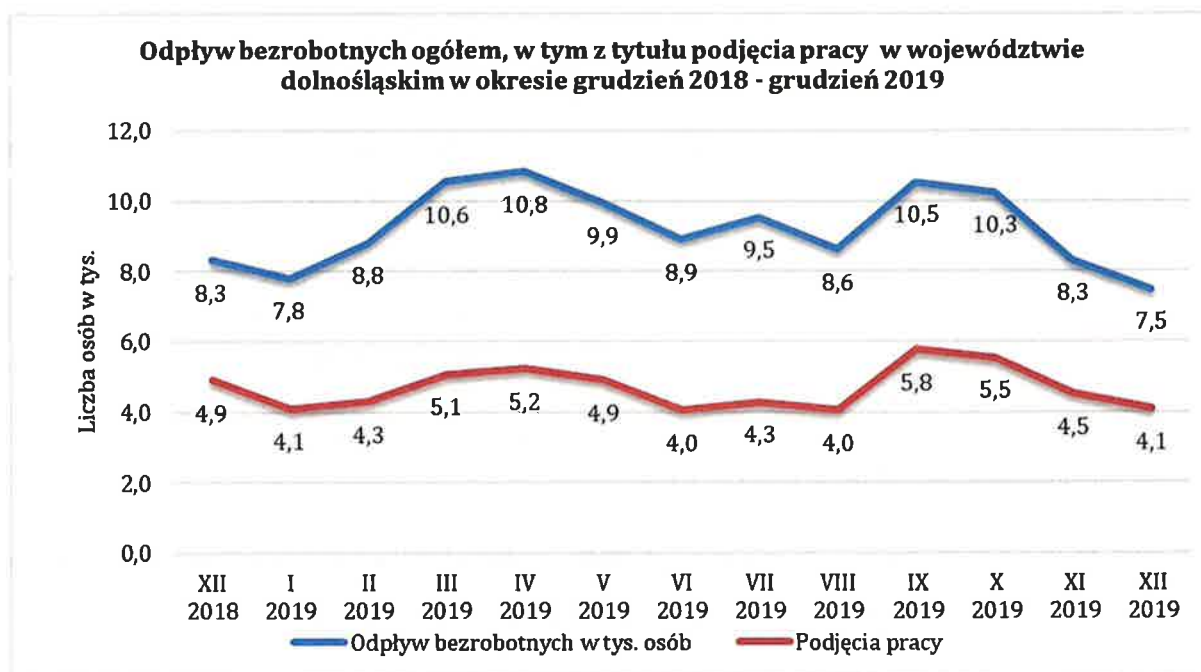
Wykres 5. Napływ bezrobotnych w okresie grudzień 2018 – grudzień 2019, w tym zarejestrowanych po raz pierwszy



Źródło: Opracowanie własne DWUP

W okresie sprawozdawczym wyłączono z ewidencji bezrobotnych 7.487 osób, tj. 824 mniej niż w listopadzie 2019r. i 842 osoby mniej niż w grudniu 2018 r. Liczba osób podejmujących prace subsydiowane zmniejszyła się o ponad 12,4% w stosunku do listopada 2019r. i 47,4% w porównaniu do grudnia 2018r. Pracę niesubsydiowaną podjęło o 9,2% osób mniej niż w listopadzie 2019r. i o 10,5% mniej niż w grudniu 2018r.

Wykres 6. Odpływ bezrobotnych ogółem, w tym z tytułu podjęcia pracy w województwie dolnośląskim w okresie grudzień 2018 – grudzień 2019



Źródło: Opracowanie własne DWUP

Wzrost i spadek liczby bezrobotnych w województwie dolnośląskim według podregionów i powiatów w okresie grudzień 2018 - grudzień 2019 roku ilustruje poniższa tabela nr 4.

Tabela 4.

**Wzrost, spadek [-] liczby bezrobotnych w woj. dolnośląskim według podregionów i powiatów
w okresie grudzień 2018 - grudzień 2019**

Podregiony i powiaty	Liczba zarejestrowanych bezrobotnych /stan na dzień/		Wzrost/Spadek (+/-) bezrobocia w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2018	Dynamika bezrobocia /stan na 31.12.2018 = 100/	Stopa bezrobocia wg stanu na dzień 31.12.2019
	31.12.2018	31.12.2019			
Podregion jeleniogórski	13346	12273	-1073	92,0	6,5
Bolesławiecki	1283	1293	10	100,8	3,8
Jaworski	1956	1698	-258	86,8	10,8
Jeleniogórski - grodzki	1209	1096	-113	90,7	3,2
Jeleniogórski - ziemski	1734	1594	-140	91,9	8,1
Kamiennogórski	825	776	-49	94,1	5,8
Lubański	1234	1167	-67	94,6	6,9
Lwówecki	1645	1477	-168	89,8	10,9
Zgorzelecki	1437	1369	-68	95,3	4,8
Złotoryjski	2023	1803	-220	89,1	13,2
Podregion legnicko-głogowski	11927	10243	-1684	85,9	5,7
Głogowski	2602	2036	-566	78,2	7,0
Górowski	1671	1530	-141	91,6	14,1
Legnicki - grodzki	2279	1908	-371	83,7	4,1
Legnicki - ziemski	1921	1643	-278	85,5	8,7
Lubiński	1765	1475	-290	83,6	4,0
Polkowicki	1689	1651	-38	97,8	4,3
Podregion wałbrzyski	17720	15638	-2082	88,3	7,3
Dzierżoniowski	1754	1468	-286	83,7	5,1
Kłodzki	5717	5330	-387	93,2	10,9
Świdnicki	3627	3284	-343	90,5	5,6
Wałbrzyski ziemski	1717	1547	-170	90,1	12,3
Wałbrzyski grodzki	2489	1974	-515	79,3	4,7
Ząbkowicki	2416	2035	-381	84,2	9,3
Podregion wrocławski	12602	11439	-1163	90,8	4,7
Milicki	894	854	-40	95,5	6,4
Oleśnicki	1999	1971	-28	98,6	5,2
Oławski	2030	1622	-408	79,9	4,3
Strzeliński	1538	1408	-130	91,5	9,6
Średzki	1171	1068	-103	91,2	5,0
Trzebnicki	1734	1526	-208	88,0	5,1
Wrocławski	1902	1795	-107	94,4	10,6
Wrocławski - ziemski	1334	1195	-139	89,6	1,6
Podregion m. Wrocław	7247	6429	-818	88,7	1,6
Wrocławski - grodzki	7247	6429	-818	88,7	1,6
WOJ. DOLNOŚLĄSKIE - OGÓŁEM	62842	56022	-6820	89,1	4,6

Źródło: Sprawozdanie o rynku pracy MRPiPS-01 i GUS

Na tendencje zmian liczby bezrobotnych w województwie dolnośląskim w następnych kilku latach niewątpliwie będzie miała wpływ sytuacja związana z pandemią wirusa SARS-CoV-2. Ze wstępnych analiz wynika, iż COVID-19 spowodował zmiany na rynku pracy, zarówno po stronie pracodawcy, jak i pracownika.

Spadł popyt na pracowników, wzrósł poziom bierności zawodowej. Oczekiwania pracodawców uzależnione są od obowiązujących obostrzeń wprowadzonych w poszczególnych strefach działalności gospodarczej. Pandemia sprawiła, że sytuacja na rynku pracy w ostatnich kilku miesiącach była, i nadal jest, dynamiczna. Stąd należy wysnuć wnioski, iż zmieniające się obostrzenia sprawiają, że pracodawcy nie mogą być pewni, ilu pracowników będą potrzebowali w danej chwili zatrudnić.

Część osób, które straciły pracę, może się zniechęcić do poszukiwania pracy i trwale wycofać z rynku pracy. W szczególnie trudnej sytuacji wydaje się być młodzież, dopiero wchodząca na rynek pracy, jak i osoby starsze. Ponadto uwzględniając fakt, iż na sytuację na rynku pracy wpływa kilka kluczowych megatrendów (tj. automatyzacja procesów produkcji, wynikająca z tego polaryzacja na rynku pracy – z powodu utraty miejsc pracy dla osób ze średnim poziomem kompetencji rośnie znaczenie osób o najniższych i najwyższych kwalifikacjach oraz starzenie się społeczeństwa), należy umiejętnie zarządzać tymi zjawiskami, tak aby uniknąć wzrostu bezrobocia i tym samym bierności zawodowej. W związku z tym polityka rynku pracy powinna odpowiadać na te zjawiska, aby sprzyjać wzrostowi aktywności zawodowej, w szczególności osób młodych oraz osób w wieku 60+.

SYTUACJA MATERIALNA I MIESZKANIOWA DOLNOŚLĄZAKÓW

Kondycja materialna Dolnoślązaków

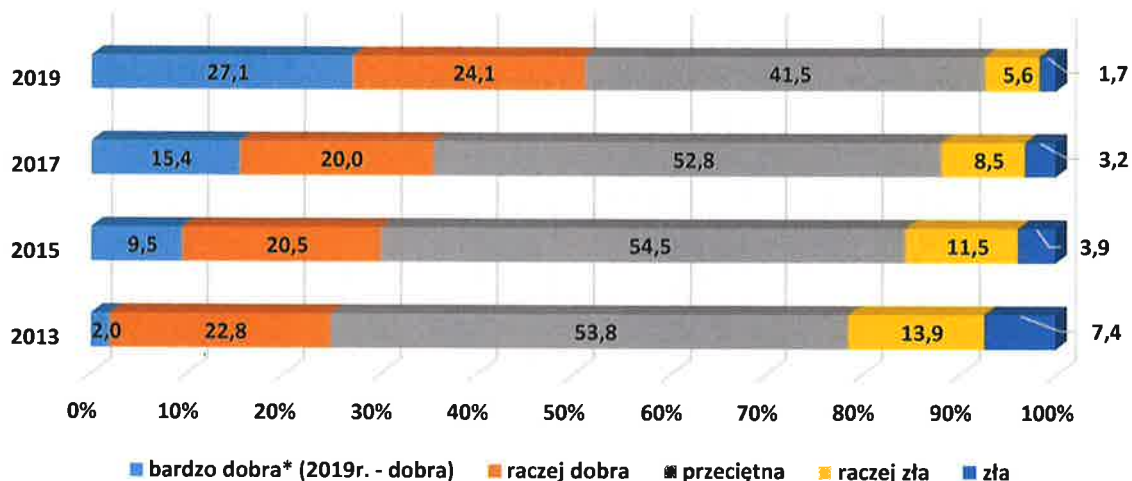
Wg danych Banku Danych Lokalnych GUS przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w województwie dolnośląskim w 2019r. wynosiło 5323,55 zł i było wyższe od przeciętnego wynagrodzenia ogólnopolskiego o 2,7%. Przeciętna miesięczna emerytura z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w 2019r. wynosiła 2357,8 zł brutto, a emerytura rolników indywidualnych – 1352,83 zł brutto.

Wg danych Banku Danych Lokalnych GUS w 2019r. dolnośląska rodzina dysponowała przeciętnym miesięcznym dochodem rozporządzalnym w wysokości 1.955,20 zł na 1 osobę (o 136,06 zł więcej niż dochód na 1 osobę obliczony dla mieszkańca Polski). W porównaniu z rokiem 2015 kwota dochodu rozporządzalnego na 1 osobę wzrosła o 483,36 zł, a w porównaniu z rokiem 2010 – o 716,03 zł. Oznacza to wzrost miesięcznego dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w 2019r. o ponad 57% w porównaniu z 2010r. oraz o niemal 1/3 w porównaniu z 2015r.

Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w 2019r. wynosiły 1382,62 zł. W porównaniu z 2015 kwota wydatków wzrosła o 203,96 zł (o 17,3%), a z rokiem 2010 o 363,69 zł (o 35,7%). W 2019r. spośród ogółu miesięcznych wydatków na 1 osobę najwyższe kwoty przeznaczano na zakup żywności i napojów bezalkoholowych – 321,97 zł (23% ogółu wydatków), użytkowanie mieszkania lub domu oraz nośniki energii – 244,24 zł (17,7% ogółu wydatków), transport – 140,06 zł, rekreację i kulturę – 102,65 zł oraz wyposażenie mieszkania i prowadzenie gospodarstwa domowego – 90,78 zł. W dalszej kolejności – na restauracje i hotele wydatkowano 74,94 zł, na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych – 71,39 zł, na odzież i obuwie – 62,80 zł, na łączność – 59,75, na napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe – 37,73 zł, na edukację – 15,38 zł. Pozostałe wydatki na towary i usługi obejmowały kwotę 90,44 zł.

Na przestrzeni lat obserwować można stopniową poprawę subiektywnej oceny własnej sytuacji materialnej. Co prawda i w 2013, i w 2019 roku najwyższy odsetek Dolnoślązaków uznaje swą sytuację materialną za przeciętną, jednak liczba ocen bardzo dobrych (w 2019r. kategoria oceny „bardzo dobra” zmieniła nazwę na „dobra”) i raczej dobrych systematycznie rośnie – z poziomu 24,8% w 2013r. do poziomu 51,2% w roku 2019. Zmniejsza się odsetek osób oceniających swą sytuację materialną jako raczej złą lub złą – z poziomu 21,3% w 2013r. do poziomu 7,3% osób. Szczegółowe dane na ten temat prezentuje poniższy wykres nr 7.

Wykres 7. Subiektywna ocena sytuacji materialnej dolnośląskich gospodarstw domowych – w %



Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS (BDL GUS)

Sytuacja mieszkaniowa

Według danych Banku Danych Lokalnych⁸ w 2019r. w województwie dolnośląskim we wszystkich formach budownictwa oddano do użytkowania 22,1 tys. mieszkań, co stanowiło wzrost o 19,2% w porównaniu z rokiem ubiegłym oraz o 57,8% w porównaniu z 2015r., w którym oddano do użytku 14 tys. mieszkań. Podobnie jak w latach poprzednich w 2019r. największa liczba mieszkań została oddana w budownictwie przeznaczonym na sprzedaż lub wynajem (16.913 mieszkań) i w budownictwie indywidualnym (4.546 mieszkań). Największą dynamikę wzrostu liczby nowych mieszkań oddanych do użytkowania odnotowano w budownictwie społecznym czynszowym – niemal o 3017% w porównaniu z 2015r. oraz o 250% w porównaniu z 2018r. (z 12 w 2015r. poprzez 107 w 2018r. do 374 w 2019r.), choć podkreślić należy, że liczba mieszkań oddanych w tej kategorii nawet w 2019r. nie osiągnęła poziomu z 2014r., kiedy oddano do użytkowania aż 562 mieszkań. Wzrost odnotowano również w budownictwie przeznaczonym na sprzedaż lub wynajem – o 22% w porównaniu z 2018r. (o 109,5% w porównaniu z 2015r.) oraz budownictwie indywidualnym – o 8,6% w 2018r. (w porównaniu z 2015r. – spadek o 21,4%). W pozostałych formach budownictwa w 2019r. odnotowano zmniejszenie liczby mieszkań oddanych do użytkowania w porównaniu z rokiem 2018, szczególnie w odniesieniu do mieszkań spółdzielczych – spadek o 96,3%.

W ciągu ostatnich kilku lat na rynku mieszkaniowym województwa dolnośląskiego obserwowanym trendem jest stopniowe zmniejszanie się liczby nowo budowanych mieszkań komunalnych. Wg danych Urzędu Statystycznego we Wrocławiu, w 2019r. oddano do użytku 98 mieszkań komunalnych (2018r. – 102, 2017r. – 124), o przeciętnej powierzchni użytkowej lokalu 43,9 m² (co oznacza spadek powierzchni użytkowej lokalu o 4,6 m² w porównaniu z rokiem 2018 (2017 – 38,4 m²). Być może funkcję mieszkań komunalnych zaczynają powoli spełniać lokale oddawane w ramach budownictwa społecznego czynszowego, stąd spadek liczby tych pierwszych przy dynamicznym wzroście liczby tych drugich.

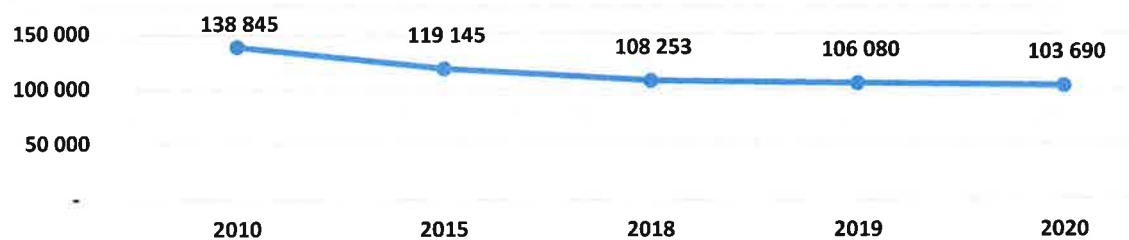
Spadek liczby mieszkań komunalnych oddanych do użytku w 2019r., odnotowany przez US we Wrocławiu koresponduje z danymi zawartymi w sprawozdaniu OZPS za 2019r. W 2019 roku wg danych ze sprawozdania OZPS (tabela nr 5 poniżej) w zasobach gmin województwa dolnośląskiego funkcjonowało **106.080 mieszkań komunalnych**, o 2,1% mniej niż w roku 2018. Na przestrzeni ostatnich lat obserwowany jest stopniowy spadek liczby mieszkań komunalnych w zasobie gminnym, zarówno w odniesieniu do lat

⁸ Bank Danych Lokalnych, Przemysł i Budownictwo, Budownictwo Mieszkaniowe, Mieszkania oddane do użytkowania, 02.06.2020r.

poprzednich, średnio o ok. 3% w skali roku, jak i w odniesieniu do roku prognozy 2020 – o 2,3% w porównaniu z rokiem 2019 i o 4,4% w porównaniu z rokiem 2018.

Szczegółowe dane na temat liczby mieszkań komunalnych w zasobie gmin dolnośląskich w latach 2010-2020 prezentuje poniższy wykres nr 8.

Wykres 8. Liczba mieszkań komunalnych w zasobie gmin dolnośląskich w latach 2010-2020



Źródło: Ocena Zasobów Pomocy Społecznej (OZPS) za rok 2012, 2015 i 2019

Mieszkania komunalne mogą być traktowane jako specyficzna forma integracji społecznej. W sprawozdaniu OZPS do tego typu lokali zaliczane są mieszkania stanowiące własność gminy albo gminnych osób prawnych lub spółek handlowych utworzonych z udziałem gminy, z wyjątkiem towarzystwa budownictwa społecznego. Są to zatem mieszkania:

- a) znajdujące się w budynkach stanowiących w całości własność gminy;
- b) mieszkania będące własnością gminy, ale znajdujące się w budynkach stanowiących nieruchomości wspólne, tj. mieszkania, które służą zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych ogółu mieszkańców gminy, pozostające w zarządzie komunalnej jednostki organizacyjnej specjalnie powołanej do zarządzania zasobami mieszkaniowymi gminy (np. Przedsiębiorstwo/ZGM, ZDK) lub pozostające w bezpośrednim zarządzie urzędu gminy;
- c) stanowiące własność Skarbu Państwa, ale zarządzane przez gminę.

Nie są ujmowane jako mieszkania komunalne mieszkania przekazane gminie, ale pozostające w dyspozycji jednostek użyteczności publicznej, jak: ZOZ, jednostki systemu oświaty, nauki, kultury itp., służące głównie zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych pracowników tych jednostek.

Podobnie jak w latach ubiegłych największa liczba mieszkań komunalnych pozostaje w zasobach gmin miejskich. W 2019r. liczba mieszkań komunalnych w gminach miejskich wynosiła 81.552 lokali (76,9% ogólnej liczby mieszkań komunalnych w województwie). Odsetek mieszkań komunalnych będących własnością gmin miejskich minimalnie zmniejszył się w porównaniu z rokiem 2018 (o 0,31 p. proc.). Najwięcej mieszkań komunalnych w swoich zasobach w 2019r., analogicznie jak w latach ubiegłych, posiadały miasta na prawach powiatu: m. Wrocław – 34.244 lokali oraz m. Wałbrzych – 11.406 lokali. W zasobach pozostałych miast na prawach powiatu tj. w Legnicy i Jeleniej Górze odnotowano w 2019r. odpowiednio 5.018 i 2.365 mieszkań komunalnych. Łącznie w zasobach miast na prawach powiatu w 2019r. znajdowało się niemal 50% mieszkań komunalnych województwa (tj. 53.033 lokale). Najliczniejsze zasoby mieszkań komunalnych zanotowano, podobnie jak w latach ubiegłych, w mieście Wrocławiu – 32,28% ogółu mieszkań komunalnych województwa. Powyżej 2000 mieszkań komunalnych w zasobie gmin miejskich w 2019r. znajdowało się również w gminie Bielawa (powiat dzierżoniowski) – 2.769 lokali i w gminie Boguszków-Gorce (powiat wałbrzyski) – 2.016 lokali. Spośród gmin miejskich, podobnie jak w latach ubiegłych, w 2019r. najmniejszą liczbą lokali dysponowały gminy:

- a) Zawidów (powiat zgorzelecki) – 38 lokali,
- b) Szklarska Poręba (powiat jeleniogórski) – 113 lokali (w porównaniu z rokiem 2018 w gminie odnotowano spadek liczby mieszkań o ponad połowę),

- c) Świeradów-Zdrój (powiat lubański) – 117 lokali,
- d) Piechowice (powiat jeleniogórski) – 190 lokali,
- e) Karpacz (powiat jeleniogórski) – 198 lokali.

W zasobach lokalowych gmin miejsko-wiejskich znajdowało się 19.354 lokali, co stanowiło 18,2% całości zasobu mieszkań komunalnych województwa dolnośląskiego. Liczbę lokali komunalnych mniejszą niż 100 wykazało 6 gmin miejsko-wiejskich: Wiązów (powiat strzebiński) – 24 lokale, Międzybórz (powiat oleśnicki) – 59 lokali, Prusice (powiat trzebnicki) – 63 lokale, Wleń (powiat lwówecki) – 74 lokale, Milicz (powiat milicki) – 90 lokali oraz Szczytna (powiat kłodzki) – 92 lokale.

Najmniej mieszkań komunalnych znajdowało się w zasobach gmin wiejskich – liczba mieszkań 5.174 stanowi 4,9% ogólnej liczby lokali. Aż 67 gmin wiejskich (czyli niemal 86% ogółu gmin wiejskich) wykazało mniej niż 100 lokali komunalnych w zasobie gminy. Najmniejsza liczba mieszkań komunalnych znajdowała się w zasobach gmin wiejskich: Warta Bolesławiecka (powiat bolesławiecki) – 3 lokale, Jordanów Śląski (powiat wrocławski) – 5 lokali, Platerówka (powiat lubański) – 6 lokali, Lubań (powiat lubański) – 6 lokali, Stoszowice (powiat ząbkowicki) – 7 lokali, Ciepłowody (powiat ząbkowicki) – 8 lokali, Marcinowice (powiat świdnicki) – 10 lokali.

Tabela 5. Liczba mieszkań komunalnych i socjalnych w zasobie gmin w latach 2010-2020

WYSZCZEGÓLNIENIE	Rok 2010	Rok 2015	Rok 2018	Rok 2019	Prognoza Rok 2020
Liczba mieszkań komunalnych w zasobie gminy	138 845	119 145	108 253	106 080	103 690
Liczba wniosków złożonych na mieszkanie komunalne z zasobów gminy	13 402	13 844	12 787	11 624	11 872
w tym:					
Liczba mieszkań socjalnych (lokali)	7 524	9 500	9 971	9 637	9 364
Liczba oczekujących na mieszkanie socjalne	6 997	8 463	7 873	8 111	8 154
Liczba wyroków eksmisyjnych bez wskazania lokalu socjalnego	b.d.	2 650	3 042	2 751	2 819

Źródło: OZPS za rok 2012, 2015 i 2019

Spadek liczby mieszkań komunalnych w 2019r. w porównaniu z 2018r. był udziałem 111 gmin, największy spadek odnotowano w gminach Kotla – o 60%, Bierutów – o 53%, Szklarska Poręba – o 52% oraz Wleń i Lubań – o 40% zasobu komunalnego. W 24 gminach województwa dolnośląskiego odnotowano przyrost liczby mieszkań komunalnych – najwięcej lokali przybyło w gminach: Pieszycy (wzrost o 421%), Długotęka (o 57%), Karpacz (o 43%), Nowogrodziec (o 22%) i Rudna (o 22%).

Gminy, zgodnie z ustawą o ochronie praw lokatorów⁹, zobowiązane są do zapewniania osobom o niskich dochodach lokali socjalnych i zamiennych.

Mieszkania socjalne z zasobów gminy przyznawane są osobom, które jednocześnie spełniają dwa warunki:

- a) nie posiadają tytułu prawnego do innego lokalu,

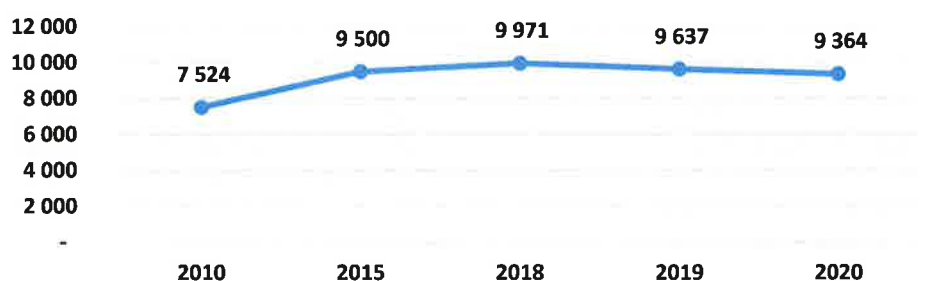
⁹ Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (j.t. Dz.U. 2020.611). Art. 4 ustawy stanowi, iż tworzenie warunków do zaspokajania potrzeb mieszkaniowych wspólnoty samorządowej należy do zadań własnych gminy. Gmina, na zasadach i w wypadkach przewidzianych w ustawie, zapewnia lokale socjalne i lokale zamienne, a także zaspokaja potrzeby mieszkaniowe gospodarstw domowych o niskich dochodach.

- b) ich dochody nie przekraczają wysokości tzw. kryterium dochodowego, którego wysokość jest określona w uchwale rady gminy.

Procedura związana z przekazaniem mieszkania lokatorom jest czasochłonna, ponieważ w zasobach gmin liczba mieszkań jest niewystarczająca i/lub mieszkania te charakteryzują się niskim/złym stanem technicznym. Wobec powyższego okres oczekiwania na lokal socjalny trwa często kilka lat. Zasady przyznawania mieszkań z zasobów gminnych szczegółowo opisane są w uchwałach poszczególnych miast/gmin.

W zasobach gmin województwa dolnośląskiego w 2019r. znajdowało się ponad 9,6 tys. lokali socjalnych (tabela nr 5 powyżej). Zapotrzebowanie na mieszkania komunalne z zasobu gminy złożyło 11.624 mieszkańców Dolnego Śląska, a ponad 8,1 tys. osób oczekiwało na przyznanie lokalu socjalnego (tabela nr 5 powyżej). Na przestrzeni lat 2010-2020 obserwować można wzrost liczby mieszkań socjalnych w I połowie dekady oraz stopniowy ich spadek w II połowie – szczegółowe dane na ten temat prezentuje poniższy wykres nr 9.

Wykres 9. Liczba mieszkań socjalnych w zasobie gmin dolnośląskich w latach 2010-2020



Źródło: OZPS za rok 2012, 2015 i 2019

Gminami, w których w 2019r. liczba złożonych wniosków o mieszkanie komunalne oscylowała wokół 1000 były:

- m. Wrocław – 822 wnioski,
- m. Wałbrzych – 1.275 wniosków,
- Polkowice – 3.381 złożonych wniosków, przy zasobie mieszkaniowym w liczbie 909 mieszkań komunalnych.

Największą liczbą mieszkań socjalnych (powyżej 200 lokali) dysponowało w 2019r. 9 gmin – tyle samo co w roku 2018 (tabela nr 6 poniżej). Wśród nich wyróżniało się miasto Wrocław, które w swoich zasobach posiadało ich ponad półtora tysiąca (1.650 lokali, co stanowiło 34,3% zasobu mieszkań socjalnych będących w dyspozycji gmin z największą liczbą mieszkań socjalnych).

W 56 gminach województwa wykazano, iż zasoby mieszkań socjalnych nie przekraczają 10 lokali (2018r. – 53 gminy). Dotyczyło to w szczególności gmin wiejskich (44 JST). Zasób lokali socjalnych na poziomie 10 mieszkań lub mniej był również udziałem 9 gmin miejsko-wiejskich (Niemcza, Pieszyce, Wąsosz, Szczytna, Leśna, Olszyna, Międzybórz, Wiązów, Złoty Stok) i 3 gmin miejskich: Jawor, Piechowice i Zawidów. W sprawozdaniu OZPS 18 gmin wykazało, iż w ogóle nie dysponuje mieszkaniem socjalnym (w 2018r. – 19). Tendencja ta utrzymuje się od kilku lat. Brak mieszkań socjalnych wykazały głównie gminy wiejskie oraz dwie miejsko-wiejskie: Międzylesie (powiat kłodzki) i Przemków (powiat polkowicki).

Tabela 6. Gminy województwa dolnośląskiego z największą (powyżej 200 lokali) liczbą mieszkań socjalnych w zasobie gminy w latach 2018-2020

LP.	GMINA	POWIAT	TYP GMINY	ROK 2018	ROK 2019	PROGNOZA ROK 2020
1.	M. Wrocław	m. Wrocław	miejska	1 600	1 650	1 700
2.	M. Wałbrzych	m. Wałbrzych	miejska	588	583	600

3.	M. Jelenia Góra	m. Jelenia Góra	miejska	555	537	537
4.	Świdnica	świdnicki	miejska	564	517	480
5.	Głogów	głogowski	miejska	450	465	470
6.	Kłodzko	kłodzki	miejska	291	286	284
7.	Polkowice	polkowicki	miejsko-wiejska	242	266	250
8.	Oleśnica	oleśnicki	miejska	255	257	260
9.	Lubin	lubiński	miejska	254	254	255
RAZEM:				4 799	4 815	4 836

Źródło: OZPS za 2019r.

W sprawozdaniu OZPS za 2019r. po raz kolejny znalazła się informacja dotycząca nie tylko mieszkań będących w zasobach gmin, ale również dłużników, którzy wyrokiem sądu stracili prawo do lokalu socjalnego.

Na terenie Dolnego Śląska w 2019r. wyroki eksmisyjne bez wskazania lokalu socjalnego otrzymało 2.751 osób (w porównaniu z rokiem ubiegłym spadek o 291 osób). Najwięcej procedur zakończonych wyrokiem eksmisyjnym w województwie podjęto w trzech miastach grodzkich:

- a) Wałbrzych – 1180 spraw;
- b) Wrocław – 825 spraw;
- c) Legnica – 141 procedur.

W ramach RPO WD 2014-2020, ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego możliwa była realizacja projektów służących poprawie stanu budynków mieszkalnych, zarówno w ramach Działania 3.3, którego celem jest zwiększenie efektywności energetycznej budynków użyteczności publicznej i budynków mieszkalnych, jak i Działania 6.3, ukierunkowanego na kompleksową rewitalizację zdegradowanych obszarów miejskich i wiejskich, w wymiarze społecznym, gospodarczym i przestrzennym. W ramach wskazanych interwencji możliwe było podniesienie standardu części wspólnych budynków oraz ich części zewnętrznych (elewacja). Dodatkowo, w ramach Działania 6.1 środki mogły być kierowane na remont, przebudowę i wyposażenie infrastruktury zdegradowanych budynków w celu ich adaptacji na mieszkania socjalne oraz mieszkania o charakterze wspomagającym: chronione, treningowe i wspierane skierowane w szczególności dla osób opuszczających pieczę zastępczą, zakłady poprawcze lub młodzieżowe ośrodki wychowawcze. Interwencje te mogły wykraczać poza części wspólne budynków, a wsparcie musiało być powiązane z procesem aktywizacji społeczno-zawodowej, mającej na celu usamodzielnienie ekonomiczne osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

UBÓSTWO JAKO CZYNNIK WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO

Ubóstwo jest zjawiskiem złożonym, dotyczącym sfery materialnej, społecznej, politycznej i kulturowej człowieka, wobec czego różnorodnie może być definiowane, a w efekcie odmiennie mierzone.

Wieloaspektowy charakter ubóstwa zawiera definicja ONZ: „*Ubóstwo to ograniczenie wyboru i szans życiowych, to naruszenie ludzkiej godności. Oznacza brak możliwości skutecznego uczestnictwa w społeczeństwie. Oznacza też niedostatek żywności i ubrań potrzebnych rodzinie, brak możliwości uczęszczania do szkoły i korzystania ze służby zdrowia, brak dostępu do ziemi, którą można uprawiać lub pracy, żeby móc zarobić na życie, brak dostępu do kredytu. Ubóstwo oznacza również zagrożenie, bezsilność i wykluczenie jednostek, rodzin i społeczności. Oznacza podatność na przemoc i często wiąże się z życiem w niepewnych warunkach bez dostępu do czystej wody i urządzeń sanitarnych.*¹⁰” Nie skupia się ona wyłącznie na niedostatku finansowym jednostki, lecz na konsekwencjach, które te braki rodzą.

¹⁰ Polski Komitet EAPN www.eapn.org.pl (25.09.2020)

Statystyczny obraz ubóstwa w Polsce można nakreślić przy zastosowaniu trzech mierników:

- **Ubóstwo skrajne** uwzględnia jedynie te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a konsumpcja niższa od tego poziomu utrudnia przeżycie i stanowi zagrożenie dla rozwoju psychofizycznego człowieka.
- **Ustawowa granica ubóstwa** uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z pomocy społecznej.
- **Relatywna granica ubóstwa** została ustalona na poziomie 50% średnich wydatków ogółu gospodarstw domowych¹¹.

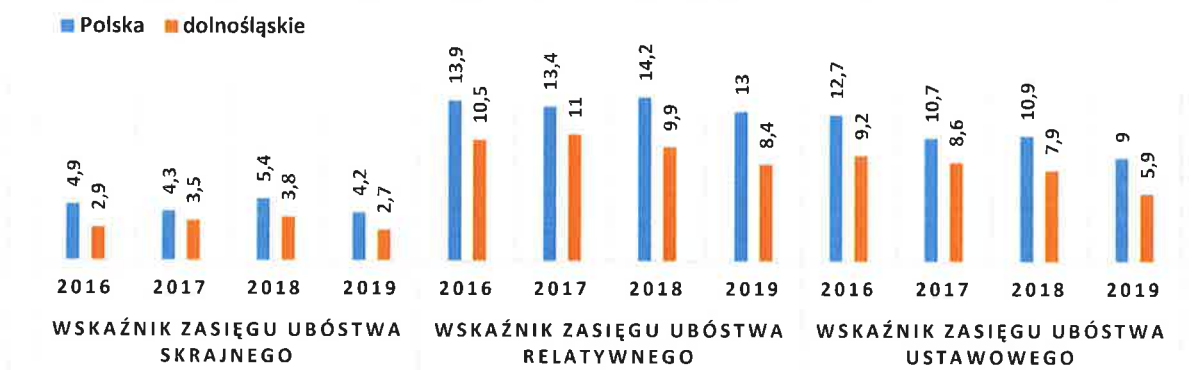
Oprócz powyższych mierników obliczany jest wskaźnik **sfery niedostatku**. Wydatki konsumpcyjne niższe od tego poziomu nie są wystarczające, by wykonywać pracę zawodową, kontynuować kształcenie, utrzymywać więzi rodzinne i kontakty towarzyskie oraz uczestniczyć w kulturze¹².

¹¹ GUS, *Aneks do opracowania sygnałnego „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019 r.”*, s. 1, www.stat.gov.pl (25.09.2020)

¹² Tamże (25.09.2020)

Problem ubóstwa w Polsce i na Dolnym Śląsku

Wykres 10. Odsetek mieszkańców Dolnego Śląska doświadczających ubóstwa w latach 2016-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS, *Aneks do opracowania sygnałnego „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019r.”*, s. 7

Analiza danych wskazuje, że sytuacja Dolnego Śląska na tle średniej krajowej kształtuje się korzystnie. Wartości wskaźników na przestrzeni czterech lat (2016-2019) są znacząco niższe niż tożsame mierniki monitorowane na poziomie Polski. Biorąc pod uwagę występowanie problemu ubóstwa w kontekście różnicowań terytorialnych, w 2019 roku Dolny Śląsk znalazł się w grupie 4 województw, których mieszkańcy są najmniej dotknięci problemem ubóstwa skrajnego¹³ i ustawowego¹⁴. Równocześnie dolnośląskie odznacza się znacząco niższym wskaźnikiem ubóstwa relatywnego¹⁵ (8,4%) w porównaniu do regionów z najwyższą stopą procentową (małopolskie 20,9%, podlaskie 21,8%).

Niepokojący pozostaje niestabilny poziom ubóstwa skrajnego. W latach 2017-2018 zmienił się pozytywny trend spadkowy, który został przełamany dopiero w 2019r. Raport z monitoringu ubóstwa EAPN Polska (Poverty Watch) odnotowuje, że stało się tak mimo wyższego niż w 2017r. wzrostu realnego przeciętnego wynagrodzenia (o 5,3 proc.), realnej płacy minimalnej (o 4 proc.), mniejszego niż w 2017 r. bezrobocia (3,7-3,8 proc.) oraz kontynuowania wypłat świadczenia wychowawczego („500+”)¹⁶. Źródłem takiego stanu rzeczy mógł być brak waloryzacji świadczenia wychowawczego i zasiłków rodzinnych. To sprawiło, że rodziny utrzymujące się głównie ze świadczeń mogły zaspokoić swoje potrzeby na niższym poziomie i to w tej grupie ubóstwo skrajne wzrosło najbardziej (z 10,4 do 14,1%).

¹³ Najniższe zasięgi ubóstwa skrajnego w 2019 r. odnotowują województwa: opolskie, pomorskie i śląskie.

¹⁴ Najniższe zasięgi ubóstwa ustawowego w 2019 r. odnotowują województwa: pomorskie, opolskie i śląskie.

¹⁵ Najniższe zasięgi ubóstwa relatywnego w 2019 r. odnotowują województwa: pomorskie i opolskie.

¹⁶ Polski Komitet EAPN www.eapn.org.pl/poverty-watch/ (05.10.2020)

Wykres 11. Wskaźniki zasięgu sfery niedostatku według województw w latach 2016-2019



Źródło: GUS, *Aneks do opracowania sygnalnego...*, s. 14

Monitorowany przez GUS wskaźnik zasięgu sfery niedostatku wykazuje zarówno w Polsce, jak i na Dolnym Śląsku wysoki poziom (odpowiednio w 2019r. 39,4% i 31,1%). Niestety, pomimo spadku jego wartości w stosunku do lat 2016-2018, jego poziom nadal jest wysoki, co należy ocenić negatywnie.

Kierunkowym dokumentem Unii Europejskiej jest **Strategia „Europa 2020”**. Jej celem jest obniżenie liczby osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (wskaźnik AROPE)¹⁷ o co najmniej 1,5 mln w odniesieniu do 2008r. Jak raportuje Polska, został on osiągnięty już w 2013r. Wskaźnik ten spadł pomiędzy 2008 i 2018 rokiem o 4,51 miliona. Liczba ta pozostaje w trendzie spadkowym (w 2018r. spadła o ok. 300 tys.), co jest wynikiem dobrej sytuacji na rynku pracy i realizacji programów prospołecznych. W 2018r. liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Polsce wyniosła 6,97 miliona, co odpowiada 18,9% społeczeństwa. Polska, z 7,4% ludności UE, partycypowała w 2018r. w 22,6% realizacji celu UE w zakresie zmniejszania ubóstwa i wykluczenia społecznego (4,5 mln osób z założonych 20 mln osób w całej UE). Równocześnie osiągnięto cel określony w **Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju**, który został wyznaczony na co najmniej 20% do 2020r.¹⁸

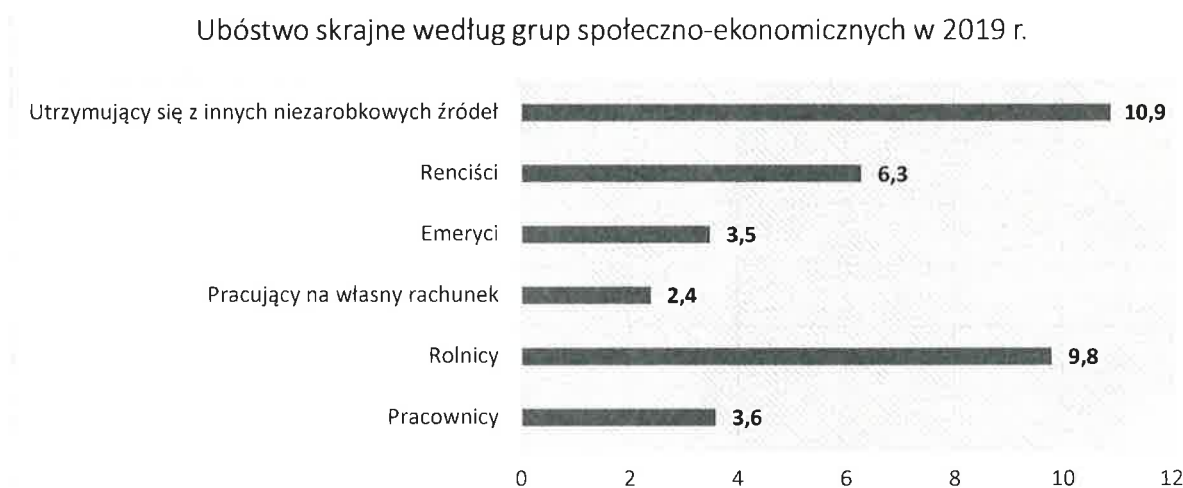
¹⁷ Wielkość tę definiuje się przy użyciu trzech głównych wskaźników:

1. wskaźnik dotyczący zagrożenia ubóstwem
2. wskaźnik dotyczący pogłębionej deprivacji materialnej
3. wskaźnik dotyczący gospodarstw domowych o małej intensywności pracy

Osoby uznaje się za zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, gdy dotyczy ich co najmniej jeden z trzech opisanych powyżej wymiarów ubóstwa. Niektóre osoby są dotknięte jednocześnie dwoma lub nawet trzema rodzajami ubóstwa. www.stat.gov.pl (25.09.2020)

¹⁸ Krajowy Program Reform Europa 2020 , Aktualizacja 2020/2021. Przyjęty przez Radę Ministrów 28.04.2020 r. www.gov.pl (23.09.2020)

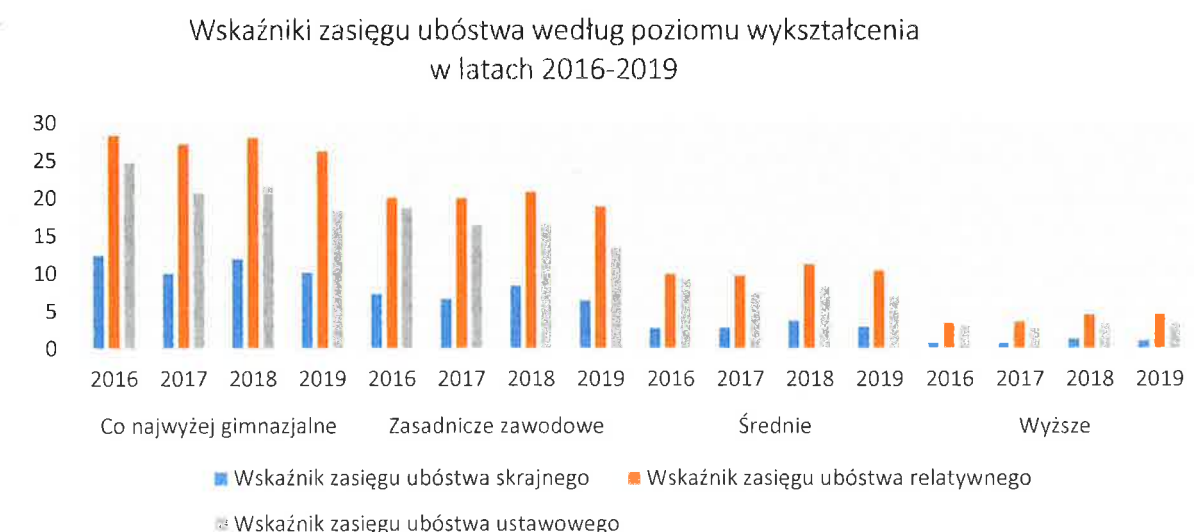
Wykres 12. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym w 2019r. wg grup społeczno-ekonomicznych (źródło dochodów)



Źródło: GUS, *Aneks do opracowania sygnałnego...*, s. 3

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 (10,1% 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), tj. 4,5% z nich żyje na granicy minimum egzystencji. Ich złą sytuację na tle pozostałych grup wiekowych odzwierciedlają też mierniki ubóstwa ustawowego (12,2%) oraz relatywnego (14,3%). Z problemem wielowymiarowego ubóstwa zmagają się osoby starsze. Blisko 4% z nich żyje na poziomie minimum. Pomimo posiadania stałego źródła dochodu seniorzy, z uwagi na pogarszający się stan zdrowia, korzystają z kosztownych usług zdrowotnych i społecznych. Do deprivacji materialnej dochodzi nierzadko doświadczana przemoc psychofizyczna oraz dyskryminacja ze względu na wiek. Na wielowymiarowe ubóstwo składa się także ich wykluczenie cyfrowe.

Wykres 13. Wskaźniki zasięgu ubóstwa według poziomu wykształcenia głowy gospodarstwa domowego w latach 2016-2019

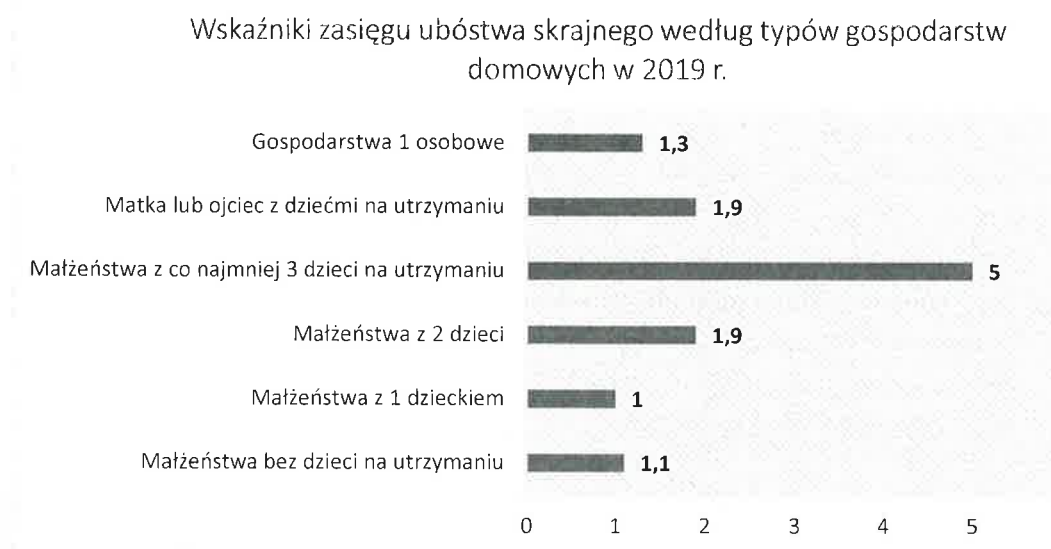


Źródło: GUS, *Aneks do opracowania sygnałnego...*, s. 6

Na sytuację ekonomiczną gospodarstw domowych wpływa także jej liczebność oraz stan zdrowia. Z badań wynika, że w 2019 roku ubóstwem skrajnym dotkniętych było 5% małżeństw z co najmniej trojgiem dzieci na utrzymaniu. Ich sytuacja jest trudniejsza niż rodzin niepełnych (1,9%). W przypadku analizowania sytuacji rodzin wielodzietnych można posłużyć się wskaźnikiem zasięgu sfery niedostatku. Ponad 55% rodzin wielodzietnych (z co najmniej 3 dzieci w wieku 0-17lat) wykazywało, że ich wydatki są niewystarczające, by wykonywać pracę zawodową, kontynuować kształcenie, utrzymywać więzi rodzinne i kontakty towarzyskie oraz uczestniczyć w kulturze. Dla porównania 33% rodzin bez dzieci w wieku 0-17% deklaruje odczuwany niedostatek.

Z ubóstwem mierzą się także gospodarstwa domowe z co najmniej 1 osobą z niepełnosprawnościami (ok. 6,5% z nich żyje na poziomie minimum).

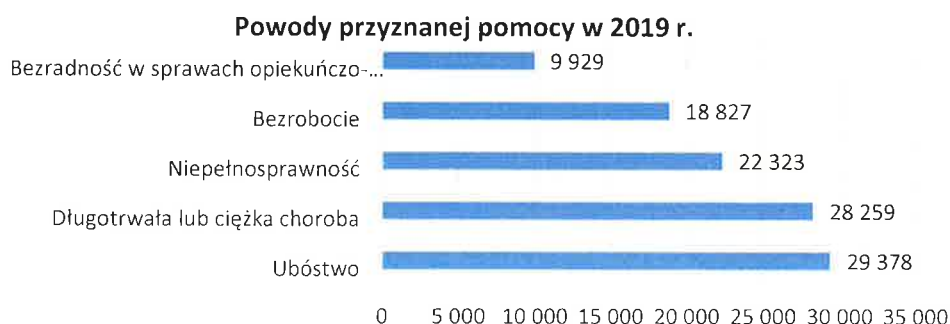
Wykres 14. Wskaźniki zasięgu ubóstwa według typów gospodarstw domowych w 2019r.



Źródło: GUS, *Aneks do opracowania sygnałowego...*, s. 4

Podobnie jak w latach poprzednich więcej osób zagrożonych ubóstwem zamieszkuje wieś niż miasto. Tam odsetek osób żyjących na poziomie ubóstwa skrajnego w 2019r. wyniósł ok. 8%. Jest to spowodowane m.in. mniejszą możliwością zarobkowania poza sektorem rolniczym oraz trudniejszym dostępem do edukacji. Dla porównania w miastach, w zależności od wielkości, wskaźnik kształtował się w granicach 1- 3%.

Wykres 15. Główne powody przyznawania pomocy dla rodzin jednoosobowych i wieloosobowych w roku 2019 na Dolnym Śląsku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z *Oceny zasobów pomocy społecznej w gminach i powiatach województwa dolnośląskiego w 2019r.*, s.27

Ze wsparcia pieniężnego w postaci różnego rodzaju zasiłków korzystało w 2019r. ponad 70 tys. osób, a świadczeń niepieniężnych w 2019 roku w województwie korzystało ponad 20,8 tys. osób.

Tabela 8. Dane o korzystających z pomocy i wsparcia w województwie dolnośląskim w latach 2018-2020

OSOBY I RODZINY, KTÓRYM PRZYZNANO ŚWIADCZENIE	2018	2019	Prognoza 2020
osoby i rodziny, którym udzielono wsparcia i pomocy	158 750	173 455	176 687
osoby długotrwale korzystające z pomocy	40 759	37 166	37 844
wiek 0-17	15 247	12 931	13 117
wiek produkcyjny	40 768	38 542	40 719
wiek poprodukcyjny	19 685	17 060	17 499
liczba rodzin	61 678	56 661	58 833
liczba osób w rodzinach	111 559	101 314	104 249

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z *Oceny zasobów pomocy społecznej w gminach i powiatach województwa dolnośląskiego w 2019r.*, s.25

Z analizy zawartej w Ocenie Zasobów Pomocy Społecznej (OZPS) wynika, że liczba rodzin w województwie dolnośląskim objętych pomocą społeczną w 2019r. wynosi 54.595, wykazując spadek w stosunku do roku 2018r. o 3.505. Na obszarach wiejskich pomoc w roku oceny uzyskało 17.405 rodzin (spadek liczby o 5 tys. w porównaniu do roku poprzedniego, z ogółu uzyskujących pomoc na wsi).

Najczęściej pomocą społeczną objęte były rodziny wg poniżej wskazanych typów:

- rodziny z dziećmi – 15.363 rodzin;
- rodziny emerytów i rencistów – 14.666 rodzin;
- rodziny niepełne – 6.602 rodzin²¹.

Analizując grupy doświadczające ubóstwa można wskazać na główne przyczyny istnienia tego zjawiska. Przede wszystkim należy do nich bezrobocie, niezarobkowe źródła utrzymania oraz niski poziom wynagrodzenia za wykonywaną pracę (tzn. biedni pracujący). 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 seniorzy oraz osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny.

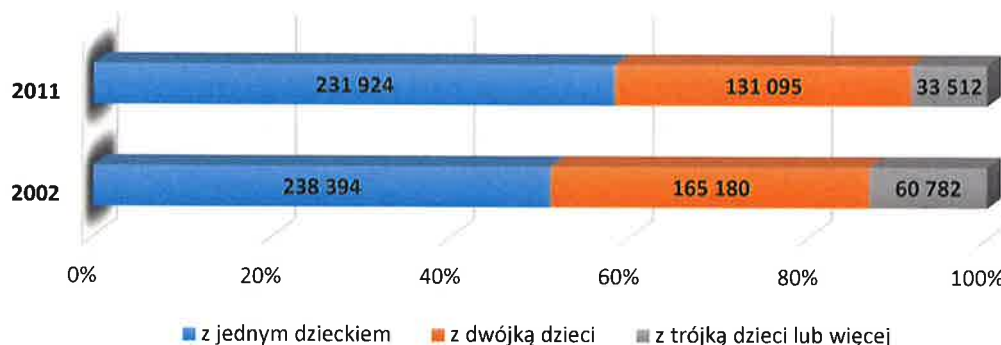
KONDYCJA DOLNOŚLĄSKIEJ RODZINY

Statystyki publiczne dotyczące rodziny, jej składu i struktury, zbierane są w ramach Narodowych Spisów Powszechnych. Ponieważ ostatni Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań przeprowadzony został w 2011r., dostępne na ten temat dane statystyczne mogą być w chwili obecnej nieadekwatne do aktualnej sytuacji rodzin. Zachodzące na przestrzeni lat zmiany w tym zakresie dotyczą zwłaszcza wzorców dzietności; porównując dane z NSP 2002 i 2011 obserwuje się po pierwsze zmniejszenie liczby rodzin z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu o 67.824 rodziny, po drugie znaczny spadek liczby rodzin wielodzietnych, posiadających przynajmniej trójkę dzieci – z 13,1% ogółu rodzin z dziećmi w 2002r. do 8,5% w 2011r., przy jednoczesnym wzroście liczby rodzin z jednym dzieckiem – z 51,3% w 2002r. do 58,5% w 2011r. Najmniejsza fluktuacja dotyczy

²¹ Ocena zasobów pomocy społecznej w gminach i powiatach województwa dolnośląskiego w 2019 r., s. 26

liczebności rodzin z dwójką dzieci – z poziomu 35,6% w 2002r. do 33,1% ogółu rodzin z dziećmi w 2011r. Szczegółowe informacje na temat liczebności rodzin z dziećmi prezentuje poniższy wykres nr 16.

Wykres 16. Rodziny z dziećmi wg danych NSP 2002 i 2011



Źródło: BDL GUS

Można przypuszczać, iż zaobserwowany trend został utrzymany w latach pospisowych, choć skala i głębokość tego procesu jest trudna do oszacowania, zwłaszcza, że w ostatnich latach wprowadzono szereg instrumentów, mających na celu wspieranie dzietności, w tym świadczenie wychowawcze czy wspieranie rozwoju infrastruktury opieki nad małym dzieckiem (żłobki i przedszkola).

Świadczenie wychowawcze

Ustawa z dnia 11 lutego 2016r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci wprowadziła, jako formę wspierania rodziny w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, świadczenie wychowawcze. Celem świadczenia, w myśl założeń ustawy, jest częściowe pokrycie wydatków związanych z wychowywaniem dziecka, w tym z opieką nad nim i zaspokojeniem jego potrzeb życiowych. Świadczenie wychowawcze przysługuje ojcu/matce lub opiekunowi faktycznemu dziecka, które wspólnie zamieszkuje i pozostaje na jego/jej utrzymaniu, opiekunowi prawnemu dziecka albo dyrektorowi domu pomocy społecznej. Świadczenie wychowawcze w wysokości 500 zł miesięcznie przysługuje wymienionym osobom do dnia ukończenia przez dziecko 18 roku życia. Zadanie rozpatrywania wniosków, ustalania uprawnień i wypłacania świadczenia wychowawczego realizowane jest przez gminę jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej.

Wg danych BDL w roku 2018 w województwie dolnośląskim świadczenie 500+ pobierało miesięcznie średnio 156.078 rodzin, którym przyznano je dla 223.577 dzieci. Łączna kwota wydatków na ten cel wyniosła 1.384.639.017 zł.

Największa liczba dzieci otrzymywała świadczenie 500+ w gminach miejskich: M. Wrocław (39.638 dzieci), M. Wałbrzych (7.619), M. Legnica (7.487), Jelenia Góra (5.226), Głogów (4.963), Lubin (4.842), Świdnica (3.736) oraz w gminie wiejskiej Długołęka (3.112). Najmniej dzieci otrzymywała świadczenie w gminach wiejskich Platerówka (120 dzieci) i Lewin Kłodzki (135) oraz w gminie miejskiej Zawidów (175 dzieci). Natomiast biorąc pod uwagę liczbę dzieci w rodzinach, najliczniejsze rodziny otrzymywały świadczenie w gminach wiejskich: Krośnice (średnio 1,76 dziecka w rodzinie), Pęcław (1,72), Ruja (1,71), Przeworno (1,68), Marciszów (1,68), Lewin Kłodzki (1,67), w gminie miejsko-wiejskiej Międzybórz (1,66) i gminie miejskiej Piława Górna (1,66). Najmniej liczne pod względem dzieci były gminy: Siechnice (średnio 1,27 dziecka w rodzinie), gmina wiejska Lubin (1,28), Długołęka (1,28) oraz M. Wrocław (1,29).

W uzupełnieniu powyższych informacji, z danych zawartych w systemie Centralna Aplikacja Statystyczna w ramach Oceny zasobów pomocy społecznej dla województwa dolnośląskiego za rok 2019 wynika, że w 2017r. świadczenie wychowawcze pobierało średnio miesięcznie 164.787 rodzin, w tym 5.957 rodzin niepełnych, w

2018r. wśród 156.078 rodzin pobierających świadczenie było 26.465 rodzin niepełnych, zaś w 2019r. świadczenie pobierało 158.244 rodzin, w tym 25.888 rodzin niepełnych. W 2019r. łączna kwota przeznaczana na wypłatę świadczenia wychowawczego była wyższa niż w latach ubiegłych i wyniosła 2.050.487.764 zł.

Opieka nad małym dzieckiem – żłobki i przedszkola

Tworzenie infrastruktury wspomagającej opiekę nad małym dzieckiem w ciągu ostatnich lat stanowi jeden z istotnych elementów wspierania rodziny w pełnieniu funkcji opiekuńczych oraz godzenia ról rodzicielskich z zawodowymi, o czym świadczy rosnąca na przestrzeni lat liczba placówek opieki nad małym dzieckiem oraz stopniowo rosnące odsetki dzieci objętych opieką.

Wg GUS BDL w 2014r. odsetek dzieci objętych opieką żłobkową wynosił 10%, natomiast w 2019 uległ niemal podwojeniu do poziomu 19,2% ogółu dzieci. Dostępność żłobków jest większa na obszarach miejskich (2014 – 13,7%, 2019 – 24,9% ogółu dzieci) niż na terenach wiejskich (2,0% dzieci w 2014r. i 7,4% w 2019r.), choć w jednym i drugim przypadku odnotowujemy stopniowy wzrost liczby dzieci, które mają możliwość skorzystania ze żłobka. W 2019r. niemal we wszystkich gminach (z wyjątkiem gminy wiejskiej Chojnów) odsetek dzieci objętych opieką żłobkową był wyższy od 0 – dla porównania, w 2014r. gmin o wskaźniku zerowym było 36. Najwyższy odsetek dzieci objętych opieką żłobkową w 2019r. odnotowano w gminach: Kobierzyce (38,8%), Szklarska Poręba (37,4%), Siechnice (33,9%), gmina miejska Oleśnica (32,6%), M. Wrocław (30,0%), a najniższy w gminach: gmina wiejska Chojnów (0%), Karpacz (3,8%), Lwówek Śląski (4,3%), Bierutów (4,8%), gmina wiejska Oleśnica (4,9%) oraz Wołów (5,3%). Na przestrzeni lat 2014-2019 najwyższą dynamiką wzrostu odsetka dzieci objętych opieką żłobkową, na poziomie powyżej 20 p.p. charakteryzowały się gminy: Kobierzyce (wzrost o 28,3 p.p.), gmina wiejska Nowa Ruda (o 25,4 p.p.), gmina miejska Oleśnica (o 25,2 p.p.), Jordanów Śląski (o 24,8 p.p.), Głuszyca (22,7 p.p.) oraz Wądroże Wielkie (o 22,2 p.p.). Wartość wskaźnika mniejszą w 2019r. w porównaniu z rokiem 2014 odnotowano w 6 gminach województwa dolnośląskiego: gmina wiejska Chojnów (spadek o 17,8 p.p.), Mioszów (o 4,3 p.p.), gmina wiejska Oleśnica (o 1,7 p.p.), gmina miejska Bolesławiec (o 1,6 p.p.), Wisznia Mała (o 0,9 p.p.) i Bielawa (o 0,1 p.p.).

Wg danych GUS BDL także liczba żłobków (obejmująca żłobki, oddziały żłobkowe i kluby dziecięce) na przestrzeni lat 2014-2020 uległa niemal podwojeniu – z poziomu 232 placówek w 2014r. do 458 w 2019r. Infrastruktura opieki nad dzieckiem do lat 3 w 2019r. obejmowała 378 żłobków, 6 oddziałów żłobkowych oraz 74 kluby dziecięce. Najwięcej placówek żłobkowych w 2019r. funkcjonowało w gminach: M. Wrocław – 185, Legnica – 17, Kobierzyce – 14, gmina miejska Lubin – 13, gmina miejska Oleśnica – 13, gmina miejska Głogów – 12, Siechnice – 12 oraz gmina miejska Świdnica – 10. Ani jednej placówki opieki nad dzieckiem małym nie było w gminie wiejskiej Chojnów, zaś po jednej placówce funkcjonowało w 49 gminach województwa dolnośląskiego. Zmniejszenie liczby placówek w 2019r. w porównaniu z rokiem 2014 odnotowano w 4 gminach: gmina miejska Bolesławiec, Bielawa, Wisznia Mała i gmina wiejska Chojnów.

Według danych OZPS za 2019r. w województwie dolnośląskim w 2019r. funkcjonowało 379 żłobków, które dysponowały ogółem 16.121 miejscami, oraz 2.259 opiekunów dziennych do dzieci. Istniejąca infrastruktura nie zaspokajała potrzeb związanych z opieką żłobkową – w placówkach opieki nad dzieckiem do lat 3 brakowało ponad 7,5 tys. miejsc. Porównując te informacje z danymi zawartymi w OZPS za 2018r. obserwować można znaczny spadek liczby wszystkich parametrów związanych z opieką nad małym dzieckiem, co mogłoby napawać niepokojem, gdyby nie było raczej pochodną odmiennego sposobu agregacji danych statystycznych z tego obszaru niż odzwierciedleniem rzeczywistości.

Tabela 9. Instytucje sprawujące opiekę nad małym dzieckiem w województwie dolnośląskim w latach 2018-2019

WYSZCZEGÓLNIENIE	Rok 2018*	Rok 2019
------------------	-----------	----------

Liczba żłobków	675	379
Liczba opiekunów dziennych do dzieci	3 632	2 259
Liczba dzieci w żłobkach	28 402	16 121
Brakujące miejsca dla dzieci w żłobkach	9 148	7 694
<i>*dane pochodzące z OZPS za 2018r.</i>		

Źródło: OZPS za 2018 i 2019r.

Założenie to potwierdza fakt, iż ze sprawozdania branżowego zawierającego dane na temat opieki nad dziećmi do lat 3, obejmującego wszystkie – publiczne, niepubliczne i prywatne placówki żłobkowe wynika, że w 2019r. na terenie województwa dolnośląskiego działało 758 żłobków. Spośród ogółu żłobków największa ich liczba – 396 placówek (52,2%) – prowadzona była przez osoby fizyczne. Kolejnym ważnym podmiotem w tym obszarze była gmina, będąc organem prowadzącym dla 180 żłobków (23,7%), a w dalszej kolejności znalazło się 112 placówek prowadzonych przez osobę prawną (14,8%), 68 placówek prowadzonych przez jednostki nieposiadające osobowości prawnej (9,0%) oraz 2 żłobki prowadzone przez instytucje publiczne (0,3%). W porównaniu z rokiem 2018 liczba żłobków w województwie zwiększyła się o 12%, na zbliżonym poziomie pozostały proporcje udziału placówek według podmiotu prowadzącego.

Na przestrzeni lat zwiększa się także odsetek dzieci objętych opieką przedszkolną. W 2018r. odsetek dzieci w wieku 3-6 lat objętych opieką przedszkolną wynosił 90,5% i był wyższy od notowanego w 2010r. o 22 p.p. Najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w gminach: Polanica Zdrój, Kobierzyce, gmina miejska Zgorzelec, Karpacz, Kąty Wrocławskie i Siechnice, zaś najniższe w gminach: Ruja, Mściwojów, Paszowice oraz gmina wiejska Lubań. Dane na temat 10 gmin o najwyższym i 10 gmin o najniższym odsetku dzieci w wieku 3-6 lat objętych opieką przedszkolną prezentuje poniższa tabela nr 10.

Tabela 10. Gminy województwa dolnośląskiego o najwyższym i najniższym odsetku dzieci w wieku 3-6 lat objętych wychowaniem przedszkolnym w roku 2010 i 2018

Nazwa gminy		typ gminy	odsetek dzieci w wieku 3-6 lat objętych wychowaniem przedszkolnym	
			Rok 2010	Rok 2018
			[%]	[%]
DOLNOŚLĄSKIE			68,5	90,5
Gminy o najwyższym odsetku dzieci objętych opieką przedszkolną				
1.	Polanica-Zdrój	miejska	96,1	137,8
2.	Kobierzyce	wiejska	62,1	125,2
3.	Zgorzelec	miejska	90,7	123,2
4.	Karpacz	miejska	116,8	120,6
5.	Kąty Wrocławskie	miejsko-wiejska	61,3	115,4
6.	Siechnice	miejsko-wiejska	40,6	114,2
7.	Lubań	miejska	78,0	109,5
8.	Oleśnica	miejska	76,8	109,3
9.	Świdnica	miejska	81,5	108,5
10.	Kłodzko	miejska	81,4	108,2
Gminy o najniższym odsetku dzieci objętych opieką przedszkolną				
10.	Kamieniec Ząbkowicki	wiejska	49,7	57,3
9.	Pielgrzymka	wiejska	47,6	57,2
8.	Zagrodno	wiejska	36,8	57,1
7.	Jeżów Sudecki	wiejska	16,1	56,4
6.	Głogów	wiejska	43,0	56,2
5.	Oleśnica	wiejska	36,9	50,2
4.	Lubań	wiejska	34,5	48,8
3.	Paszowice	wiejska	45,1	46,7
2.	Mściwojów	wiejska	57,4	46,6
1.	Ruja	wiejska	49,1	34,7

Źródło: BDL GUS

Obserwując dynamikę zmian w tym obszarze na przestrzeni lat 2010-2018, spadek odsetka dzieci w wieku 3-6 lat objętych opieką przedszkolną nastąpił w 7 gminach województwa dolnośląskiego – Ruja (o 14,4 p.p.), Mściwojów (o 10,8 p.p.), Złoty Stok (o 7,7 p.p.), Ciepłowody (o 5,7 p.p.), gmina wiejska Nowa Ruda (o 2,2 p.p.), Lewin Kłodzki (o 1,7 p.p.) oraz Lubomierz (o 0,4 p.p.). W pozostałych gminach województwa odnotowano wzrost odsetka dzieci objętych opieką przedszkolną, w tym w 5 gminach na poziomie przekraczającym 50 p.p. – są to gminy: Czernica (o 75,3 p.p.), Siechnice (o 73,6 p.p.), Kobierzyce (o 63,1 p.p.), Walim (o 55,4 p.p.) oraz Kąty Wrocławskie (o 54,1 p.p.).

Biorąc pod uwagę obserwowane w ostatnich latach trendy, zarówno w zakresie opieki żłobkowej, jak i przedszkolnej, można przewidywać systematyczny rozwój obu rodzajów infrastruktury opieki nad dzieckiem, a zwłaszcza opieki żłobkowej, ponieważ stanowi ona obszar jeszcze nie w pełni zagospodarowany, szczególnie jeśli weźmiemy pod uwagę dysproporcje pomiędzy terenami miejskimi oraz wiejskimi. Kierunek zmian

podsyktowany jest zarówno względami ekonomicznymi rodzin (z reguły w rodzinach z małym dzieckiem trudno utrzymać gospodarstwo domowe wyłącznie z pracy jednej osoby), chęcią samorealizacji rodziców poprzez pracę zawodową, jak i, co równie istotne i coraz częściej podnoszone w dyskursie publicznym, z powodu korzyści opieki żłobkowej i przedszkolnej dla ogólnego rozwoju dziecka.

Korzystanie z pomocy społecznej

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. 2020 poz. 821 ze zm.) określa szereg instrumentów wsparcia rodziny biologicznej, przeżywającej problemy opiekuńczo-wychowawcze. Jednym z tych instrumentów jest pomoc asystenta rodziny, do zadań którego należy m.in. pomoc rodzinom w poprawie ich kompetencji opiekuńczo-wychowawczych, wspieranie umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego, pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych, w wychowywaniu dzieci, motywowanie do poszukiwania, podejmowania i utrzymania pracy zarobkowej, wspieranie aktywności społecznej rodziny i uczestnictwa w dostępnych zajęciach grupowych dla rodziców, udzielania wsparcia dzieciom oraz interweniowanie w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i innych członków rodziny. Ze względu na charakter pracy, jeden asystent rodziny może jednocześnie pracować maksymalnie z 15 rodzinami.

Na koniec 2019r. w dolnośląskich jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej zatrudnionych było 301 asystentów rodziny. W ciągu roku 2019 z ich usług skorzystało łącznie 3.641 rodzin. W porównaniu z 2012r. liczba asystentów rodziny wzrosła o 131 osób, nastąpił też wzrost liczby rodzin, korzystających z usług asystenta rodziny o 2.129 rodzin. W dwóch gminach, gminie miejskiej Zgorzelec oraz w Starej Kamienicy na koniec 2019r. przekroczony został limit rodzin przypadających na 1 asystenta rodziny, zaś 4 gminy nie zatrudniały ani jednego asystenta rodziny, były to gminy: Paszowice, Pęcław, Ruja i Warta Bolesławiecka.

Zmianie na przestrzeni lat ulega również czas pracy z rodzinami. O ile w 2012r., w pierwszym okresie obowiązywania ustawy, asystent rodziny pracował z jedną rodziną najczęściej od 3 do 12 miesięcy (na koniec 2012r. takich rodzin było 1.015), o tyle w roku 2019 największa liczba rodzin jest objęta pracą asystenta rodziny powyżej 1 roku – 1.676 rodzin na koniec 2019r. Przeciętny czas pracy asystenta z jedną rodziną wydłużył się na przestrzeni lat 2012-2019 z 5,3 do 16,8 miesięcy. Stan taki świadczyć może o skomplikowanym charakterze problemów, z jakimi borykają się rodziny, o niskich kompetencjach społecznych rodzin, z którymi pracuje asystent rodziny, a pośrednio również o swoistej słabości instytucjonalnego lokalnego systemu wspierania rodziny, w którym asystent nie jest w stanie zaproponować skutecznych rozwiązań ze względu na brak innych specjalistów pracy z rodziną (np. poradni rodzinnych, terapeutów, doradców zawodowych itp.).

Inną z form wspierania rodziny z dysfunkcjami w zakresie opiekuńczo-wychowawczym, kierowaną głównie do dzieci, mającą na celu wspieranie ich prawidłowego rozwoju, są placówki wsparcia dziennego. Placówka wsparcia dziennego może być prowadzona w formie opiekuńczej, w postaci kół zainteresowań, świetlic, klubów i ognisk wychowawczych, w postaci specjalistycznej lub w formie pracy podwórkowej, realizowanej przez wychowawcę. Placówka wsparcia dziennego o charakterze opiekuńczym zapewnia dziecku opiekę i wychowanie, pomoc w nauce, organizację czasu wolnego, zabawę, zajęcia sportowe i rozwój zainteresowań. Placówka specjalistyczna organizuje w szczególności zajęcia socjoterapeutyczne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne oraz logopedyczne, oraz realizuje szereg programów korekcyjnych, zaś placówka w formie pracy podwórkowej realizuje działania animacyjne i socjoterapeutyczne.

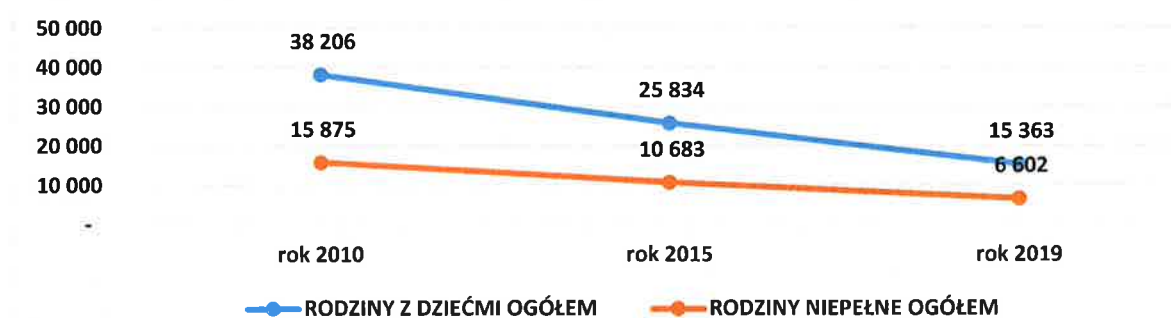
Na koniec 2019r. w województwie dolnośląskim funkcjonowało 67 placówek wsparcia dziennego, w tym 36 w formie opiekuńczej, 25 w formie specjalistycznej oraz 13 w postaci pracy podwórkowej. Placówki te zapewniały ogółem 2.114 miejsc, z których w drugiej połowie 2019r. skorzystało 1.717 dzieci. W porównaniu z 2012r. liczba placówek wsparcia dziennego wzrosła o 29 placówek, w tym o 8 opiekuńczych, 13 specjalistycznych oraz 12 w formie pracy podwórkowej. Łączna liczba oferowanych miejsc zwiększyła się o 493

miejsca, zaś liczba osób korzystających o 566 dzieci. W 140 gminach nie prowadzono ani jednej placówki wsparcia dziennego.

Jedną z form wsparcia rodziny z dziećmi w wymiarze materialnym są zasiłki rodzinne. W 2019r. z zasiłków rodzinnych wraz dodatkami skorzystało średnio 58.124 rodzin miesięcznie. W porównaniu z rokiem 2015 liczba rodzin pobierających zasiłki rodzinny zwiększyła się o ponad 3 tys., natomiast w porównaniu z rokiem 2018 uległa zmniejszeniu o ponad 5,5 tys. rodzin. Na przestrzeni lat 2014-2019 obserwować można lekką fluktuację liczby rodzin pobierających zasiłki rodzinny oscylującą wokół 60 tys. rodzin – można przypuszczać, że w latach kolejnych liczba ta będzie na poziomie zbliżonym z lekką tendencją spadkową.

Rodziny mające problemy z samodzielnym zaspokajaniem własnych potrzeb mogą skorzystać również z pomocy oferowanej w ramach realizacji ustawy o pomocy społecznej (Dz.U. 2020 poz. 1876 ze zm.). W 2019r. wsparciem z systemu pomocy społecznej objętych zostało 15.363 rodzin z dziećmi, w tym niemal 40% (5.944) rodzin zamieszkujących na wsi. Ogółem w rodzinach z dziećmi pomocą objęto 57.832 osób. W ciągu lat 2010-2019 znacząco zmniejszyła się liczba rodzin z dziećmi korzystających z systemu pomocy społecznej – w porównaniu z rokiem 2010 o ponad 22,5 tys. rodzin, a w porównaniu z 2015r. o niemal 10,5 tys. Podobną tendencję obserwować można w odniesieniu do rodzin niepełnych z dziećmi – tu liczba rodzin na przestrzeni ostatnich 9 lat zmniejszyła się o ponad 9 tys. rodzin. szczegółowe dane na ten temat prezentuje wykres nr 17.

Wykres 17. Rodziny z dziećmi korzystające z pomocy społecznej w latach 2010-2019



Źródło: Sprawozdania MRPiPS-03 – Sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach za rok 2010,2015 i 2019

W 2019r. niemal $\frac{3}{4}$ rodzin z dziećmi korzystające z pomocy społecznej to rodziny posiadające jedno (38,6%) i dwoje (33,8%) dzieci. Rodziny wielodzietne stanowiły około $\frac{1}{4}$ (27,6%) ogółu rodzin z dziećmi. Na przestrzeni lat skład rodzin z dziećmi w relacji do liczby dzieci w zasadzie nie uległ zmianie, nieco zwiększyła się liczba rodzin z dwójką dzieci, przy niewielkim spadku rodzin z jednym dzieckiem. W przypadku rodzin niepełnych w 2019r. największa ich liczba posiadała jedno (43,3%) dziecko, dwójkę dzieci posiadało 34,8% rodzin, a troje lub więcej dzieci – 21,9% rodzin niepełnych. Na przestrzeni ostatnich lat obserwować można zmniejszanie się odsetka rodzin niepełnych z jednym dzieckiem przy niewielkim wzroście odsetka rodzin z dwójką dzieci i pozostającym na podobnym poziomie odsetku rodzin wielodzietnych. Przypuszczać można, iż tendencje te zostaną utrzymane w latach kolejnych.

Wśród przyczyn trudnej sytuacji życiowej uprawniających do uzyskania wsparcia instytucjonalnego znajdują się m.in. sieroctwo, potrzeba ochrony macierzyństwa oraz bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego. Należy przy tym pamiętać, iż jedna rodzina może otrzymać pomoc z kilku powodów jednocześnie i zostać ujęta w statystyce z tym związanej w więcej niż jednej kategorii.

W 2019r. z powodu sieroctwa pomoc otrzymały 32 rodziny, w 22 mieszkające na wsi, w skład których wchodziły 103 osoby. W związku z potrzebą ochrony macierzyństwa wsparcie otrzymały 3.332 rodziny, w tym

niemal połowa z nich zamieszkująca tereny wiejskie, a łącznie z tego tytułu pomocą objęto ponad 15 tys. osób. Spośród ogółu rodzin, które otrzymały pomoc z tego powodu, niemal 60% stanowiły rodziny wielodzietne (na wsi 65,7%). W tej grupie przyczyn otrzymania wsparcia instytucjonalnego najliczniej reprezentowane były rodziny, które miały problemy z samodzielnym zaspokajaniem potrzeb w sferze opiekuńczo-wychowawczej i prowadzenia gospodarstwa domowego. W 2019r. na terenie województwa dolnośląskiego pomoc z tego tytułu otrzymało niemal 10 tys. rodzin, z tego niemal 1/3 zamieszkująca na wsi; ogółem ponad 26,5 tys. osób. Niemal połowę ogółu rodzin, które otrzymały wsparcie z tej przyczyny stanowiły rodziny niepełne (42%), zaś rodziny wielodzietne stanowiły 13% ich ogółu.

Na przestrzeni lat 2010-2019 obserwować można w pierwszych 5 latach wzrost liczby rodzin wielodzietnych, wymagających wsparcia z powodu potrzeby ochrony macierzyństwa (z poziomu 52% do 60%) i niewielki spadek udziału tej kategorii rodzin do poziomu 58% w drugiej części wskazanego okresu. W przypadku rodzin, które otrzymały pomoc z powodu bezradności opiekuńczo-wychowawczej i prowadzenia gospodarstwa domowego na przestrzeni lat uwidacznia się tendencja zmniejszania się liczby zarówno rodzin wielodzietnych, jak i niepełnych wśród ogółu rodzin, które otrzymują pomoc z tego tytułu. W latach 2010-2019 udział rodzin wielodzietnych zmniejszył się o ponad 8 p.p., zaś rodzin niepełnych o ponad 23 p.p. Coraz częściej pomocy z tego tytułu wymagają pełne rodziny nuklearne, posiadające maksymalnie dwoje dzieci. Szczegółowe dane na temat liczby rodzin i osób korzystających z pomocy społecznej z wskazanych powyżej przyczyn prezentuje tabela nr 11.

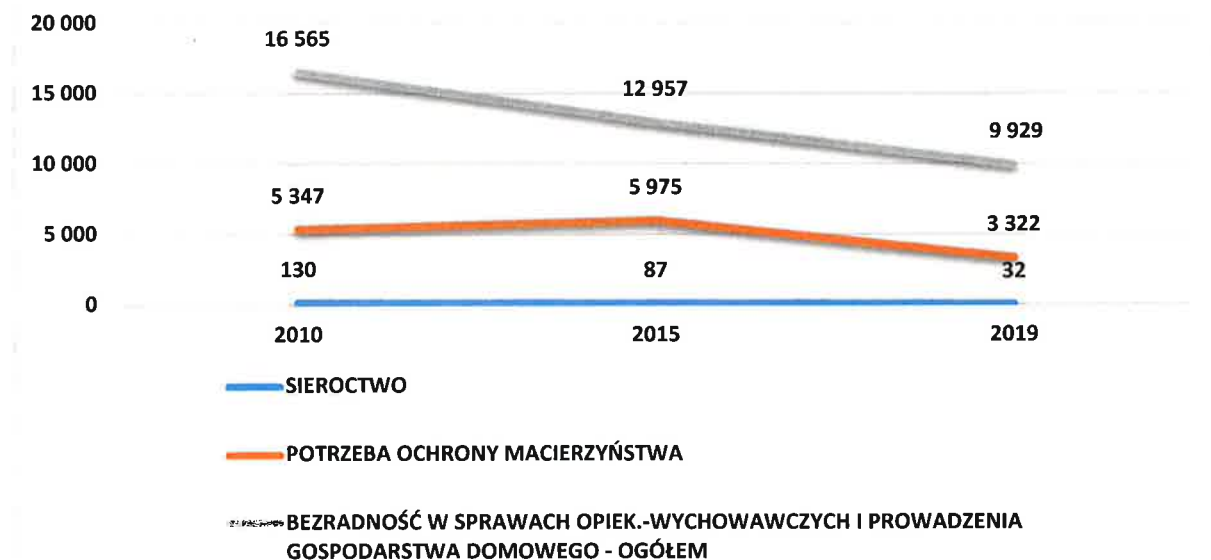
Tabela 11. Liczba rodzin i osób korzystających z pomocy społecznej w latach 2010-2019 wg wybranych przyczyn

POWÓD TRUDNEJ SYTUACJI ŻYCIOWEJ	2010 rok			2015 rok			2019 rok		
	LICZBA RODZIN		LICZBA OSÓB W RODZINACH	LICZBA RODZIN		LICZBA OSÓB W RODZINACH	LICZBA RODZIN		LICZBA OSÓB W RODZINACH
	OGÓŁEM	w tym: NA WSI		OGÓŁEM	w tym: NA WSI		OGÓŁEM	w tym: NA WSI	
SIEROCTWO	130	65	351	87	39	212	32	22	103
POTRZEBA OCHRONY MACIERZYŃSTWA	5 347	2 594	26 267	5 975	2 632	28 584	3 322	1 498	15 115
W TYM:									
WIELODZIETNOŚĆ	2 793	1 583	16 614	3 607	1 857	20 301	1 924	984	10 342
BEZRADNOŚĆ W SPRAWACH OPIEK.- WYCHOWAWCZYCH I PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO	16 565	4 966	56 689	12 957	4 298	42 096	9 929	2 980	26 767
W TYM:									
RODZINY NIEPEŁNE	10 771	2 985	34 464	7 648	2 419	23 838	4 152	1 364	12 508
RODZINY WIELODZIETNE	3 502	1 555	20 459	2 624	1 147	14 741	1 283	560	7 059

Źródło: Sprawozdania MRPIPS-03 za rok 2010, 2015 i 2019

Na przestrzeni ostatnich lat obserwować można zmniejszanie się liczby rodzin korzystających z pomocy w ramach każdego z powodów mających wspomagać rodzinę w prawidłowym wypełnianiu przypisanych jej funkcji (patrz wykres nr 18). Można przypuszczać, iż zaobserwowany trend zostanie utrzymany w kolejnych latach.

Wykres 18. Liczba rodzin i osób korzystających z pomocy społecznej w latach 2010-2019 wg wybranych przyczyn



Źródło: Sprawozdania MRPiPS-03 za rok 2010, 2015 i 2019

INTEGRACJA SPOŁECZNA W EDUKACJI – OD NIERÓWNOŚCI KU EGALITARNOŚCI

Szeroko rozumiana edukacja, jest obecnie jednym z filarów rozwoju społeczeństw. Wysokorozwinięte społeczeństwa obywatelskie rozpoczęły ścieżkę aktywnego uczestniczenia obywateli w życiu małych wspólnot, społeczności lokalnych, jak również całych narodów. Odbywa się to już na etapie kształcenia najmłodszych dzieci, od początku ścieżki nauczania systemowego, poprzez etap edukacji obowiązkowej, aż do wieku senioralnego. W efekcie czego, społeczeństwo obywatelskie to nie tylko wspólnoty świadome swych praw i obowiązków, ale osoby lub grupy osób, nastawione na konkretne działania. Kolokwialnie można określić ten proces, jako kształtowanie „społeczników”, w pozytywnym znaczeniu tego słowa. W czasie trwania życia człowieka, mają na nie wpływ takie czynniki jak: dom rodzinny, wychowanie, środowisko, edukacja, w tym rodzaj wykształcenia, oraz aktywność zawodowa.

Współczesny system edukacji w Polsce, oferuje uczniom szerokie możliwości rozwoju działalności społecznej. Począwszy od szkolnej samorządności, wolontariatu, tutoring, grup tematycznych i wspierających, związków sportowych, skończywszy na parlamentach młodzieży oraz grupach harcerskich i skautowych. Wartości społeczne są jednym z elementów komplementarnej wizji ucznia (człowieka) i nie sposób oddzielić ich od samego procesu nauczania. Środowisko nauczycieli, pedagogów, od lat zastanawia się, nie tyle nad tym jak nauczać, ale jak edukować efektywnie i od jakich czynników ta efektywność zależy? Kolejne pytanie to: Jak poprzez proces edukacji i wychowania, przygotować młodych ludzi do dalszego życia? Mówiąc wprost: „patrzając na 6-letniego Jasia Kowalskiego, powinniśmy już myśleć o nim, jako o dorosłym Panu Janie Kowalskim”. Wbrew pozorom nie jest to łatwe, tym bardziej, w odniesieniu do funkcjonującego aktualnie systemu jako takiego.

Nierówności w edukacji

W 2018 r. wydatki publiczne z budżetu państwa i budżetów samorządowych na oświatę i wychowanie wyniosły 77,9 mld zł, co stanowiło 3,7% PKB. Część oświatowa subwencji ogólnej (przekazywana szkołom za pośrednictwem jednostek samorządu terytorialnego) wyniosła 43,1 mld zł. Oprócz tej subwencji z budżetu państwa przeznaczono 4,3 mld zł na oświatę i wychowanie oraz edukacyjną opiekę wychowawczą.

Pierwszym etapem kształcenia w systemie oświaty, jest wychowanie przedszkolne. Obejmuje ono dzieci w wieku 3-6 lat i jest realizowane w przedszkolach, oddziałach przedszkolnych przy szkołach podstawowych, a od roku 2008/2009, również w zespołach wychowania przedszkolnego i punktach

przedszkolnych. W ostatnich latach odnotowano niewielką tendencję wzrostową, nadal jednak, spośród dzieci zamieszkałych na wsi, do placówek przedszkolnych uczęszczało ich niespełna 43%. Najczęściej z zajęć na tym poziomie kształcenia korzystali 6-latkowie (94,5% tego rocznika wieku), rzadziej dzieci z grupy 3-5 lat (52,7%). W rankingu krajów europejskich, Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc, pod względem powszechności edukacji przedszkolnej. (dane GUS 2010).

Dane z 2018 roku wydają się być bardziej optymistyczne. Niestety, nie obrazują one podziału miejsc korzystania z wychowania przedszkolnego przez dzieci, na wieś, powiaty oraz duże ośrodki miejskie. Według stanu na 30 września 2018 r. 89,6% dzieci w wieku 3-6 lat uczestniczyło w różnych formach wychowania przedszkolnego. Udział przedszkoli w subwencji oświatowej (łącznie z oddziałami przedszkolnymi w szkołach podstawowych i innymi formami wychowania przedszkolnego), to 13,0 mld zł (17,1%).

Dostęp do powszechnej edukacji przedszkolnej, jak również do zajęć dodatkowych, już na poziomie edukacji przedszkolnej, ma duży wpływ na niwelowanie różnic w edukacji. Jednak przytoczone powyżej dane, wyraźnie wskazują na dysonans, pomiędzy dziećmi, które rodzice posyłają do przedszkola a tym samym mają one możliwość skorzystania z oferty zajęć dodatkowych, a dziećmi z rodzin, które nie posyłają dzieci do przedszkola do momentu obowiązku przygotowania przedszkolnego, lub których nie stać na skorzystanie z oferty zajęć dodatkowych. Warto w tym miejscu również podkreślić, że duże ośrodki miejskie generują ofertę placówek przedszkolnych, znacznie szerszą, atrakcyjniejszą i na większą skalę. Należy także zwrócić uwagę na tendencję do wzrostu cen za zajęcia dodatkowe, w ramach zajęć z edukacji przedszkolnej, takich jak: języki obce, basen, taniec, rytmika.

Jeśli analizę systemu powszechnej edukacji zaczynamy od wychowania przedszkolnego, to nie sposób nie wspomnieć o dzieciach o specjalnych potrzebach edukacyjnych. W tym przypadku nierówności uwidaczniają się jeszcze bardziej, gdyż dostęp do specjalistów, rehabilitantów, wielu dodatkowych form zajęć w tym tych dla dzieci wybitnie uzdolnionych, jest zdecydowanie łatwiejszy w dużych ośrodkach miejskich. Samo dowiezienie dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, w tym dzieci zdolnych, jest dla każdej rodziny, czy to dobrze sytuowanej czy nie, ogromnym wyzwaniem logistycznym. Wspomniane wyżej duże miasta, mimo, że są gwarantem szerszej oferty edukacyjnej, nie gwarantują powszechnej obecności dzieci przedszkolnych, w ofercie zajęć dodatkowych. Ma na to wpływ kilka dodatkowych czynników, które również można odnosić do dzieci wiejskich.

Kapitał rodzinny i społeczny, to zasoby, które mają równorzędny lub nawet istotniejszy wpływ niż status materialny, czy miejsce zamieszkania, na obecność dzieci w systemie edukacji powszechnej oraz systemie zajęć dodatkowych. Można z nich wyodrębnić i opisać kilka wskaźników dodatkowych:

- **wychowanie**

Socjalizacja w danym systemie wartości, który reprezentują rodzice, opiekunowie. Porozumiewanie się w odpowiednim kodzie kulturowym i językowym zarezerwowanym dla rodziny, w której wychowuje się młody człowiek, ma przełożenie na kontynuację kształcenia, a nawet wybór kierunku kształcenia zgodnego z kodem językowym.

- **wykształcenie (rodziców)**

Poziom wykształcenia rodziców lub opiekunów ma wpływ na wybór dalszej ścieżki edukacyjnej dzieci i młodzieży.

- **wykształcenie jako życiowy kapitał**

Dla wielu młodych osób, które nie posiadają zaplecza rodzinnego czy finansowego, osiągnięcie wysokiego poziomu wykształcenia jest "kapitałem na przyszłość", który pozwoli im zrealizować potrzeby sukcesu, zawodowe, finansowe oraz zaspokoić wewnętrzne ambicje.

- **status społeczny**

W obecnych czasach o statusie społecznym decyduje głównie tzw. zasobność portfela, czyli przede wszystkim stan majątkowy i zasoby materialne. Pomimo ewidentnego kryzysu wartości w społeczeństwie, dla wielu osób z pokolenia, które pamięta ustrój komunistyczny, ale również dla coraz młodszych pokoleń Polaków, o statusie społecznym decydują również takie elementy jak: wykształcenie, wykonywany zawód, zaangażowanie w działania na rzecz własnej społeczności, filantropia i dobroczynność.

W szkołach podstawowych, sytuacja nierówności dotyczy tych samych czynników, co w edukacji przedszkolnej ale w nieco mniejszym wymiarze. Wydaje się, że system w zakresie dodatkowej oferty ma większy wpływ na dzieci i młodzież uczęszczającą do szkół podstawowych. Z drugiej zaś strony, podobnie jak w przedszkolach, działają mechanizmy, które powodują powstawanie nierówności. Uczniowie mają więcej swobody w wyborze zajęć i chętniej podejmują aktywności w postaci zajęć dodatkowych na terenie szkoły lub zajęć pozaszkolnych. Warto przy tym zwrócić uwagę, że duże ośrodki miejskie, generują ofertę placówek przedszkolnych, znacznie szerszą, atrakcyjniejszą i na większą skalę, a co za tym idzie, pojawiają się nierówności. Wobec powyższego, wspomniany wcześniej Jaś, aby w pełni stać się Janem, już na poziomie przedszkola powinien mieć szansę na pełny dostęp do edukacji.

Co przez to rozumiemy? Zgodnie z Celem 3.2 Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030, dotyczącym wzrostu społecznej integracji, można stwierdzić, że nierówności w dostępie do edukacji oraz niedoskonałości systemu edukacji, przekładają się wprost w długim okresie czasu na dezintegrację społeczną. Brak jest wyraźnych mechanizmów wpływających na wyrównywanie szans edukacyjnych. Wobec czego, systemowa oferta zajęć podstawowych na poziomie edukacji przedszkolnej, podstawowej i średniej, wzbogacona o ofertę zajęć dodatkowych, powinna być wprowadzana w formie dystrybucji środków i programów na ten cel oraz w formie Wojewódzkiego Standardu zajęć dodatkowych w placówkach edukacyjnych.

Kondycja psychiczna dzieci i młodzieży

Na przestrzeni ostatnich kilku lat, znacznemu obniżeniu uległa kondycja psychiczna dzieci i młodzieży w Polsce a zarazem na Dolnym Śląsku. Wskaźniki wprost nie ukazują drastycznej różnicy między województwami w Polsce. Pośredni wpływ na jakiegokolwiek różnicowanie poszczególnych regionów między sobą, ma jakość życia dzieci i młodzieży.

Jakość życia rozumiana jest tu jako: dobrostan psychiczny, zdrowie fizyczne oraz kompetencje społeczne i edukacyjne:

Dobrostan psychiczny

Zdrowie psychiczne i samopoczucie to elementy kluczowe wpływające na dobrostan psychiczny. Autorzy raportu porównywali wskaźnik samobójstw wśród nastolatków 15-19 lat. Na 100 tysięcy polskich dzieci w powyższym przedziale wiekowym, prawie 9 osób popełnia samobójstwo²². Dla porównania w Grecji to wskaźnik 1,4 na 100 tysięcy dzieci. Są to dane głęboko niepokojące, a należy dodać, że opracowane zostały przed epidemią Covid-19. W oczekiwaniu na kolejne procesy badawcze, można jasno stwierdzić, że dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży po pandemii zostanie mocno zaburzony i dogłębnie sformatowany. Być może jako społeczeństwa, jako systemy edukacji i opieki, będziemy musieli zmierzyć się z problemami społecznymi w wymiarze: psychologii, pedagogiki, psychiatrii, które występowały w okresach powojennych.

Na zlecenie Ministerstwa Edukacji i Nauki od kwietnia 2020 roku do stycznia 2021 roku przygotowywany był przez Instytut Profilaktyki Zintegrowanej raport „Jak wspierać uczniów po roku epidemii? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego”. Raport został oparty na kilku

²² Kacprzak M., *Świat zależności. Czynniki wpływające na jakość życia dzieci w krajach bogatych. Raport Unicef Innocenti Research Center we Florencji*, 2020.

projektach badawczych, realizujących pogłębioną analizę skutków psychologicznych i społecznych wśród uczniów, jakie wywołała sytuacja kryzysowa, związana z epidemią Covid-19. Dokument powstał na zlecenie Resortu Edukacji i Nauki, stąd badaniom poddani byli uczniowie, nauczyciele i rodzice, a stworzony szereg rekomendacji dotyczy głównie systemu edukacji. Cytując autorów raportu: „Sytuacja w czasie epidemii zmieniała się dynamicznie. Trafne określenie potrzeb systemu edukacji, wymaga poznania możliwie pełnego obrazu sytuacji uczniów, rodziców i nauczycieli. Trzeba także śledzić i rozumieć zmiany zachodzące w kolejnych miesiącach epidemii. Z jednej strony aby uzyskać rzetelny obraz sytuacji, należy prowadzić badania w różnych okresach epidemii, z drugiej zaś strony konkretnych doświadczeń w obszarze działań wychowawczych, profilaktycznych i szkoleniowych prowadzonych dla uczniów, nauczycieli i rodziców.”²³ Analizując dane przygotowane przez autorów, warto pamiętać, że sytuacje kryzysowe są nie tylko zagrożeniem, ale także szansą na dokonanie trwałych, pozytywnych zmian systemowych. Jakbyśmy nie oceniali zaistniałej sytuacji, która w oczywisty sposób jest trudna, to zadaniem całego społeczeństwa jest spojrzenie na występujący problem z perspektywy podejmowania działań nie tylko tu i teraz ale poszukiwania i kreowania rozwiązań na przyszłość²⁴.

Opublikowane wyniki badań wskazują, że rok do roku, przed i w trakcie pandemii 2020-2021, kondycja psychiczna uczniów pogarszała się. Z analizy ankiet w formie online zatytułowanych „poziom przygnębienia epidemią”, wynika, że poziom „silnego przygnębienia” wskazywało 20% badanych uczniów, zaś 18% było „trochę przygnębionych”, a 62% „nieprzygnębionych”. Zdaniem autorów, już wtedy 20% młodych ludzi powinno być natychmiast objętych działaniami wspierającymi i profilaktycznymi²⁵. W badaniach pojawił się również czynnik kontaktów z przyjaciółmi i rówieśnikami oraz pytania dotyczące radzenia sobie psychicznego w okresie pandemii. Autorzy wyraźnie w tym miejscu podkreślili, że „Kluczem dla lepszego radzenia psychicznego z epidemią jest szeroko rozumiana sieć wsparcia od poziomu rodzinnego przez poziom duchowy, aż po rówieśniczy²⁶. Zgodnie z wynikami raportu częstość odczuwania trudnych uczuć zdecydowanie bardziej wzrosła w grupie osób deklarujących „silne przygnębienie” epidemią, z czego u dziewcząt znacznie, niż u chłopców.

Pojawienie się drugiej fali pandemii zainicjowało modyfikację wskaźników kondycji psychicznej (dobra, średnia, słaba). Zdecydowanie niepokojący był wysoki odsetek młodzieży o słabej kondycji psychicznej (aż 36% dziewcząt i 23% chłopców) oraz spory odsetek uczniów o średniej kondycji psychicznej (24% dziewcząt i 23% chłopców). Ponownie kondycja psychiczna wśród dziewcząt była słabsza niż wśród chłopców²⁷. Oprócz słabej kondycji psychicznej, pojawiły się także: poczucie braku energii połączone z irytacją związaną z przedłużaniem się izolacji a także odczucie osamotnienia. Z badań wynika, że osoby w słabej kondycji psychicznej w czasie epidemii, charakteryzowały się również większą depresyjnością.

Więcej szczegółowych danych z badań prowadzonych na początku epidemii można znaleźć w raportach:

- Młodzież w czasie epidemii – IPZIN, 8 kwietnia 2020:
(https://www.ipzin.org/images/dokumenty/RAPORT_Modziez_w_czasie_epidemii_2020_IPZIN.pdf)

²³ Grzelak, S., Żyro, D., *Jak wspierać uczniów po roku epidemii? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego. Raport oparty na wynikach badań, przeprowadzonych wśród uczniów, rodziców i nauczycieli w okresie 04.2020 – 01.2021*, Warszawa, 28.02.2021, s. 5

²⁴ Tamże, s. 7

²⁵ Tamże, s. 18

²⁶ Tamże, s. 19

²⁷ Tamże, s. 21

- Młodzież w czasie epidemii. Komu jest najtrudniej? - IPZIN, 16 kwietnia 2020: (https://www.ipzin.org/images/dokumenty/RAPORT_Modziez_w_czasie_epidemii_Komu_jest_najtrudniej_2020_IPZIN_Czesc_2.pdf)²⁸.

Działania podejmowane na rzecz wsparcia psychicznego uczniów w kolejnych fazach epidemii, oraz w okresie adaptacji do nauki stacjonarnej powinny uwzględniać fakt, że część uczniów zakończy czas nauki zdalnej nie tylko w złym stanie psychicznym ale także z zaległościami w nauce. Jednym z możliwych sposobów rozwiązania tej trudnej sytuacji, jest czasowe obniżenie wymagań w zakresie realizacji podstawy programowej po to, aby w pierwszej kolejności skoncentrować się na wyrównaniu szans edukacyjnych między uczniami, którzy gorzej znoszą czas epidemii, a tymi, którzy znoszą go lepiej lub już korzystają z sieci wsparcia w swoim najbliższym otoczeniu. Ogromną rolę w całym procesie wsparcia pełnią rodzice. Z raportu wynika jednoznacznie, że rodzice są najważniejszymi wychowawcami dla dzieci. To właśnie rodzice są najczęściej wskazywani przez swoje dzieci jako ich przewodnicy życiowi. Od wielu lat niezmiennie pokazują to wyniki badań IPZIN, w tym także wyniki badań z każdej z kolejnych faz epidemii²⁹. Najprostszą i najbardziej podstawową formą wsparcia ze strony rodziców są zwykłe, częste rozmowy z dzieckiem. Jeśli w tego typu rozmowach pojawia się troska i faktyczne zainteresowanie tym, jak dziecko przeżywa sytuację związaną z epidemią (czym się martwi, z czym mu trudno, jakie ma obawy), mają one szansę stać się znaczącym wsparciem dla dziecka i pozytywnie wpłynąć na jego kondycję psychiczną. Z wielu badań prowadzonych w poprzednich latach wynika wprost, że poczucie bycia wysłuchanym i zrozumianym przez rodziców w rozmowach o istotnych dla dziecka sprawach, jest jednym z fundamentalnych czynników zmniejszających ryzyko depresji, myśli samobójczych oraz ryzyko bycia sprawcą przemocy rówieśniczej.

Wniosek 1: Wyniki badań wskazują na sukcesywne pogarszanie się kondycji psychicznej uczniów w kolejnych latach oraz kolejnych fazach epidemii.

Wniosek 2: Najważniejszym czynnikiem chroniącym zdrowie psychiczne uczniów w czasie epidemii jest dostępność, jakość i wielkość sieci wsparcia (rodzin, pomocy psychologiczno-pedagogicznej, itp.).

Wniosek 3: Obniżenie kondycji psychicznej dzieci i młodzieży, zwłaszcza w czasie izolacji, jest czynnikiem sprzyjającym wzrostowi zachowań ryzykownych i problemowych, zarówno w czasie trwania epidemii, jak i po jej zakończeniu.

Wniosek 4: Istnieje udokumentowany badaniami związek, pomiędzy kondycją psychiczną młodzieży a przestrzeganiem reguł sanitarnych. Im gorsza kondycja psychiczna, tym słabsze przestrzeganie zasad. Oznacza to, że działania na rzecz poprawy kondycji psychicznej młodzieży mają wpływ także bezpieczeństwo epidemiologiczne.

Wniosek 5: Wypełnianie roli wychowawczej przez rodziców i nauczycieli, jest w czasie epidemii znacznie utrudnione. Wynika to z dodatkowych obciążeń i stresów, związanych z zagrożeniami epidemicznymi, ale także z izolacją, zdalnym nauczaniem i pracą zdalną.

Wniosek 6: Badania lokalnych środowisk szkolnych z czasu epidemii pokazują, że w relacjach między uczniami, rodzicami i nauczycielami dzieje się wiele wzajemnego dobra, pomimo trudności, uciążliwości i obaw, których wszyscy doświadczają.

Wniosek 7: W systemie edukacji, jednym z ważnych narzędzi oddziaływania wychowawczego, jest lekcja wychowawcza. W świetle badań, większość uczniów widzi potrzebę takich lekcji oraz wyraża konkretne potrzeby dotyczące jej treści i formy.

²⁸ Tamże, s. 20

²⁹ Tamże, s. 41

REKOMENDACJE:

Główne:

- A. Działania wychowawcze, profilaktyczne i pomocowe na rzecz wsparcia psychicznego dzieci i młodzieży, powinny stać się priorytetem systemu edukacji, zarówno w obecnej fazie pandemii, jak w okresie bezpośrednio po jej wygaśnięciu.
- B. Przywrócenie równowagi między przewartościowanym nauczaniem a niedowartościowanym wychowaniem uzupełnianym o profilaktykę, nie powinno mieć charakteru tymczasowego, lecz powinno pozostać w systemie edukacji jako trwała zmiana.

Szczegółowe:

1. Konieczne jest objęcie troską i wsparciem psychicznym nie tylko tych uczniów, którzy aktualnie znajdują się w bardzo złej kondycji psychicznej, ale całej populacji dzieci i młodzieży. Jest to podstawowy warunek uniknięcia zapaści systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej i psychiatrycznej. Tylko w ten sposób możemy zapobiec stałemu powiększaniu się grupy uczniów wymagających pomocy specjalistycznej.
2. Konieczne jest wprowadzenie rozwiązań systemowych ułatwiających jak najpełniejsze wykorzystanie potencjału leżącego w naturalnych zasobach wsparcia dostępnych w najbliższym otoczeniu dzieci i młodzieży (rodzice i rodzina, nauczyciele i wychowawcy, pedagog i psycholog szkolny, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, sprawdzone programy profilaktyczne i realizujące je podmioty). Tylko wykorzystanie wszystkich dostępnych form wsparcia, umożliwi realizację tak szerokiego zakresu oddziaływań, jaki jest potrzebny.
3. W obecnej sytuacji konieczne jest dostosowanie wymagań związanych z realizacją podstawy programowej do zmniejszonej efektywności kształcenia wynikającej z osłabionej kondycji psychicznej uczniów oraz niższej efektywności nauczania zdalnego. Rodzicom i nauczycielom stworzy to lepsze warunki do wspierania psychicznego dzieci i młodzieży, a uczniom ułatwi korzystanie z tego wsparcia.
4. Należy zlecić szybkie i sprawne przeprowadzenie analizy obciążeń nauczycieli, wychowawców i pedagogów związanych z dokumentacją i sprawozdawczością w celu sprawdzenia czy istnieje możliwość choćby częściowego zmniejszenia ilości czasu i energii poświęcanej przez kadrę pedagogiczną szkół na tego typu zadania.
5. Należy zapewnić równowagę pomiędzy wymogami reżimu sanitarnego a działaniami chroniącymi zdrowie psychiczne uczniów. Skutki zakażenia COVID-19 nie są jedynym zagrożeniem czasu epidemii, a jeśli chodzi o dzieci i młodzież, nie są głównym zagrożeniem. Największe niebezpieczeństwo dla uczniów wiąże się z konsekwencjami psychicznymi i rozwojowymi. Rozwiązania wdrażane w systemie edukacji, powinny uwzględniać w tej samej mierze wymagania sanitarne, co wymagania związane z ochroną zdrowia psychicznego i fizycznego oraz wspieraniem rozwoju osobistego i społecznego uczniów.
6. Zalecany jest jak najszybszy powrót do nauczania stacjonarnego lub przynajmniej hybrydowego wszystkich uczniów (jeśli nie w całej Polsce, to choćby w pojedynczych regionach, jeśli tylko względy epidemiologiczne na to pozwolą). W szczególności wskazany jest powrót do szkół uczniów klas maturalnych i klas ósmych, które poddane są silniejszej presji i mają większe obawy o przyszłość niż inne roczniki.
7. Należy w pełni wykorzystać potencjał zawarty w pracy wychowawczo-profilaktycznej wychowawców szkolnych i w lekcjach wychowawczych. Wsparcie psychiczne ze strony wychowawców to działanie o skali najbardziej masowej. Konieczne jest uświadomienie wychowawcom ich roli i wpływu oraz wskazanie prostych sposobów troski o kondycję psychiczną uczniów (zwykłe rozmowy, zainteresowanie przeżyciami uczniów, proste zabawy integracyjne, wstępne rozpoznanie dotyczące liczby uczniów o bardzo złej kondycji psychicznej, którzy mogą wymagać większej pomocy).

8. Konieczna jest bardziej intensywna, dwustronna współpraca nauczycieli i wychowawców (którzy są najbliższą uczniów) z pedagogiem/psychologiem szkolnym oraz pracownikami poradni psychologiczno-pedagogicznych.
9. Niezbędna jest szeroka realizacja skutecznych i sprawdzonych programów profilaktycznych, które pomogą zapobiec odreagowywaniu stresów czasu epidemii w szkodliwe sposoby i „rozhamowaniu” po rozluźnieniu reżimu sanitarnego, zakończeniu okresu izolacji i powrotu dzieci i młodzieży do grup rówieśniczych.
10. W okresie II semestru roku szkolnego 2020/2021 i I semestru roku szkolnego 2021/2022 potrzebna jest maksymalna intensyfikacja działań mających na celu:
 - a) podniesienie kondycji psychicznej uczniów,
 - b) zbudowanie dobrych relacji i ponowną integrację klas,
 - c) pomoc w adaptacji do rytmu nauki stacjonarnej lub hybrydowej (a być może także pomoc w adaptacji do kolejnego okresu zamknięcia szkół).
11. Konieczne jest podjęcie konkretnych działań mających na celu troskę o dobre wzajemne relacje w środowisku szkolnym pomiędzy jego głównymi podgrupami: uczniami, rodzicami i nauczycielami.
12. W całkowicie nowej sytuacji epidemii, nauczania zdalnego, nauczania hybrydowego i spodziewanego powrotu do nauczania stacjonarnego bardzo potrzebne jest zbieranie dobrych praktyk dotyczących konkretnych działań i sposobów wsparcia wychowawczego, profilaktycznego i pomocowego oraz zorganizowanie ich wymiany na poziomie ogólnopolskim, regionalnym i lokalnym.
13. Wprowadzając rozwiązania systemowe umożliwiające realizację priorytetu związanego z wychowaniem, profilaktyką i wsparciem psychicznym uczniów należy dopuścić elastyczną możliwość decydowania o konkretnych formach i wariantach ich wdrażania przez poszczególnych dyrektorów szkół.
14. Opracowując rozwiązania systemowe nie można zapomnieć o tych uczniach, których czas epidemii skonfrontował z nietypowymi, szczególnymi problemami wynikającymi z ich sytuacji życiowej, rodzinnej, prawnej lub zdrowotnej³⁰.

Zdrowie fizyczne

Składa się zasadniczo z dwóch obszarów. Szeroko rozumianej akceptacji własnego ciała, co wynika wprost z samooceny oraz problematyki otyłości oraz kondycji fizycznej. Trzeba od razu podkreślić, że kwestia akceptacji własnego ciała, ale również wyglądu, dużo częściej w Polsce dotyka dziewcząt niż chłopców. Średnio dwoje na pięcioro nastolatków uważa się za zbyt grubych lub zbyt chudych³¹. Jednakże problemów z samoakceptacją, można również poszukiwać dużo głębiej a mianowicie w kondycji współczesnej rodziny. Warto podkreślić, że dzieci pierwszych elementów akceptacji jako takiej, jak również wzorców ról i autorytetów. poszukują u swoich rodziców lub opiekunów. We wskaźniku zdrowia fizycznego, nie bez znaczenia jest problematyka otyłości oraz szeroko rozumianej aktywności fizycznej. W Polsce ¼ dzieci cierpi na nadwagę lub otyłość. Ma na to wpływ zmiana stylu życia z aktywnego (parkowo-podwórkowego) na siedzący (kanapowo-komputerowy). Przeciwwagą do tego stanu rzeczy, jest powszechność aktywności fizycznej, która populacyjnie zwiększa kondycję fizyczną w społeczeństwie i promuje aktywny styl życia. Nie bez znaczenia jest również negatywny wpływ rynku produkcji i dystrybucji żywności, który dopiero od kilku lat broni się przed

³⁰ Tamże, s. 9-15

³¹ Kacprzak M., *Świat zależności. Czynniki wpływające na jakość życia dzieci w krajach bogatych. Raport Unicef Innocenti Research Center we Florencji, 2020*

produktami wysoko przetworzonymi oraz takimi, które zawierają ogromną ilość węglowodanów. Reasumując, jako społeczeństwo jemy więcej, taniej, mniej zdrowo i słabej jakości żywność. Łącząc taki stan rzeczy z coraz mniejszą aktywnością fizyczną, otrzymujemy efekt, w postaci coraz większej ilości osób z nadwagą lub otyłych oraz osób chorujących za sprawą wieloletniego złego odżywiania się.

Kompetencje społeczne i edukacyjne

We wszystkich krajach UE i OECD, średnio 40% dzieci w wieku 15 lat nie posiada umiejętności czytania ze zrozumieniem oraz rozumowania w matematyce³². Polska w tym zestawieniu zajmuje wysokie 7 miejsce. Wynika to z faktu, że w Polsce od kilku lat w formule egzaminów na różnym poziomie edukacji, przy ocenianiu prac, przywiązuje się dużą wagę do elementów: czytania ze zrozumieniem oraz rozumowania matematycznego. Ważne miejsce w rozwoju każdego człowieka zajmują kompetencje społeczne. W Polsce, co 3 dziecko deklaruje, że ma trudności w nawiązywaniu przyjaźni. Duże tempo życia, „elektroniczne gadżety”, powodują, że ludzie przestają ze sobą rozmawiać i zamykają się w enklawach, często nie podejmując interakcji nawet z członkami własnej rodziny. Można stwierdzić, że to wbrew ludzkiej naturze, która determinuje potrzebę życia w „stadzie”, a więc budowania różnego typu relacji społecznych.

Według raportu przygotowanego przez UNICEF³³, Polska zajmuje 31 miejsce wśród krajów UE i OECD w rankingu jakości życia. Wydawać by się mogło, że kraje wysoko rozwinięte i zasobne lub takie jak Polska, na ścieżce wzrostu zasobności, omijają problematyka niskiej kondycji psychicznej dzieci i młodzieży. Nic bardziej mylnego. Brak zadowolenia z życia, otyłość, niskie kompetencje społeczne i edukacyjne stają się prawdziwą plagą, a zarazem wyzwaniem dla współczesnych systemów edukacji i opieki zdrowotnej. Na szczególną uwagę zasługuje wspomniana wcześniej, kondycja współczesnej rodziny, która jako podstawowa komórka społeczna, zaspokaja podstawowe potrzeby każdego człowieka, oraz system edukacji, który poza rodziną, jest pierwszym miejscem diagnozy i w razie potrzeby udzielanej pomocy, dla współcześnie młodych ludzi. Od wielu lat niestety, znaczenie szkoły jako miejsca realizacji polityki społecznej, jest mocno marginalizowane lub wręcz deprecjonowane. Zgodnie z oczekiwaniem wielu rodziców i opiekunów, szkoła powinna być miejscem realizacji usługi edukacyjnej. Taki stan rzeczy powoduje, że system nie dostrzega młodego człowieka komplementarnie. Działania podejmowane są tu i teraz, co w efekcie przynosi sporo strat. W ten sposób nauczyciele otrzymują niedostateczną ilość szkoleń w zakresie kompetencji społecznych, przez co nawet widząc, że z uczniami dzieje się coś złego, nie potrafią tworzyć i wdrażać narzędzi pomocowych, próbują znaleźć połączenie pomiędzy systemami: pomocy społecznej, opieki zdrowotnej, wymiaru sprawiedliwości a rozporządzeniem o pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Są to działania nieefektywne, burzące etos nauczyciela, prestiż zawodu oraz niszczące system edukacji, jako relatywnie niewydolny w tym zakresie. Bardzo istotne, jak wynika z wielu badań, jest przywrócenie równowagi między przewartościowanym nauczaniem a niedowartościowanym wychowaniem uzupełnianym o profilaktykę, nie powinno ono mieć więc charakteru tymczasowego, lecz powinno pozostać w systemie edukacji jako trwała zmiana.

Powoływanie i tworzenie nowych placówek specjalistycznych

Od wielu lat w środowisku nauczycieli oraz specjalistów zajmujących się pomocą psychologiczno-pedagogiczną, postulowane są zmiany na rzecz powoływania nowych placówek systemowych. W systemie przybywa dzieci z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego oraz opiniami, czyli uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Wśród tych uczniów są dzieci, które są pod stałą opieką psychiatryczną i specjalistyczną oraz dzieci uzdolnione. Jedna i druga grupa wymaga wsparcia, które w systemie edukacji w obecnym kształcie zwyczajnie jest niemożliwe. Zwłaszcza w przypadku uczniów, którzy wymagają

³² Tamże

³³ Tamże

wysokospecjalistycznej pomocy, kierowanie do zespołów integracyjnych, bez uprzedniego przygotowania zespołu klasowego oraz środowiska szkolnego, może sprzyjać wykluczeniu a nie integracji z pozostałymi uczniami oraz społeczeństwem.

Na projekty powoływania nowych placówek, można spojrzeć co najmniej z trzech perspektyw:

- **Pomoc uczniom o specjalnych potrzebach edukacyjnych**

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej o Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, nakłada na każdego dyrektora placówki edukacyjnej obowiązek udzielania tego typu pomocy, w formach oraz za pomocą środków którymi dana placówka dysponuje. Stwarza to sytuację, w której przedstawiciele placówek specjalistycznych, mają przekonanie, że uczniowie objęci opieką specjalistyczną, mają szansę na różne formy terapii oraz stałą opiekę psychologa, na terenie szkoły powszechnej. Wielu spośród uczniów, którzy nie kwalifikują się do opieki specjalistycznej, trafia do szkół rejonowych, do których również się nie kwalifikują pod względem funkcjonowania. Powoduje to zagrożenie dla innych uczniów i nauczycieli. Wielu spośród nich nie musiałoby trafiać do placówek specjalistycznych, ani do szkół ogólnodostępnych, gdyby istniały placówki pośrednie, łączące ze sobą edukację na poziomie szkoły powszechnej oraz terapię na poziomie wysoko wyspecjalizowanej placówki edukacyjnej, np.: szkoły specjalnej, terapeutycznej, placówki resocjalizacyjnej, szpitalnej.

- **Wsparcie uczniów uzdolnionych w ramach grupy uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych**

Wsparcie ucznia zdolnego to nie tylko oferta zajęć doskonalących jego talenty. To dużo szersze możliwości stworzenia oferty kształcenia, w tym kształcenia indywidualnego oraz indywidualnego toku nauczania. Takie mechanizmy pozwalają, żeby uczeń część zajęć odbywał na wyższej uczelni pod okiem ekspertów, uczęszczał na zajęcia pozaszkolne oferowane przez inne instytucje edukacyjne. Nie można jednak zapominać, że w wielu miejscach, to okoliczna szkoła, jest centrum edukacyjnym lokalnej społeczności. Zatem, im więcej tego typu działań będzie realizowanych w szkole, tym większej liczbie uczniów uda się udzielić wsparcia w zakresie uzdolnień. Niestety, w obecnej rzeczywistości, większość szkół po godz. 16:00 nie realizuje systemowych zajęć dodatkowych. Nie jest to podyktowane ani ekonomią, ani złą wolą. Warto jednak w tym miejscu zapytać: jak jako społeczeństwo myślimy o szkole?

- **Ekonomia, w tym ekonomia społeczna**

Nie sposób, analizując system edukacji w Polsce, nie nawiązać do elementów finansowania. Korzyści z finansowania można zbadać, zmierzyć, oszacować w perspektywie pokoleniowej, odnosząc do poziomu wykształcenia obywateli, wykonywanego zawodu, statusu społecznego i materialnego, oraz tzw. dobrostanu. Biorąc pod uwagę czynnik logiki w ekonomii, to powoływanie przejściowych placówek, między szkołą powszechną a placówką specjalistyczną może być w perspektywie opłacalne. Wynika to z bardzo prostych mechanizmów zależności: uczeń z problemami psychiatrycznymi wcale nie musi od razu trafiać na oddział szpitalny, albo po diagnozie nie musi na nim długoterminowo przebywać. Mógłby trafiać do placówki terapeutycznej. Analogicznie, ten sam mechanizm można zastosować do uczniów zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Zanim decyzją sądu zostaną umieszczeni w placówce typu MOS lub MOW, mogliby mieć tzw. „ostatnią szansę” w placówkach resocjalizacyjnych i wychowawczych typu dziennego wsparcia, gdzie podlegają kontroli, otrzymują pomoc terapeutyczną oraz co ważne, integrują się ze środowiskiem lokalnym. To samo dotyczy wszystkich uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. W Województwie Dolnośląskim uczniów zagrożonych niedostosowaniem społecznym w roku szkolnym 2019/2020 było 1052, uczniów niedostosowanych 325 a uczniów z niepełnosprawnościami sensorycznymi, ruchowymi, sprzężonymi, autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną 13 973 osoby (dane z Systemu Informacji Oświatowej 2019/2020). Zatem systemowo, osiągnany jest cel. Analizując teorie ekonomii społecznej dostrzegamy, że obecność uczniów, którzy tego nie wymagają, w placówkach psychiatrycznych lub resocjalizacyjnych, bo nie ma dla nich alternatywy, jest zaprzeczeniem teorii ekonomii społecznej i integracji. Ponadto, jak powszechnie wiadomo, pacjenci szpitali psychiatrycznych, jak również osoby podlegające pod

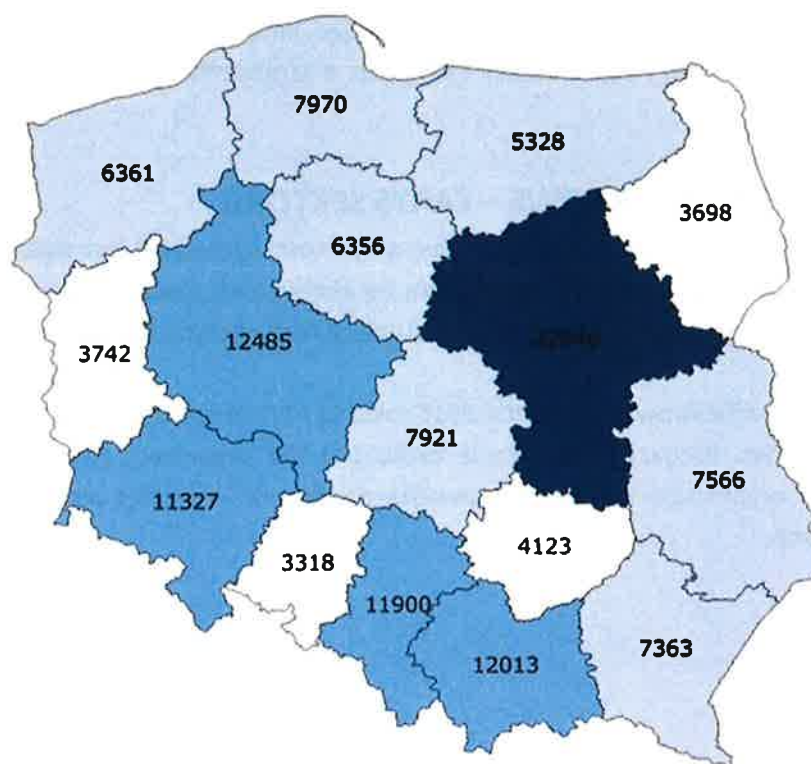
system penitencjarny, są głównymi beneficjentami systemu pomocy społecznej a w konsekwencji również opieki zdrowotnej. Reasumując, błędne kwalifikowanie tych osób z powodu braku placówek pośrednich, naraża na dodatkowe koszty podatników, obciążając inne systemy opieki, jest bezcelowe oraz sprzyja pogłębionym zaburzeniom i demoralizacji tych osób, a zarazem działa przeciwko społeczeństwu pogłębiając wykluczenie.

ORGANIZACJE POZARZĄDOWE – ZARYS SEKTORA

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 Polsce zarejestrowanych było w 2018 roku: 117 tys. stowarzyszeń (w tym 17 tys. ochotniczych straży pożarnych) i 26 tys. fundacji, czyli łącznie około 143 tys. organizacji (wg REGON). Jednak nie wszystkie zarejestrowane organizacje faktycznie prowadzą działalność – szacuje się, że aktywnych jest około 65% zarejestrowanych.

Mapa 4. Liczba stowarzyszeń i fundacji na początku 2018 roku



Źródło: „Kondycja organizacji pozarządowych – Raport 2018”, Stowarzyszenie KLON/JAWOR

Liczba zarejestrowanych stowarzyszeń i fundacji różni się w zależności od regionu Polski – w obszarach zagrożonych trwałą marginalizacją oraz miastach tracących funkcje społeczno-gospodarcze organizacji pozarządowych jest mniej, niż w dobrze prosperujących regionach. Najwięcej organizacji non-profit miało swoje siedziby w województwie mazowieckim – 23 tysiące, w tym ponad połowa w samej Warszawie (12,7). Po ponad 12 tysięcy organizacji jest zarejestrowanych w Wielkopolsce i Małopolsce, a na Śląsku oraz na Dolnym Śląsku – ponad 11 tysięcy. W trzech województwach – opolskim, lubuskim i podlaskim – liczba organizacji nie przekracza 4 tysięcy.

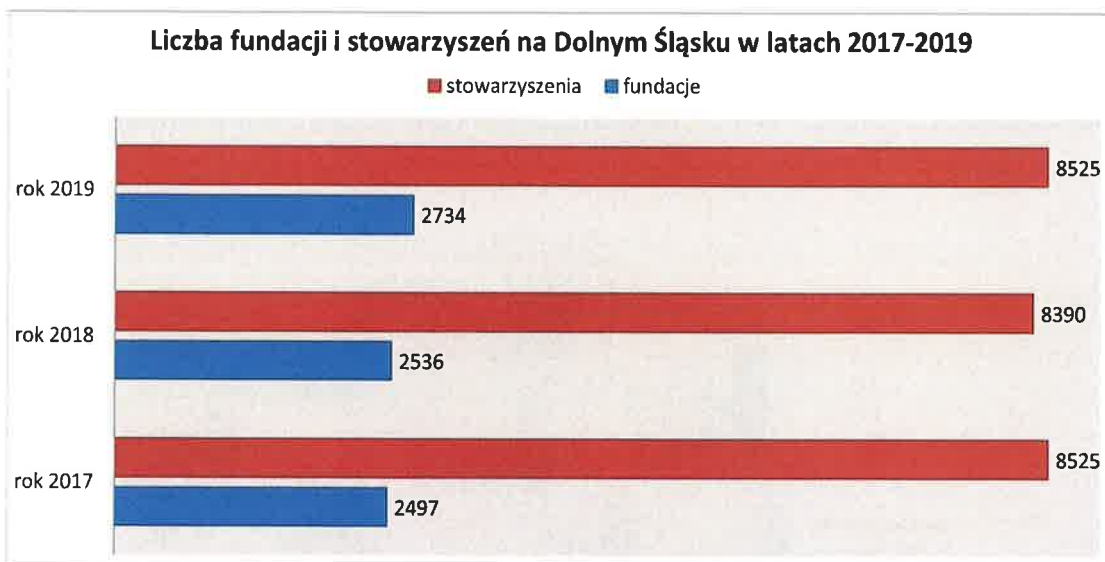
Według danych Urzędu Statystycznego we Wrocławiu, na dzień 31 grudnia 2019 r.³⁴, w województwie dolnośląskim zarejestrowanych było 12 202 organizacje pozarządowe (na dzień 31 grudnia 2018 r. zarejestrowanych było 11 731 organizacji). Nie oznacza to jednak, że wszystkie zarejestrowane organizacje faktycznie prowadzą aktywną działalność.

Wśród wszystkich zarejestrowanych na Dolnym Śląsku organizacji pozarządowych:

- 11 831 to podmioty aktywnie działające (96,96%),
- 371 organizacji znajduje się w: stanie likwidacji (279) i upadłości (4), ma zawieszoną działalność (30), zakończoną działalność (57) oraz z zakończoną datą likwidacji (1).

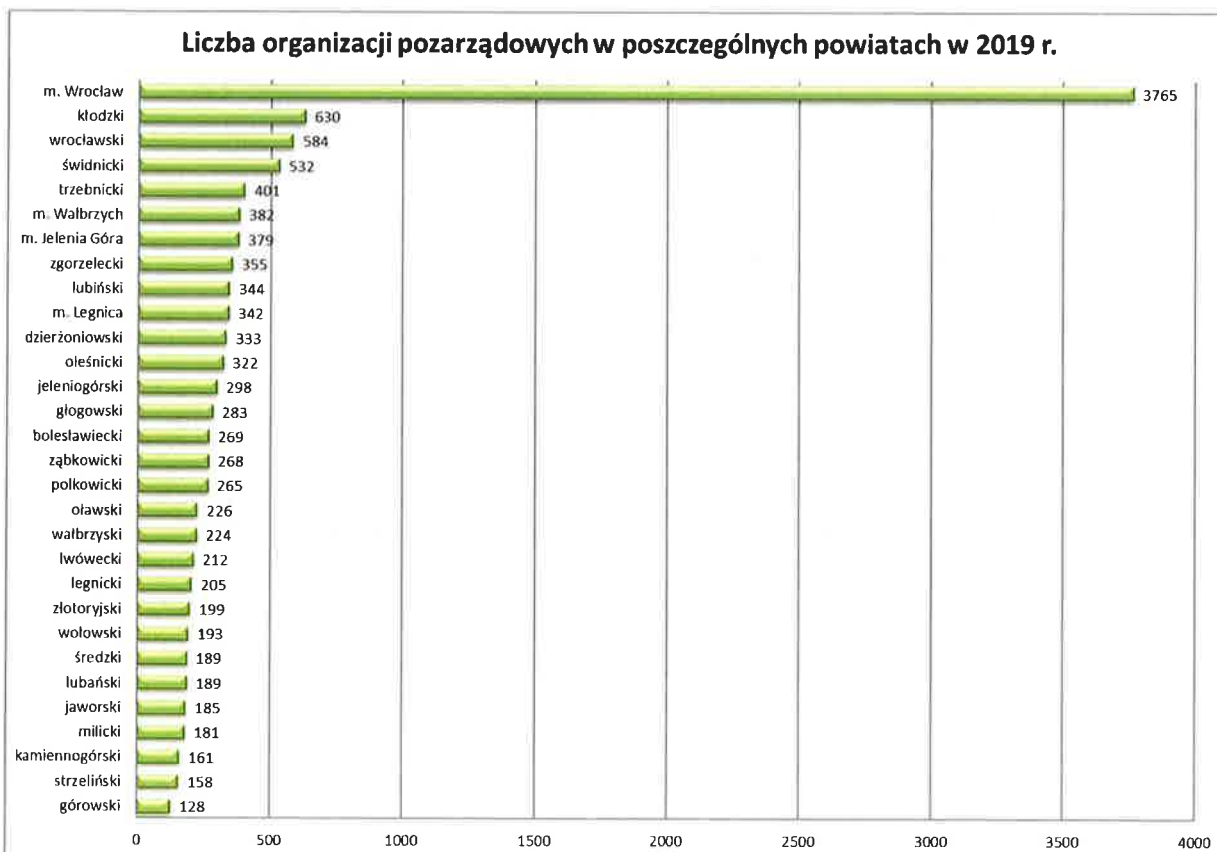
³⁴ Dane pochodzą z Głównego Urzędu Statystycznego, stan na 31.XII.2019 r.

Wykres 19. Liczba fundacji i stowarzyszeń na Dolnym Śląsku w latach 2017–2019



Źródło własne: Sprawozdanie z programu współpracy Samorządu Województwa Dolnośląskiego z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego na Dolnym Śląsku w 2019 roku

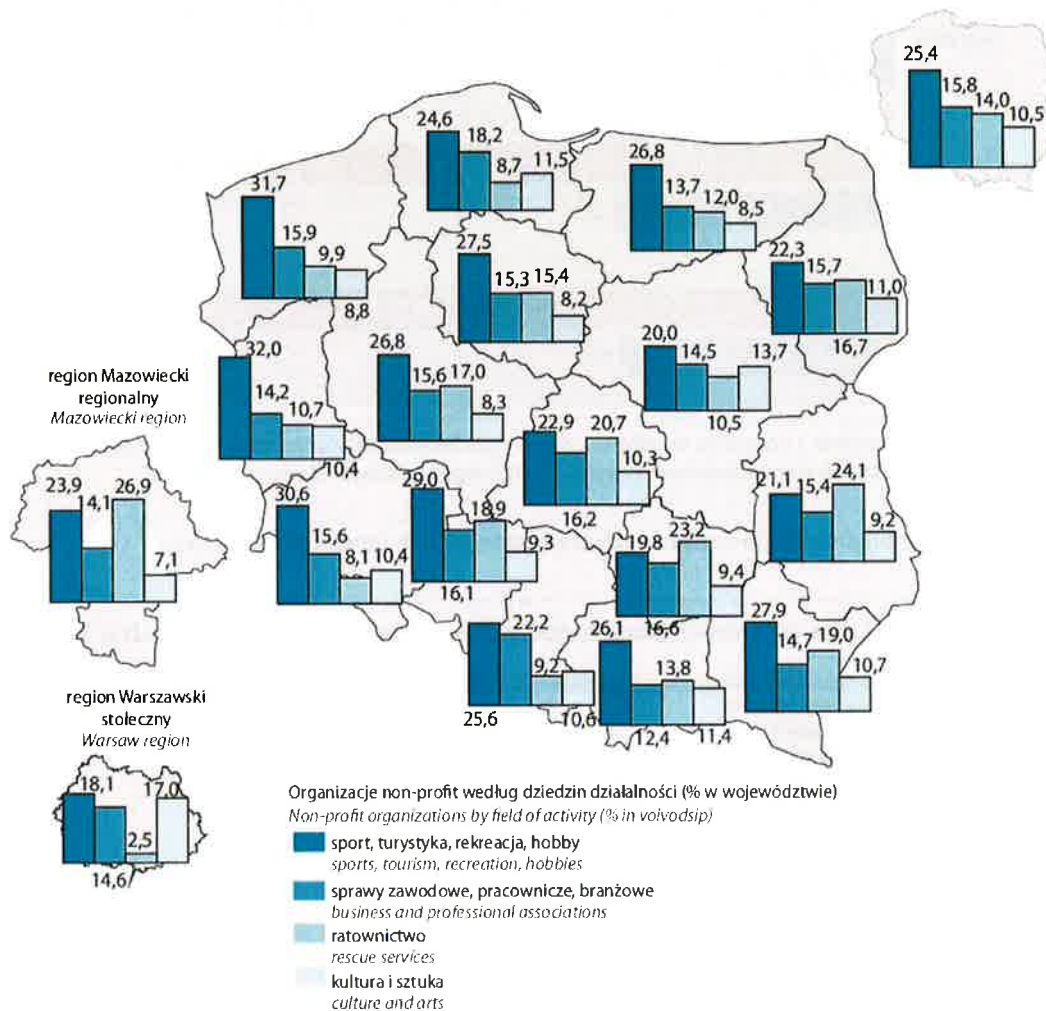
Wykres 20. Liczba organizacji pozarządowych w poszczególnych powiatach w 2019 r.



Źródło własne: Sprawozdanie z programu współpracy Samorządu Województwa Dolnośląskiego z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego na Dolnym Śląsku w 2019 roku

Na obszarze Dolnego Śląska największa liczba stowarzyszeń oraz fundacji funkcjonuje we Wrocławiu oraz w powiatach: kłodzkim, wrocławskim, świdnickim i trzebnickim. Najmniej aktywne pod tym względem są powiaty: górowski, strzeliński i kamiennogórski.

Mapa 5. Odsetek organizacji non-profit wg głównej dziedziny działalności w województwach i regionach w 2018 r.



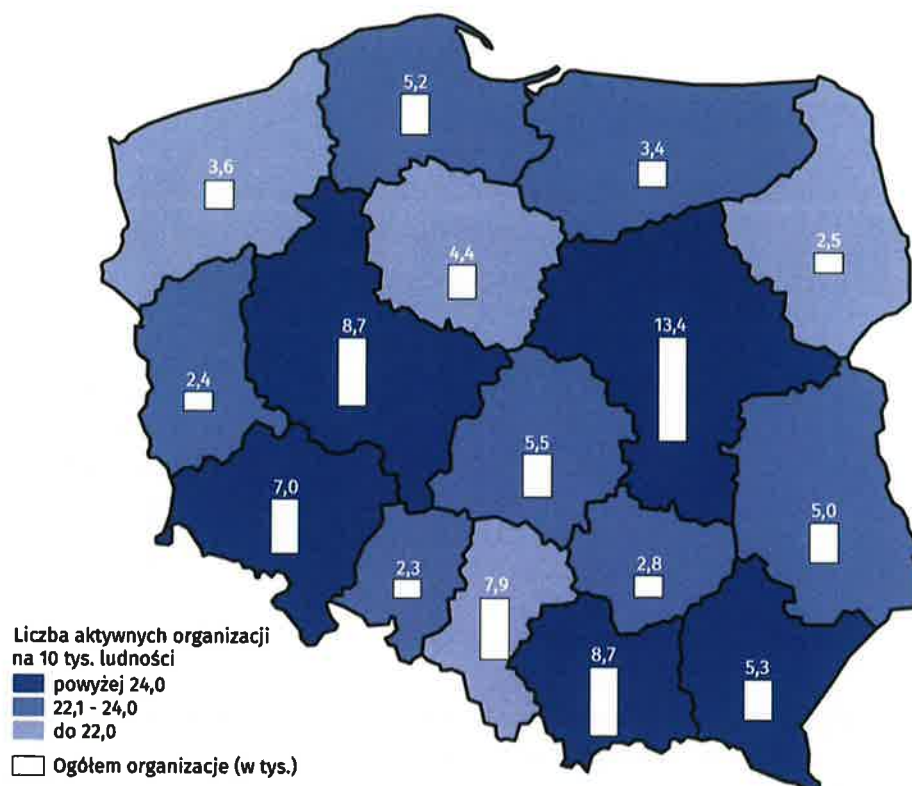
Źródło: Sektor non-profit w 2018 r. The non-profit sector in 2018, GUS, Warszawa, Kraków 2020.

Na terenach wszystkich województw w strukturze organizacji non-profit dominowały podmioty działające głównie w dziedzinie sportu, turystyki, rekreacji i hobby (średnia krajowa wynosiła 25,4%), a największy ich udział przypadał na województwo lubuskie (32,0%)³⁵, najmniejszy zaś na województwo świętokrzyskie (19,8%); w województwie dolnośląskim odsetek ten wynosił 30,6%.

Najwyższy udział podmiotów zajmujących się głównie sprawami zawodowymi, pracowniczymi i branżowymi (22,2%) występował w województwie śląskim i związany jest z największym udziałem w tym regionie związków zawodowych (działało tam 14,9% organizacji związkowych); w województwie dolnośląskim odsetek ten wynosił 15,6%.

³⁵ Sektor non-profit w 2018 r. The non-profit sector in 2018, GUS, Warszawa, Kraków 2020, s. 164.

Mapa 6. Liczba organizacji non-profit aktywnych w 2018 r. wg województw

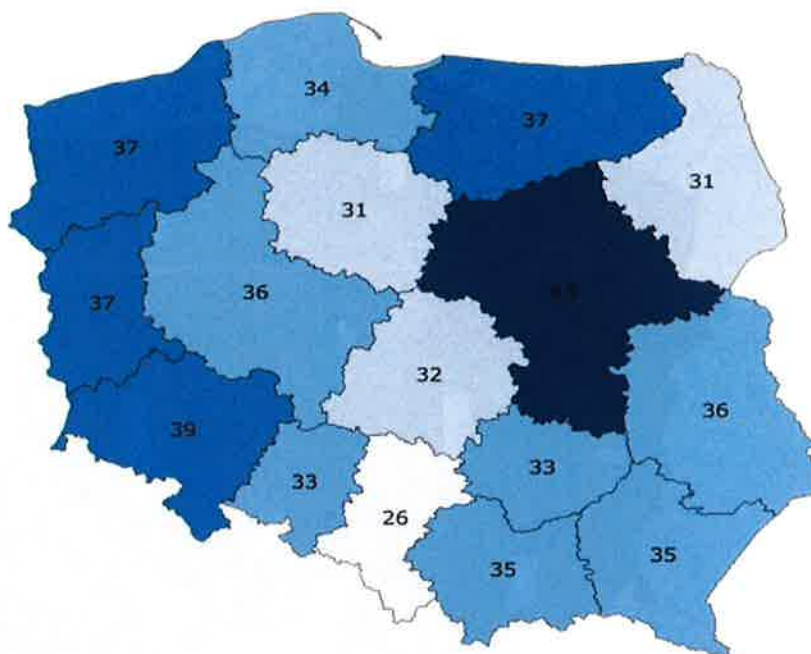


Źródło: GUS, Działalność stowarzyszeń i podobnych organizacji społecznych, fundacji, społecznych podmiotów wyznaniowych oraz samorządu gospodarczego i zawodowego w 2018 r. – wyniki wstępne

Największa część badanych organizacji non-profit miała swoje siedziby w województwie mazowieckim – 13,4 tys. (15,2%), z czego aż połowa to jednostki z siedzibą na terenie Warszawy. Kolejnym województwem pod względem liczebności aktywnych organizacji było województwo wielkopolskie – 8,7 tys. (9,9%). W przeliczeniu na 10 tys. ludności najwięcej organizacji non-profit miało swoje siedziby w województwie małopolskim – 25,5, a najmniej w śląskim – 17,3³⁶.

³⁶ Działalność stowarzyszeń i podobnych organizacji społecznych, fundacji, społecznych podmiotów wyznaniowych oraz samorządu gospodarczego i zawodowego w 2018 r. – wyniki wstępne, <https://stat.gov.pl>, s. 2.

Mapa 7. Liczba stowarzyszeń i fundacji na 10 tysięcy mieszkańców na początku 2018 roku

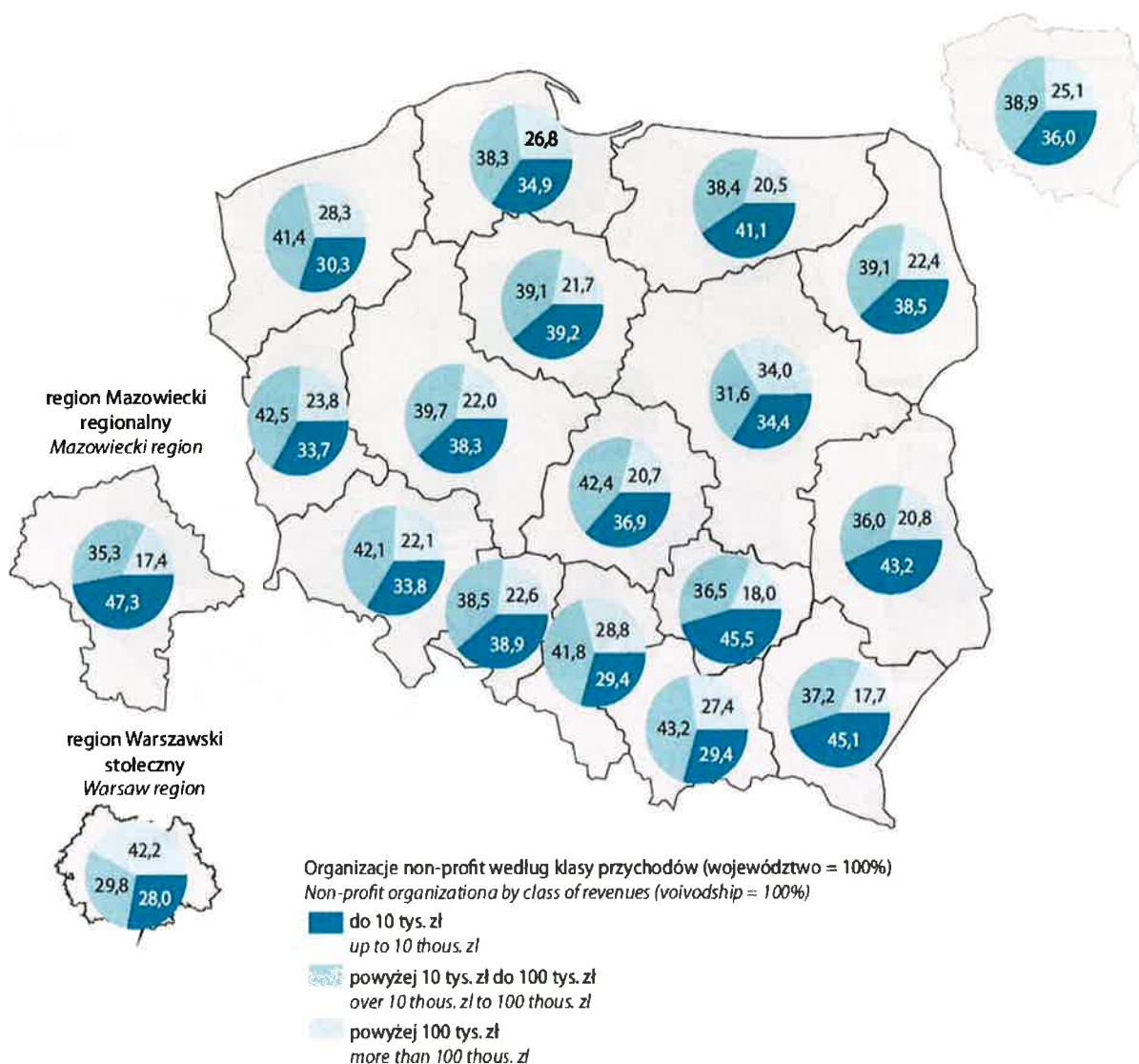


Źródło: „Kondycja organizacji pozarządowych – Raport 2018”, Stowarzyszenie KLON/JAWOR

Bezwzględna liczba stowarzyszeń i fundacji w poszczególnych województwach nie obrazuje regionalnego zróżnicowania wielkości sektora pozarządowego, gdyż duża liczba organizacji w niektórych województwach wynika ze znacznego zagęszczenia ludności na ich terenie. Dlatego liczbę zarejestrowanych organizacji należy zestawiać z liczbą mieszkańców województw. Okazuje się, że – podobnie jak w liczbach bezwzględnych – także *per capita* najwięcej jest organizacji na Mazowszu, jednak ich liczba jest także wysoka w województwach dolnośląskim, warmińsko-mazurskim, lubuskim i zachodniopomorskim, najmniejsza zaś na Śląsku.

Poszczególne regiony różnią się jednak nie tylko liczbą organizacji, ale także dynamiką ich powstawania. W ciągu ostatnich trzech lat najwięcej organizacji przybyło w województwach, w których i tak jest ich stosunkowo najwięcej – na Mazowszu, na Dolnym śląsku i w Małopolsce – za bardziej dynamiczny rozwój sektora w tych regionach odpowiadają przede wszystkim ich stolice, czyli Warszawa, Wrocław i Kraków.

Mapa 9. Struktura organizacji pozarządowych non-profit wg klasy przychodów w województwach i regionach

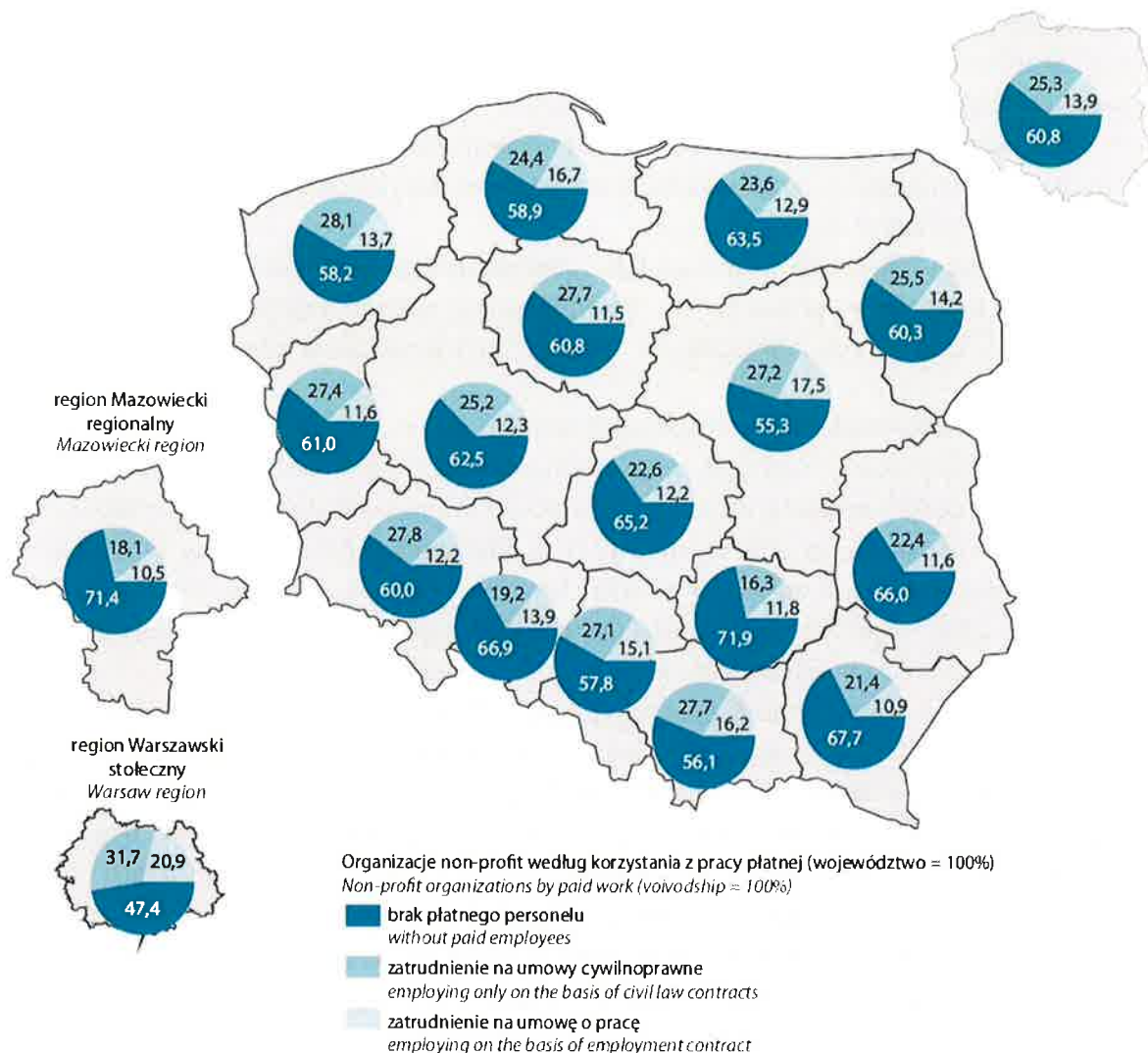


Źródło: Sektor non-profit w 2018 r. The non-profit sector in 2018, GUS, Warszawa, Kraków 2020.

W 2018 r. podmioty z przychodami od 10 tys. zł do 100 tys. zł stanowiły 38,9%, w województwie dolnośląskim odsetek ten wynosił 42,1%. Najwyższy odsetek organizacji, których przychody nie przekraczały 10 tys. zł odnotowano w województwie świętokrzyskim (45,5%), z kolei największy udział podmiotów o przychodach powyżej 100 tys. zł w regionie Warszawskim stołecznym (42,2%). Przełożyło się to także na wysoki udział organizacji non-profit o przychodach powyżej 100 tys. zł w całym województwie mazowieckim (34,0%)³⁸.

³⁸ Sektor non-profit w 2018 r. The non-profit sector in 2018, GUS, Warszawa, Kraków 2020, s. 169.

Mapa 10. Struktura organizacji non-profit wg korzystania z pracy płatnej w województwach i w regionach w 2018 r.



Źródło: Sektor non-profit w 2018 r. The non-profit sector in 2018, GUS, Warszawa, Kraków 2020.

Wśród rejestrowanych organizacji non-profit 60,8% nie korzystało w 2018 r. z żadnej formy pracy płatnej. Największy odsetek organizacji opierających swoją działalność wyłącznie na pracy społecznej wystąpił w województwie świętokrzyskim (71,9%), a następnie podkarpackim (67,7%), zaś najniższy wśród organizacji mazowieckich (55,3%); w województwie dolnośląskim odsetek ten wynosił 60%³⁹.

Na umowę o pracę zatrudniało pracowników 13,9% organizacji, największy odsetek takiej formy zatrudnienia wystąpił w województwie mazowieckim (17,5%), najmniejszy – w województwie podkarpackim (10,9%); w województwie dolnośląskim – 12,2%.

W marcu 2020 r. ogłoszono w Polsce stan zagrożenia epidemicznego, a następnie stan epidemii w związku z rozprzestrzenieniem się choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej COVID-19. Ogromna większość organizacji pozarządowych w Polsce zdecydowanie odczuwa negatywny wpływ pandemii. Z uwagi na nagłą zmianę sytuacji społeczno-gospodarczej i wprowadzone ograniczenia w organizacjach pozarządowych dochodziło do zwieszenia działalności, utraty źródeł finansowania i zerwania kontaktu z odbiorcami działań.

³⁹Tamże, s. 167.

Stowarzyszenie Klon/Jawor przeprowadziło w 2020/2021 r. badania dotyczące wpływu pandemii na organizacje pozarządowe, m.in. ze względu na poziom ich aktywności i skalę podejmowania nowych działań w odpowiedzi na problemy wywołane pandemią. Wyniki badań opublikowane zostały w raporcie „Rok w pandemii. Raport z badań organizacji pozarządowych”.

Z raportu wynika, że 60% stowarzyszeń i fundacji deklaruje zawieszenie wszystkich lub większości dotychczasowych działań⁴⁰, a najdotkliwiej skutki pandemii odczuły organizacje z małych i średnich miast oraz te działające w obszarze sportu lub kultury.

Głównymi bolączkami organizacji było zachowanie ciągłości działań oraz terminowe wywiązanie się z zobowiązań formalnych i projektowych. Wśród głównych potrzeb organizacje zgłaszały potrzebę wsparcia finansowego, elastyczność grantodawców i dostęp do wiarygodnych interpretacji wprowadzanych zmian prawnych.

W większości organizacji w 2020 roku obniżyły się przychody – na zmniejszenie budżetów mogły przede wszystkim wpłynąć spadki: dotacji ze środków samorządowych, darowizn od osób indywidualnych, darowizn od firm, przychodów z odpłatnej działalności statutowej. W przypadku każdego z wymienionych źródeł spadek przychodów odczuło ponad 20% organizacji. O trudnej sytuacji finansowej czy problemach związanych z płynnością finansową wielu organizacji świadczy fakt, że dla 66% stowarzyszeń i fundacji kluczową potrzebą są dodatkowe środki finansowe. Nieco więcej niż co trzecia organizacja (36%) potrzebuje dodatkowego sprzętu oraz oprogramowania umożliwiającego komunikację i pracę zdalną.

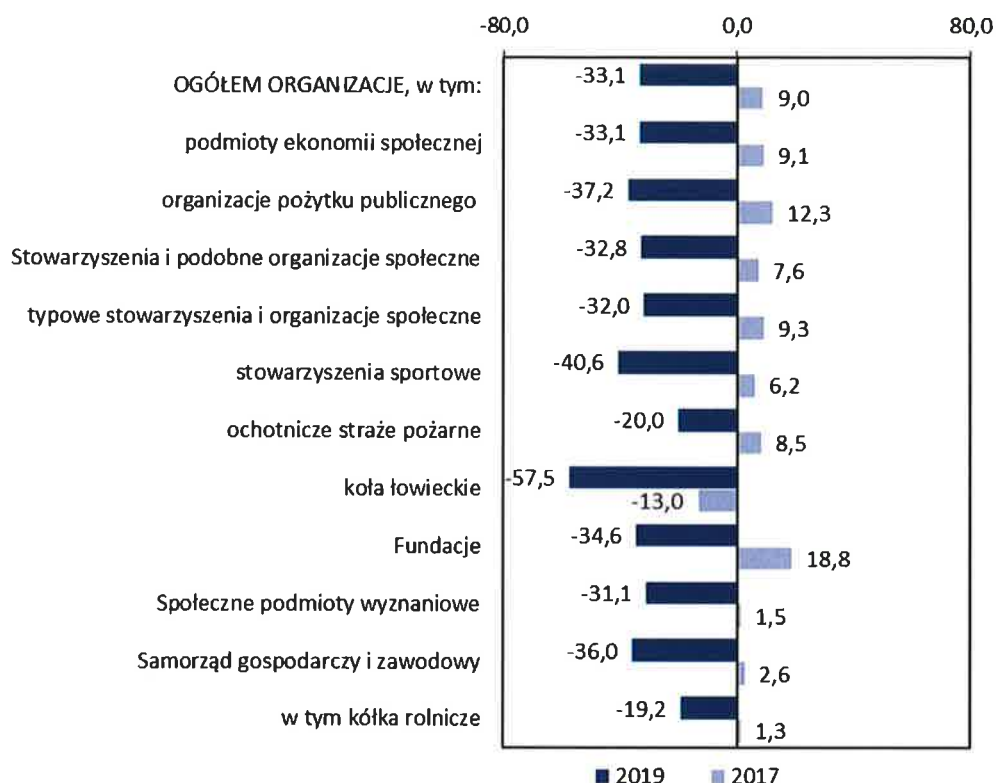
Opinie na temat sytuacji finansowej były zróżnicowane w zależności od wielkości przychodów organizacji non-profit. Organizacje o najmniejszych przychodach (do 1 tys. zł) w większości deklaruowały, że ich sytuacja finansowa w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. nie zmieni się (76,5%). Wraz ze wzrostem wielkości osiąganych przychodów istotnie zwiększał się odsetek podmiotów prognozujących pogorszenie się sytuacji finansowej. Wśród organizacji o przychodach pomiędzy 100 tys. zł a 1 mln zł wyniósł on 51,0%, a wśród organizacji o przychodach powyżej 1 mln zł – 47,1%.

Zdecydowana większość organizacji non-profit, które prognozowały pogorszenie się w 2020 r. ich sytuacji finansowej, wskazała, że jest to związane z epidemią COVID-19 (75,1%)⁴¹.

⁴⁰ Rok w pandemii. Raport z badań organizacji pozarządowych 2020/2021, Stowarzyszenie Klon/Jawor, s. 8

⁴¹ Organizacje non-profit w czasie epidemii COVID-19 (marzec – sierpień 2020), strona internetowa <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/gospodarka-spoleczna-wolontariat/gospodarka-spoleczna-trzeci-sektor/organizacje-non-profit-w-czasie-epidemii-covid-19-marzec-sierpien-2020,20,1.html>.

Wykres 21. Wskaźnik przewidywanej sytuacji finansowej w organizacjach non-profit w kolejnym roku według rodzaju organizacji

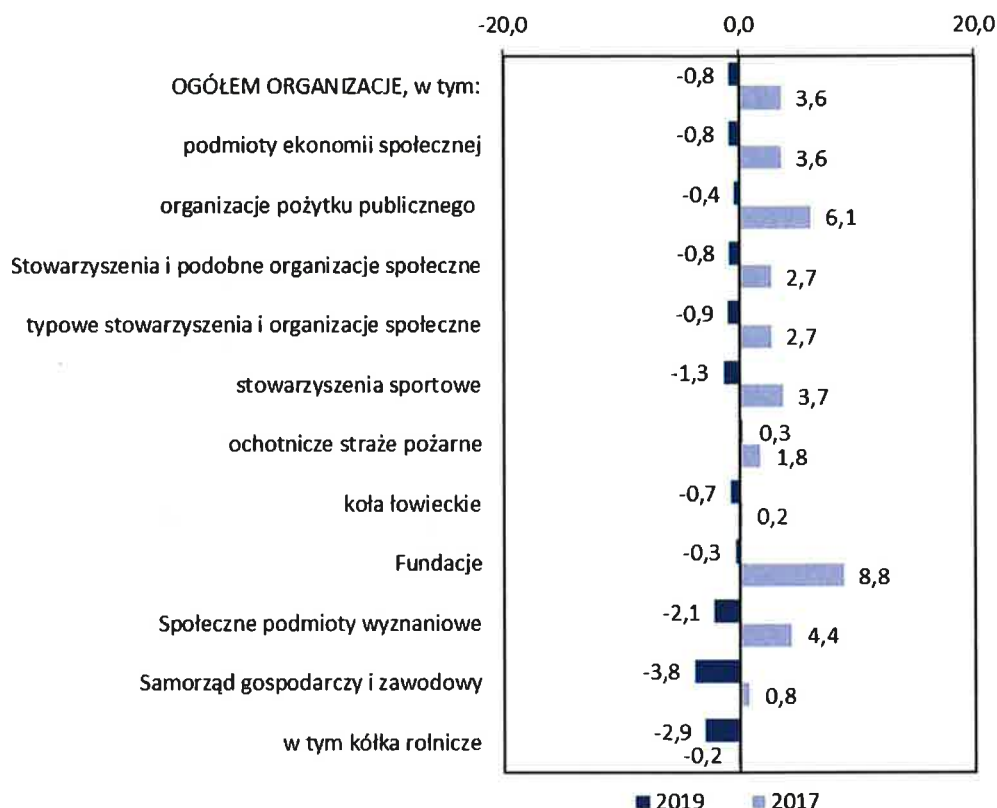


a Podstawę procentowania stanowił ogół aktywnych organizacji non-profit.

Źródło: Organizacje non-profit w czasie epidemii COVID -19 (marzec– sierpień 2020), GUS.

Ograniczenie oraz zaprzestanie działań, pogorszenie się kondycji finansowej organizacji skutkują zmniejszeniem zatrudnienia, odpływem kadr do innych sektorów gospodarki. Wskaźnik przewidywanego zatrudnienia w organizacjach non-profit przyjmował w większości przypadków wartości ujemne – 14,4% organizacji, które zatrudniały pracowników na podstawie stosunku pracy prognozowało, że zatrudnienie w 2020 r. obniży się w ich jednostce w porównaniu do 2019 r.

Wykres 22. Wskaźnik przewidywanego zatrudnienia w organizacjach non-profit w kolejnym roku według rodzaju organizacji



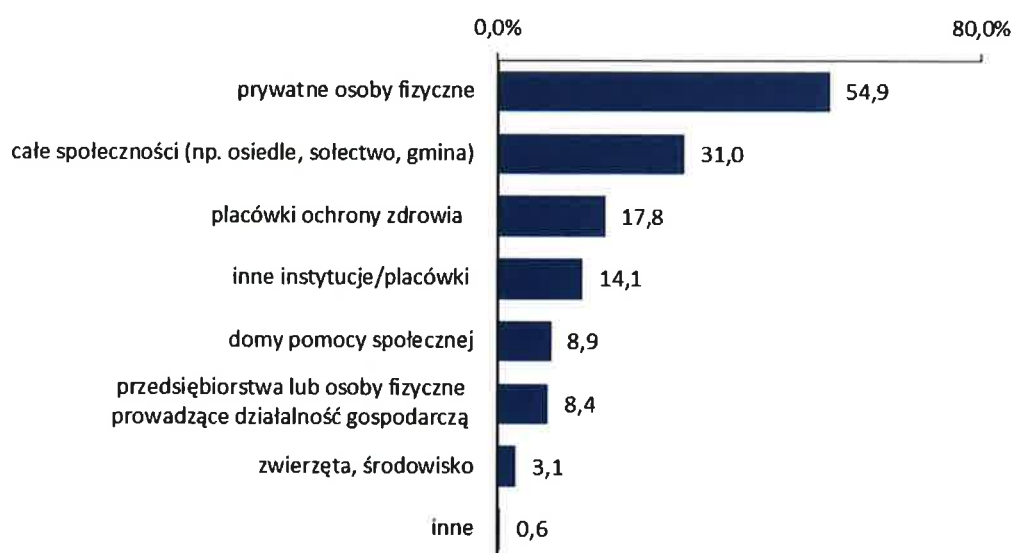
a Podstawę procentowania stanowił ogół aktywnych organizacji non-profit.

Źródło: Organizacje non-profit w czasie epidemii COVID -19 (marzec– sierpień 2020), GUS.

Największy odsetek organizacji przewidujących zmniejszenie liczby pracowników zatrudnionych na podstawie stosunku pracy wystąpił wśród fundacji (17,6%), a następnie stowarzyszeń i podobnych organizacji społecznych (14,6%). Deklaracje takie często składały podmioty prowadzące działalność związaną ze wsparciem trzeciego sektora (23,5%), w zakresie sportu, turystyki lub rekreacji (18,8%), kultury i sztuki (18,7%), czy zajmujące się rozwojem lokalnym społecznym i ekonomicznym (17,2%). Zmniejszenie liczby pracowników zatrudnionych na podstawie stosunku pracy prognozowały przede wszystkim organizacje zatrudniające od 6 do 19 osób (16,5%), rzadziej natomiast największe podmioty, posiadające ponad 19 pracowników (12,8%).

Jedną z konstruktywnych reakcji na trudną sytuację wywołaną pandemią było projektowanie i wdrażanie nowych działań. Organizacje non-profit najczęściej podejmowały dodatkowe działania na rzecz prywatnych osób fizycznych (54,9%). W dalszej kolejności jako odbiorców wskazywano całe społeczności (np. osiedle, sołectwo, gmina) – 31,0%, a następnie placówki ochrony zdrowia (17,8%). Łącznie od marca do sierpnia 2020 r. objęto pomocą blisko 2 mln prywatnych osób fizycznych.

Wykres 23. Odsetek organizacji non profit podejmujących dodatkowe działania na rzecz odbiorców w związku z epidemią COVID-19 w okresie od marca do sierpnia 2020 r. według rodzaju odbiorców



a Podstawę procentowania stanowiły organizacje non-profit podejmujące dodatkowe działania na rzecz odbiorców w związku z epidemią COVID-19

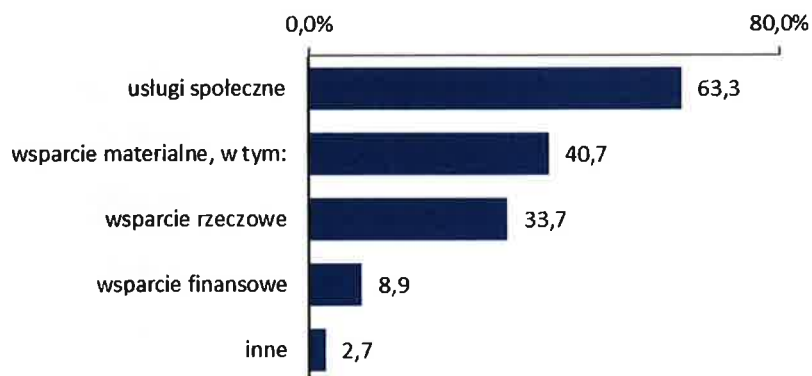
Źródło: Organizacje non-profit w czasie epidemii COVID -19 (marzec– sierpień 2020), GUS.

W ramach dodatkowych działań w związku z epidemią COVID-19 organizacje non-profit najczęściej realizowały usługi społeczne (63,3%). Rzadziej udzielano wsparcia rzeczowego (33,7%), a następnie finansowego (8,9%).

Zakres podejmowanego wsparcia różnił się w zależności od rodzaju organizacji. Organizacje mające status OPP charakteryzowały się najwyższym odsetkiem świadczących wsparcie rzeczowe (46,2%). Relatywnie wysoki odsetek organizacji świadczących wsparcie rzeczowe wystąpił również wśród ochotniczych straży pożarnych (37,9%), typowych stowarzyszeń i innych organizacji społecznych (37,3%) oraz społecznych podmiotów wyznaniowych (37,5%). Z kolei wsparcie finansowe było ponadprzeciętnie często świadczone wśród kół łowieckich (71,2%), co należy wiązać ze szczególnym ich zaangażowaniem na rzecz placówek ochrony zdrowia (63,8%) oraz domów pomocy społecznej (19,5%)⁴².

⁴² Organizacje non-profit w czasie epidemii COVID-19 (marzec – sierpień 2020), strona internetowa <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/gospodarka-spoeczna-wolontariat/gospodarka-spoeczna-trzeci-sektor/organizacje-non-profit-w-czasie-epidemii-covid-19-marzec-sierpien-2020,20,1.html>.

Wykres 24. Odsetek organizacji non-profit podejmujących dodatkowe działania na rzecz odbiorców w związku z epidemią COVID-19 w okresie od marca 2020 r. do dnia złożenia sprawozdania według rodzaju wsparcia



a Podstawę procentowania stanowiły organizacje non-profit podejmujące dodatkowe działania na rzecz odbiorców w związku z epidemią COVID-19.

b Usługi społeczne to: polityka prorodzinna, wspierania rodziny, system pieczy zastępczej, pomoc społeczna, promocja i ochrona zdrowia, wspieranie osób niepełnosprawnych, edukacja publiczna, przeciwdziałanie bezrobociu, kultura, kultura fizyczna i turystyka pobudzanie aktywności obywatelskiej, mieszkalnictwo, ochrona środowiska, reintegracja zawodowa i społeczna.

Źródło: Organizacje non-profit w czasie epidemii COVID -19 (marzec– sierpień 2020), GUS

Prawie 3/4 organizacji podejmujących dodatkowe działania na rzecz odbiorców w związku z epidemią COVID-19 zaangażowało w ich realizację osoby pracujące społecznie (73,9%). Łącznie było to blisko 159 tys. osób. Największa część osób pracujących społecznie przypadła na stowarzyszenia i podobne organizacje społeczne (69,2%), w tym 42,2% na typowe stowarzyszenia, a kolejne 22,9% na OSP⁴³.

EKONOMIA SPOŁECZNA I SOLIDARNA

Ekonomia społeczna (ES) według definicji przyjętej dnia 31.01.2019 r. w *Krajowym Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku Ekonomia Solidarności Społecznej* (w dalszej części KPRES) to: sfera aktywności obywatelskiej i społecznej, która przez działalność gospodarczą i działalność pożytku publicznego służy: integracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych marginalizacją społeczną, tworzeniu miejsc pracy, świadczeniu usług społecznych użyteczności publicznej (na rzecz interesu ogólnego) oraz rozwojowi lokalnemu. Istotnym nowym elementem Ekonomii Solidarności Społecznej jest wyodrębnienie wewnątrz ekonomii społecznej tej grupy podmiotów, których podstawowym celem jest reintegracja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Pokazując zatem całe spektrum podmiotów ekonomii społecznej, wskazuje się węższą grupę sektora, czyli podmioty realizujące wyraźny cel aktywizacyjny i reintegracyjny w ramach sektora ekonomii społecznej, dlatego też w KPRES pojawiło się nowe pojęcie tj.: *Ekonomia solidarna* czyli część ekonomii społecznej, której podstawowym celem jest aktywizacja zawodowa i integracja społeczna, w tym reintegracja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, oraz rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych.⁴⁴

⁴³ Organizacje non-profit w czasie epidemii COVID-19 (marzec – sierpień 2020), strona internetowa <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/gospodarka-spoeczna-wolontariat/gospodarka-spoeczna-trzeci-sektor/organizacje-non-profit-w-czasie-epidemii-covid-19-marzec-sierpien-2020,20,1.html>.

⁴⁴ Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej, Warszawa 2019

Szczegółowe dane dotyczące sektora non-profit oraz sytuacji na rynku pracy w województwie dolnośląskim zostały już ujęte w niniejszym dokumencie, dlatego też poniżej został przedstawiony obszar, który nie był omawiany w innych rozdziałach.

Na mapie dolnośląskich podmiotów ekonomii społecznej (PES), w tym przedsiębiorstw społecznych, których podstawowym celem jest reintegracja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym znajdują się m.in.:

- spółdzielnie:
 - spółdzielnie socjalne, w tym spółdzielnie socjalne osób prawnych;
 - spółdzielnie pracy;
 - spółdzielnie inwalidów i niewidomych;
- centra integracji społecznej;
- kluby integracji społecznej;
- zakłady aktywności zawodowej;
- warsztaty terapii zajęciowej;
- spółki non-profit

Tabela 12. Rozkład liczbowy wybranych Podmiotów Ekonomii Solidarnej w podziale na subregiony (stan na 31.12.2019 r.). Dane liczbowe zebrane przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej

Podmiot Ekonomii Społecznej	Subregion wrocławski i m. Wrocław	Subregion wałbrzyski	Subregion legnicko-głogowski	Subregion jeleniogórski
spółdzielnie socjalne	39 (*10)	46 (*11)	13 (*3)	11 (*2)
w tym spółdzielnie socjalne osób prawnych	2	2		1
spółdzielnie pracy	52 (*35)	20 (*16)	13 (*11)	22 (*16)
spółdzielnie inwalidów i niewidomych	12 (*8)	8 (*6)	3 (*1)	8 (*6)
centra integracji społecznej	1	5		
kluby integracji społecznej	3	4		4
zakłady aktywności zawodowej	3	3		2
warsztaty terapii zajęciowej	10	13	14	11
spółki non-profit	1	4	8	1

*w danych KRS w tym w likwidacji, z uprawnionym wykreśleniem z KRS, wykreśleniem z rejestru przedsiębiorców lub zawieszoną działalnością – źródło danych KRS. W powyższym zestawieniu zostały uwzględnione tylko spółki non-profit, które utworzone zostały w ramach wsparcia OWES lub przez podmioty ekonomii społecznej, bez udziału w spółce sektora publicznego.

Źródło: Pakiet rekomendacji dotyczący obszaru ekonomii społecznej w województwie dolnośląskim grudzień 2019, DOPS

Na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o kołach gospodyń wiejskich (Dz. U. poz. 2212, z 2019 poz. 693), zwanej dalej ustawą KGW, Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa (ARiMR) prowadzi Krajowy Rejestr Kół Gospodyń Wiejskich. Na dzień 24 listopada 2020 r. zarejestrowanych było 343 Kół gospodyń wiejskich w województwie dolnośląskim.

Rola sektora non-profit w dostarczaniu usług społecznych

Podmioty ekonomii społecznej i solidarnej działają przede wszystkim na rzecz zatrudnienia i integracji społecznej i zawodowej, usług społecznych użyteczności publicznej i wspierania rozwoju lokalnego. Ważną rolą podmiotów ekonomii jest realizacja zadań publicznych, w tym zadań użyteczności publicznej w sferze usług społecznych. Wynika z to faktu, że jedną z cech PES jest działalność na rzecz dobra wspólnego, społeczności

lokalnej oraz gotowość do rozwiązywania problemów zarówno wspólnot lokalnych, całych rodzin i osób zagrożonych wykluczeniem społecznym - w tym osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i ich rodzin. Zgodnie z definicją usług społecznych przyjętą przez GUS w publikacji „Rola sektora non-profit w dostarczaniu usług społecznych w latach 2014-2016” 7.06. 2018r. B. Szatur-Jaworska, usługi społeczne:

- *służą bezpośredniemu zaspokojeniu ludzkich potrzeb, a nie wytwarzaniu dóbr materialnych,*
- *adresatem usług są jednostki i rodziny, choć jakość i dostępność tych usług wpływa także na funkcjonowanie szerszych zbiorowości i grup społecznych,*
- *mogą być finansowane, organizowane i dostarczane zarówno przez instytucje publiczne, jak i niepubliczne,*
- *odbiorcy usług otrzymują je bezpłatnie albo za całkowitą lub częściową odpłatnością.*

Do analizowanych usług społecznych zaliczone zostały usługi świadczone w ramach wymienionych kolejno dziedzin, które z jednej strony są regulowane w branżowych ustawach lub rozporządzeniach, a z drugiej mieszczą się w zakresie przedmiotowym badań społecznych realizowanych przez polską statystykę publiczną: *pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem, integracja społeczno-zawodowa, ochrona zdrowia, edukacja, kultura, sport.*

Sytuacja demograficzna w Polsce wskazuje, że z każdym rokiem zapotrzebowanie na usługi społeczne będzie wzrastać. Wynika to zarówno z faktu starzejącego się społeczeństwa, ale też ze zmieniających się oczekiwań na nowe usługi społeczne, które będą odpowiadać na pojawiające się potrzeby i problemy. Usługi społeczne świadczone są przez wszystkie sektory gospodarki: publiczny, prywatny i non-profit. Ze względu na ogromne koszty świadczenia ww. usług należy założyć, że dążenie do obniżenia kosztów wpłynie na coraz większy udział w ich realizacji sektora obywatelskiego. Nie bez znaczenia jest również specyfika realizacji usług przez sektor obywatelski, który charakteryzuje się innowacyjnością i elastycznością w działaniu, nakierowanie na dostarczanie usług zaspokajających potrzeby ludności, które nie są dostrzegane przez administrację publiczną oraz świadczenie usług w formie niezinstytucjonalizowanej. Nie należy jednak oczekiwać, że realizacja usług przez podmioty sektora non-profit zawsze będzie tańsza, natomiast np. poprzez włączenie wolontariatu lub wykorzystanie lokalnych zasobów może ją wzbogacić i uczynić bardziej wrażliwą społecznie.

W 2016 r. w Polsce funkcjonowało 112,7 tys. placówek świadczących usługi społeczne w takich obszarach jak: pomoc społeczna i opieka nad dziećmi, integracja społeczno-zawodowa, ochrona zdrowia, edukacja, kultura i sport, z czego 1/5 tj. 24,2 tys. placówek prowadzona jest przez podmioty sektor-profit. Największy udział sektora non-profit odnotowano w dziedzinach: sportu, świadczeniu usług integracji społeczno-zawodowej, pomocy społecznej, opiece nad dziećmi oraz edukacji. W latach 2014-2016 odnotowano wzrost liczby placówek sektora non-profit w dostarczaniu usług społecznych o 5,1%, w tym największą aktywność odnotowano w obszarze ochrony zdrowia.

Ze względu na charakter realizacji działań przez sektor non-profit nadal więcej jednostek oferuje niezinstytucjonalizowane usługi społeczne (27,9 tys.) niż zinstytucjonalizowane (24,2 tys.). Świadczy to o dużym potencjale tego sektora, który w przyszłości może zwiększyć swój udział w sektorze usług społecznych.

„Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej” (KPRES) w najbliższej perspektywie podkreśla - kluczową rolę PES jako dostarczyciela usług społecznych. Organy administracji samorządowej, przeznaczają na realizację tych zadań około 24% budżetu JST i często zlecając je, preferują tryby, w których dominują podmioty nastawione na zysk. Z perspektywy KPRES jest wyzwaniem, ale równocześnie jednym z celów realizacji programu, stworzenie warunków, które pozwolą na większe włączenie PES w rynek usług społecznych użyteczności publicznej i zadań publicznych w zakresie rozwoju lokalnego. „Pozwoli to na zaspokajanie potrzeb wspólnot lokalnych i ich mieszkańców przy

jednoczesnym wzmocnieniu PES realizujących funkcje reintegracyjne wobec osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz przyczyniających się do tworzenia nowych miejsc pracy w społeczności lokalnej” (KPRES).

Pomimo tego, że coraz więcej podmiotów ekonomii społecznej specjalizuje się w dostarczaniu usług społecznych i prowadzi taką działalność z powodzeniem, a kolejna część PES byłaby gotowa je świadczyć, to wciąż udział sektora non-profit w realizacji usług społecznych użyteczności publicznej jest niewystarczający. Ważnym obszarem, w którym rola podmiotów ekonomii społecznej nie została ujęta w przedstawionym opracowaniu GUS, są tzw. usługi komunalne. Potencjału PES należałoby w sposób szczególny upatrywać w takich obszarach jak: obsługa zieleni, skwerów, lasów, porządkowanie i utrzymanie czystości w przestrzeni publicznej i obsługa obiektów użyteczności publicznej. To właśnie w tej sferze można i należy wzorem zachodu dokonywać podwójnego obiegu pieniądza tj. np. uporządkować teren publiczny i zarazem aktywizować osoby o niskich kompetencjach.

Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej KPRES rekomenduje częściowe przekierowanie pozostających w dyspozycji samorządu środków w taki sposób, aby usługi społeczne użyteczności publicznej w większym zakresie mogły być świadczone przez PES, co pozwoliłoby wykorzystać potencjał PES i stałoby się naturalną przestrzenią dla ich funkcjonowania. Natomiast wydaje się, że jest to proces skomplikowany i długotrwały, ponieważ związany m.in. z deinstytucjonalizacją usług społecznych, profesjonalizacją i wzmocnieniem kapitału finansowego i technicznego PES oraz stworzeniem pozytywnej przestrzeni do współpracy w zakresie realizacji usług społecznych przez podmioty non-profit.

Społecznie odpowiedzialne zamówienia publiczne

Obowiązujące regulacje w zakresie zamówień publicznych przewidują szczególne instrumenty w postaci przede wszystkim tzw. klauzul społecznych, które pozwalają wydatkować środki publiczne przeznaczone na realizację zamówień publicznych przez zakup produktów lub usług świadczonych przez podmioty będące nie tylko dostawcami dóbr stanowiących przedmiot zamówienia, ale także realizujących niezwykle istotne społecznie funkcje w zakresie włączenia społecznego, integracji społecznej i rozwoju lokalnego⁴⁵.

Pomimo istniejących rozwiązań prawnych należy wskazać, że w skali całego kraju w roku 2017 zamówienia uwzględniające aspekty społecznej stanowiły jedynie 17% ogólnej liczby udzielonych zamówień publicznych. Poniżej przedstawiono dane dotyczące województwa dolnośląskiego w tym zakresie.

⁴⁵ Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej, Warszawa 2019

Tabela 13. Liczba zamówień publicznych udzielonych w 2017 roku zgodnie z przepisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych, których łączna szacunkowa wartość przekracza kwotę 30 tys. euro

Wyszczególnienie		liczba JST stosujących jedno z poniższych rozwiązań	liczba zamówień	kwota zamówień netto
1	OGÓŁEM	141	3237	3 619 644 324
2	w których stosowano klauzulę zastrzeżoną na podstawie art. 22 ust. 2 PZP	11	102	90 367 108
3	w których stosowano klauzulę zastrzeżoną na podstawie art. 138p PZP	2	2	535 744
4	w których stosowano klauzulę zatrudnienia na podstawie art. 29 ust. 4 PZP	15	66	64 544 252
5	w których stosowano aspekty społeczne, o których mowa w art. 29 ust. 3a PZP	131	1732	1 815 020 826
6	w których stosowano aspekty społeczne, o których mowa w art. 29 ust. 5 PZP	34	309	273 060 348
7	w których stosowano aspekty społeczne, o których mowa w art. 30a PZP	2	5	3 896 087
8	w trybie rozdziału 6 PZP	13	55	10 074 072

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych projektu ZSMRES⁴⁶

Mimo, że obowiązujące prawo zamówień publicznych umożliwia preferencyjne traktowanie Podmiotów Ekonomii Społecznej i Solidarnej (PESiS) w procedurze uzyskania zamówienia, to zarówno zamawiający jak i potencjalni wykonawcy natrafiają na liczne trudności. Nie wystarczy bowiem możliwość stosowania dostępnych instrumentów w zamówieniach publicznych, ale konieczna jest obecność na rynku podmiotów o właściwym potencjale, które będą gotowe ubiegać się o takie zamówienie. Problem z potencjałem PESiS, jest szczególnie widoczny w odniesieniu do mechanizmów ograniczających dostęp do zamówienia do tzw. podmiotów reintegracyjnych, gdzie jako najczęstsze przyczyny unieważnienia postępowania wskazywano zbyt wysoką cenę oraz brak ważnych ofert. Istnieje zatem potrzeba wspierania tworzenia nowych podmiotów ekonomii społecznej i solidarnej oraz wzmacniania potencjału już istniejących, tak aby były zainteresowane i zdolne do świadczenia usług dla administracji publicznej. Dopiero wtedy klauzule społeczne i inne aspekty społeczne preferujące PESiS jako Wykonawców staną się istotnym i trwałym bodźcem wspomagających rozwój sektora ekonomii społecznej i solidarnej.

Osoby z niepełnosprawnościami na rynku pracy

Województwo dolnośląskie w I kwartale 2019 r. osiągnęło wraz z województwem lubuskim i łódzkim najwyższy, ponad 20%, współczynnik aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnościami. Województwo dolnośląskie osiągnęło także jedną z najwyższych wartości wskaźnika zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej, który w okresie I kw. 2007 – I kw. 2019 wzrósł o aż o 11,4 p. proc⁴⁷.

⁴⁶ Projekt „Zintegrowany System Monitorowania Sektora Ekonomii Społecznej” współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa: II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.9 Rozwój ekonomii społecznej i realizowany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPIPS) w partnerstwie z Głównym Urzędem Statystycznym (GUS).

⁴⁷ <http://niepelnosprawni.gov.pl/p,81,bael> , Kwartalne dane z bael dla wojewodztw za lata 2007-2019 (I kw.)

Tabela 14. Aktywność ekonomiczna ludności w wieku produkcyjnym (18-59/64 lata) w Polsce. Zestawienie za II kw. 2020r.

rok	Ogółem	Aktywni zawodowo			Współczynnik aktywności zawodowej	Wskaźnik zatrudnienia	Stopa bezrobocia
		razem	Pracujący	bezrobotni			
w tysiącach					w %		
2020	Ludność ogółem						
	21035	16109	15584	525	76,6	74,1	3,3
	Osoby z niepełnosprawnościami						
	1549	451	428	23	29,1	27,6	5,1
Osoby sprawne							
	19486	15658	15156	502	80,4	77,8	3,2

Źródło: <http://niepelnosprawni.gov.pl/p,81,bael>

Aktywność ekonomiczna osób z niepełnosprawnościami nadal jest jednak na niezadawalającym poziomie. Porównując współczynnik aktywności zawodowej osób sprawnych i z niepełnosprawnościami, to jest on ponad dwukrotnie niższy w drugiej grupie. Wprawdzie różnica w poziomie bezrobocia w obu grupach nie wykazuje już tak dużych rozbieżność, jednak wynika on z bardzo dużego udziału osób biernych zawodowo w grupie osób z niepełnosprawnościami. Warto również wskazać, że aktywność zawodowa wśród kobiet z niepełnosprawnościami wynosi 33,3% , przy bezrobociu na poziomie 3,6% i jest znacznie wyższa od wartości dla mężczyzn, która osiąga 26,5%, przy bezrobociu 6,3%. Nieco lepiej wygląda sytuacja na Dolnym Śląsku, gdzie poziom bezrobocia wśród osób z niepełnosprawnościami wynosił w 2019 roku 4,6%⁴⁸ (w 2018 było to 5,2%). Wynik ten wskazuje, że podejmowane są skuteczne działania na rzecz tej grupy zawodowej.

Wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w krajach Unii Europejskiej wynosi średnio 48,7%, czyli nadal jest o 20 p. proc. wyższy niż w Polsce. Aby zbliżyć się do tej wartości nie wystarczy kontynuować już wypracowane rozwiązania, ale również należy szukać nowych, bardziej skutecznych narzędzi, które umożliwią osobom z niepełnosprawnościami aktywne uczestnictwo w życiu zawodowym.

Mimo, że od roku 2013 następuje spadek zarejestrowanych bezrobotnych osób z niepełnosprawnościami, system wymaga zintensyfikowania aktywnych form wsparcia dostosowanych do potrzeb tej grupy.

Wnioski:

System nie przewiduje prowadzenia żadnej formy rejestru biernych zawodowo osób, w tym również osób z niepełnosprawnościami, co powoduje, że nie jest znana ani dokładna liczba tej grupy, ani dokładne przyczyny, dla których nie poszukują oni zatrudnienia. Bierność zawodowej osób z niepełnosprawnościami wynikać może z różnych kwestii. Część osób z niepełnosprawnościami nie może podjąć żadnej aktywności zawodowej ze względu na stan zdrowia. Część osób celowo nie poszukuje pracy (z własnej woli, bądź z woli ich opiekunów) ze względu na otrzymywane świadczenia (renty, świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne). Część osób nie rejestruje się, gdyż PUP-y nie mają dla nich ofert pracy, ze względu na zbyt niskie wykształcenie i kwalifikacje zawodowe. Z kolei oferty pracy nie wpływają do PUP-ów, gdyż pracodawcy nie otrzymują z tytułu zatrudnienia osoby z niepełnosprawnościami odpowiednio wysokich dofinansowań z PFRON. W następstwie zrównania zasad refundacji kosztów zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami pomiędzy chronionym i otwartym rynkiem pracy, zwiększyło się zatrudnienie osób z najcięższymi niepełnosprawnościami na otwartym

⁴⁸ Informacja o osobach niepełnosprawnych bezrobotnych i poszukujących pracy na dolnośląskim rynku pracy w roku 2019, DWUP, Marzec 2020

ryнку pracy. Jednocześnie wiele zakładów pracy chronionej straciło status (koszt, który trzeba ponieść w przypadku posiadania statusu dla niektórych jest zbyt wysoki w porównaniu do refundacji pozyskiwanej tytułu zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami). Zwiększyła się też liczba zarejestrowanych osób z niepełnosprawnościami najniższego stopnia (lekki). Często właśnie osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności są zatrudniane w podmiotach ekonomii społecznej, ponieważ mają one problemy z utrzymaniem się na rynku pracy między innymi z powodu braku możliwości pozyskiwania refundacji wynagrodzenia osoby z niepełnosprawnościami (skomplikowany system SODiR). Należałoby zwiększyć akcje promocyjne na rzecz zatrudniania osób z niepełnosprawnościami na otwartym rynku pracy, wesprzeć małe firmy i podmioty ekonomii społecznej w tworzeniu miejsc pracy dla tej grupy. Najczęściej bowiem osoby z niepełnosprawnościami są zatrudniane przez duże firmy, które już mają wykształcone mechanizmy pozyskiwania stosownych rekompensat oraz firmy sieciowe, które mają tradycje związane ze społeczną odpowiedzialnością biznesu i traktują zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami jako działalność poprawiającą wizerunek firmy. Mniej korzystnie wygląda sytuacja zatrudniania osób z niepełnosprawnością w sektorze publicznym. Dane z kontroli NIK dotyczącej zatrudniania ON przez administrację publiczną i państwowe osoby prawne wskazują, że w ponad 94%, spośród skontrolowanych jednostek, poziom zatrudnienia ON w 2018 r. był niższy niż wymagany dla zwolnienia z wpłat na PFRON⁴⁹. Jedną z przyczyn tak niskiego poziomu zatrudnienia ON było niedostosowanie obiektów do korzystania przez ON, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, co w sposób oczywisty wyklucza te osoby z możliwości podjęcia pracy w ww. podmiotach (bariery architektoniczne i infrastrukturalne). Z drugiej strony mamy do czynienia z barierą mentalną po stronie pracodawców, którzy nie podejmowali dodatkowych inicjatyw służących zatrudnieniu ON (np. nawiązywanie współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz ON i uczelniami wyższymi, w celu upowszechniania wiedzy o możliwości zatrudnienia, odbycia stażu/praktyki, publikowaniu ogłoszeń o pracy na stronach przeznaczonych dla ON). Brak podejmowania tego typu działań nie sprzyja również zwiększeniu zainteresowania ofertami pracy w administracji publicznej oraz ograniczaniu barier po stronie osób z niepełnosprawnościami. Równe traktowanie wszystkich obywateli, w tym ON na każdym etapie rekrutacji, gwarantuje prawo. Ważne jest jednak, aby nie koncentrować się jedynie na formalnym wypełnianiu ustawowych obowiązków dotyczących ogłaszania naborów i uwzględniania praw kandydatów z niepełnosprawnościami w procedurach naborów, choć jest to oczywiście niezbędny krok na drodze zmiany. Nie mniej istotne jest podejmowanie dodatkowych działań, które zapewnią skuteczne dotarcie z informacją o wolnych stanowiskach pracy i ich dostępności dla osób z niepełnosprawnościami do głównych zainteresowanych.

⁴⁹ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21407,vp,24048.pdf> - Informacja o wynikach kontroli Zatrudnianie osób niepełnosprawnych przez administrację publiczną i państwowe osoby prawne, NIK 2019

Infrastruktura wsparcia ekonomii społecznej na Dolnym Śląsku

A. Akredytowane Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej.

Na terenie Dolnego Śląska funkcjonują obecnie 3 Akredytowane Konsorcja obejmujące wsparciem cztery wyodrębnione obszary terytorialne tj. subregion wrocławski i m. Wrocław, subregion wałbrzyski, subregion legnicko-głogowski i subregion jeleniogórski. Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej sukcesywnie świadczą w ww. subregionach usługi wsparcia ekonomii społecznej, w szczególności zdefiniowane w Krajowym Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej tj. animacja, inkubacja i usługi biznesowe, z zastosowaniem różnego rodzaju narzędzi np. szkoleń, doradztwa, wsparcia finansowego w postaci dotacji na tworzenie miejsc pracy i wsparcia pomostowego, działań na rzecz rozwoju partnerstw.

B. Dolnośląski Komitet Rozwoju Ekonomii Społecznej (DKRES)

Dolnośląski Komitet Rozwoju Ekonomii Społecznej został powołany dnia 22 lutego 2016 r. w drodze Uchwały Nr 1840/V/16 Zarządu Województwa Dolnośląskiego.

Do zadań Dolnośląskiego Komitetu Rozwoju Ekonomii Społecznej należy m.in.:

- opiniowanie corocznych raportów z realizacji Regionalnego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej (RPRES), w tym ocena stopnia osiągnięcia celów Programu
- inicjowanie i wspieranie współpracy pomiędzy jednostkami sektora publicznego, prywatnego, organizacjami pozarządowymi i ośrodkami badawczymi na rzecz promocji i rozwoju ekonomii społecznej
- promowanie nowych rozwiązań w zakresie wdrażania ekonomii społecznej
- wyznaczanie kierunków rozwoju ekonomii społecznej, aktualizacja Regionalnego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej

C. Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej

Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2014-2023 zakłada, że *w sferze instytucjonalnej kluczowe znaczenie odgrywają ROPS, które uczestniczą w procesie programowania regionalnych polityk publicznych, koordynują bieżące działania związane z ekonomią społeczną, a także dysponują wiedzą na temat uwarunkowań determinujących kształt regionalnej polityki społecznej oraz znają konkretne potencjał i bariery wpływające na rozwój sektora ekonomii społecznej. ROPS są jednostkami odpowiedzialnymi za koordynację działań związanych z ekonomią społeczną.*

W województwie dolnośląskim, podstawowe kierunki działań na rzecz rozwoju ekonomii społecznej zostały określone najpierw w Wieloletnim regionalnym planie działań na rzecz promocji i upowszechniania ekonomii społecznej oraz rozwoju instytucji sektora ekonomii społecznej i jej otoczenia w województwie dolnośląskim (2012–2020), a później po weryfikacji w Regionalnym Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2014-2020 oraz Regionalnym Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2014-2020-aktualizacja”.

W roku 2020 i latach kolejnych przed ekonomią społeczną stoi wiele wyzwań. Jednym z podstawowych, w sytuacji światowej pandemii COVID-19 jest zachowanie ciągłości funkcjonowania podmiotów ekonomii społecznej, w tym szczególnie podmiotów reintegracyjnych.

KONDYCJA ŻYCIOWA OSÓB STARSZYCH

Wybrane aspekty sytuacji zawodowej, materialnej i zdrowotnej dolnośląskich seniorów

Analiza zagadnień dotyczących kondycji życiowej seniorów jest przedmiotem pogłębionej refleksji dopiero od kilku lat i napotyka na szereg problemów. Głównym z nich jest ograniczona dostępność danych opisujących różne aspekty życia seniorów – nie wszystkie dane dostępne w ramach statystyki publicznej (w tym statystyk branżowych) uwzględniają wiek jako zmienną, część danych agregowana jest wyłącznie na poziomie krajowym i nie pozwala na wyodrębnienie statystyk w układzie wojewódzkim. Stąd diagnoza kondycji życiowej dolnośląskich seniorów ma z konieczności w wielu obszarach/aspektach charakter fragmentaryczny i skupia się na wybranych aspektach, w stopniu ograniczonym poprzez dostępność danych statystycznych.

Utrzymujące się w ostatnich latach trendy demograficzne sprawiają, że rośnie liczba osób starszych w społeczności województwa dolnośląskiego. Starzenie się społeczeństwa niesie ze sobą szereg wyzwań dla polityk państwa, zarówno w wymiarze krajowym, jak i regionalnym oraz lokalnym. Rosnąca liczba osób starszych generuje nowe zadania w obszarze zdrowia, pomocy społecznej, gospodarki czy aktywności obywatelskiej. Jednocześnie przemiany zachodzące współcześnie w rodzinie – zmniejszanie się wielkości rodziny w kierunku rodziny nuklearnej, migracje zarobkowe i przestrzenne oddalenie członków rodziny, nadmierne obciążenie pracą zarobkową powodują, że coraz większa odpowiedzialność za dobrostan osób starszych spoczywać będzie na instytucjach publicznych. Dlatego też z jednej strony wymogiem czasu będzie rozwój usług opiekuńczych – nieformalnych, środowiskowych i stacjonarnych, z drugiej – tworzenie seniorom sprzyjających warunków do rozwoju osobistego i aktywizacji społecznej, kulturowej i obywatelskiej.

Według danych Banku Danych Lokalnych GUS w 2019r. na terenie województwa dolnośląskiego zamieszkiwało 775.144 osoby w wieku 60+, w tym 332.252 mężczyźni i 452.862 kobiety. Liczba osób w wieku 60+ stanowiła 26,7% ogółu mieszkańców województwa dolnośląskiego. Wśród seniorów przeważały kobiety, stanowiąc 58,4% ogółu osób w wieku 60+. Feminizacja procesu starzenia się, wynikająca z nadumieralności mężczyzn, wzrasta wraz z wiekiem seniorów. Wśród osób w wieku 60-64 kobiety stanowiły 53,3%, wśród osób w wieku 75-79 – 62,3%, w wieku 80-84 – 67,9%, zaś wśród osób w wieku 85+ udział kobiet wynosił aż 73,8%.

Według opracowania GUS⁵⁰ wśród osób starszych przeważały osoby nieaktywne zawodowo, zdecydowana większość osób w wieku 60+ była bierna zawodowo, a podstawową przyczyną takiego stanu rzeczy było pobieranie emerytury. Aktywność zawodowa była udziałem 15,2% Dolnoślązaków w wieku 60+ (Polska – 13,7%). Według danych z eksperymentalnego badania dotyczącego pracujących w gospodarce narodowej (opartego o administracyjne źródła danych) w Polsce z roku na rok rośnie liczba osób posiadających ustalone prawo do emerytury i jednocześnie pracujących. W 2019r. w Polsce liczba osób w wieku 60+ mających ustalone prawo do emerytury i pracujących wzrosła w porównaniu do roku 2018 o 7,5%, kobiety stanowiły 56,2% ogółu osób pracujących posiadających prawo do emerytury. Udział osób pracujących oraz wykonujących umowy cywilnoprawne w wieku 60+ posiadających prawo do emerytury stanowił w województwie dolnośląskim w 2019r. 8,2% ogółu osób w wieku 60+ i był wyższy niż średnia dla Polski o 1,2 p.p. (Polska – 7,0%).

Podstawowym źródłem utrzymania osób w wieku 60+ jest emerytura. Według opracowania GUS⁵¹ w 2019r. w województwie dolnośląskim emerytury z Zakładu Usług Społecznych otrzymywało średnio miesięcznie 485.799 osób, zaś z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego 33.243 osoby⁵². Średnia

⁵⁰ *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 roku*, GUS, Warszawa, Białystok, 2021r., s. 36-40

⁵¹ *Emerytury i renty w 2019 roku*, GUS, Warszawa, 2020r., s. 54-67

⁵² Są to dane obejmujące liczbę emerytów ogółem, mogą obejmować również osoby w wieku niższym niż 60+, na podstawie danych opracowania nie można dokonać obliczeń w odniesieniu do populacji w wieku 60+

miesięczna emerytura z ZUS w 2019r. wynosiła 2.357,80 zł, zaś z KRUS – 1.389,78 zł. Z opracowania ZUS⁵³ wynika, że średnia miesięczna emerytura kobiet jest niższa niż średnia miesięczna emerytura mężczyzn, a dysproporcje wydają się być znaczne. Opracowanie prezentuje dane wyłącznie ogólnopolskie, nie wyodrębnia ich w układzie województw, stąd trudno określić zakres dysproporcji między emeryturami wypłacanymi przez ZUS kobietom i mężczyznom mieszkającym w województwie dolnośląskim, jednak z odniesień krajowych wynika, iż emeryturę do wysokości kwoty 2.400 zł otrzymywało niemal 80% kobiet (78,5) i niecałe 40% mężczyzn (38,7).

Według opracowania ZUS⁵⁴ w myśl ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych kwota najniższej emerytury wynosiła w 2019r. 1.100 zł⁵⁵. Podwyższenie emerytury do tej kwoty przysługiwało osobie, która osiągnęła wiek emerytalny oraz posiadała okres składkowy i nieskładkowy w wymiarze minimum 25 lat w przypadku mężczyzn oraz 20 lat w przypadku kobiet. W sytuacji, gdy osoba osiągnęła wiek emerytalny, nie posiada natomiast wymaganego stażu składkowego i nieskładkowego, emerytura nie może zostać podniesiona do poziomu najniższej emerytury. W ramach FUS coraz częściej pojawiają się emerytury wypłacane w wysokości niższej niż najniższa i z roku na rok ich liczba wzrasta. W grudniu 2019r. emerytury niższe niż najniższa wypłacono w województwie dolnośląskim 16,7 tys. kobiet oraz 2,8 tys. mężczyzn (odpowiednio 85,6% i 14,4% ogółu pobierających ten typ emerytury). Średnia wysokość takiej emerytury w województwie dolnośląskim wynosiła 765,78 zł. Mężczyźni otrzymywali świadczenie w wysokości 715,83 zł, a kobiety – 774,69 zł.

Gorsza sytuacja finansowa kobiet emerytek w porównaniu z mężczyznami jest głównie pochodną niższej aktywności zawodowej kobiet, krótszego stażu pracy, zwłaszcza w wymiarze składkowym, zatrudnienia w zawodach sfeminizowanych, gdzie z reguły pensja jest niższa oraz nierówności w zarobkach kobiet i mężczyzn. Dysproporcje finansów pochodzących z emerytury, będących w dyspozycji kobiet i mężczyzn, przy nadumieralności mężczyzn, obok feminizacji starości, mogą generować również ryzyko feminizacji biedy w starości. Starsze kobiety, zwłaszcza prowadzące jednoosobowe gospodarstwo domowe, mogą być zdecydowanie częściej narażone na ryzyko niedostatku i trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych niż starsi mężczyźni. Ryzyko to pogłębia się jeszcze w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia i zwiększonych wydatków na opiekę zdrowotną i leki.

Dane dotyczące stanu zdrowia dolnośląskich seniorów również mają charakter fragmentaryczny i nie pozwalają na przedstawienie syntetycznej informacji na ten temat. Z danych GUS⁵⁶ wynika, iż w województwie dolnośląskim w 2019r. na 596 oddziałów stacjonarnych funkcjonujących w szpitalach ogólnych działało jedynie 5 oddziałów geriatrycznych, oferujących 66 łóżek. Ponadto w województwie funkcjonowało 46 zakładów opiekuńczo-leczniczych zapewniających 2.288 miejsc, z których w ciągu 2019r. skorzystało 4.200 osób, w tym 3.000 kobiet oraz 19 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, mających do dyspozycji 840 łóżek, obejmujących w ciągu roku opieką 1.500 pacjentów, w tym 1.100 kobiet.

Spośród 3.850 pacjentów zakładów opieki długoterminowej 85% stanowili pacjenci w wieku 61 lat lub więcej.

W 2019 roku w województwie dolnośląskim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej udzielono 4.599,6 tys. porad lekarskich osobom w wieku 65+, co stanowiło 35,1% ogółu porad. W miastach województwa dolnośląskiego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej osobom w wieku 65+ udzielono 3.897,8 tys. porad lekarskich (35,4% ogółu porad lekarskich udzielonych w miastach), zaś na wsi 701,7 tys. porad (33,7% ogółu

⁵³ *Struktura wysokości świadczeń wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2019 roku*, ZUS, Warszawa, 2019r., s. 13-14

⁵⁴ *Emerytury nowosystemowe wypłacone w grudniu 2019r. w wysokości niższej niż wysokość najniższej emerytury (tj. niższej niż 1100 zł)*, ZUS, Warszawa, 2020r., s. 2, 9

⁵⁵ Aktualnie jest to kwota 1250 zł

⁵⁶ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku*, GUS, Warszawa, Kraków, 2020, tablice wynikowe w formacie XLXS

porad udzielonych na wsi). W 2019r. w województwie dolnośląskim w ramach specjalistycznej lekarskiej opieki zdrowotnej osoby w wieku 65+ skorzystały z 2.495,1 tys. porad (27,3% ogółu porad specjalistycznych). Najwyższe odsetki seniorów w wieku 65+ korzystały z porad: kardiologicznych (51,4% ogółu porad kardiologicznych), gruźlicy i chorób płuc (49,7% ogółu porad w tym obszarze), onkologicznych (42,7% ogółu porad onkologicznych), okulistycznych (38,6% ogółu porad okulistycznych) oraz neurologicznych (31,9% ogółu porad neurologicznych). Ze specjalistycznych porad stomatologicznych w 2019r. skorzystało 474,7 tys. osób (16,9% ogółu specjalistycznych porad stomatologicznych).

Korzystanie z pomocy społecznej

Dostępne statystyki z obszaru pomocy i integracji społecznej wskazują na stopniowo rosnącą liczbę osób starszych korzystających z różnych form wsparcia instytucjonalnego. W 2019r. rodziny emerytów i rencistów stanowiły 21,4% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej (w 2010r. – 19,2%, w 2015r. – 16,6%). Częściej z pomocy społecznej korzystają rodziny emerytów i rencistów mieszkające w miastach, rodziny z terenów wiejskich stanowią nieco ponad ¼ ogółu rodzin emeryckich korzystających z instytucjonalnego wsparcia i ich odsetek na przestrzeni lat nie uległ znaczącej zmianie, co świadczyć może o silniejszej na obszarach wiejskich roli rodziny i bliskich w zaspokajaniu potrzeb osób starszych. Szczegółowe dane na temat liczby rodzin emerytów i rencistów korzystających z pomocy społecznej prezentuje poniższa tabela nr 15.

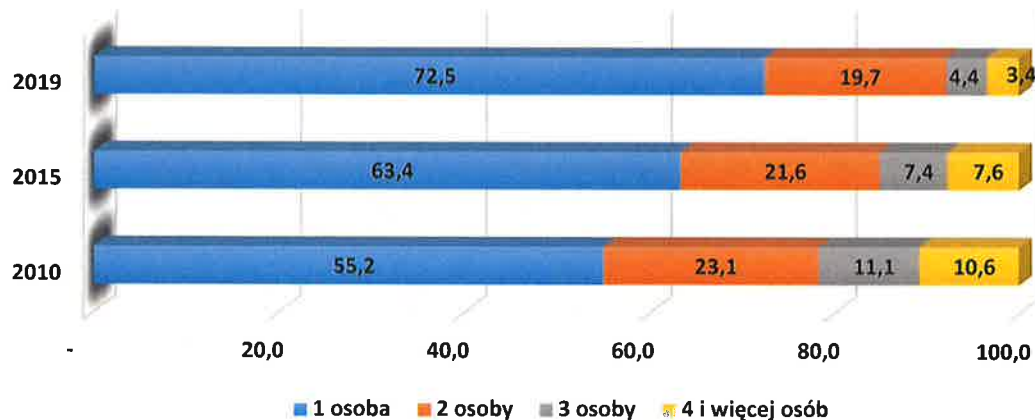
Tabela 15. Rodziny emerytów i rencistów objęte pomocą społeczną w latach 2010-2019

WYSZCZEGÓLNIENIE	2010			2015			2019		
	LICZBA RODZIN		LICZBA OSÓB	LICZBA RODZIN		LICZBA OSÓB W	LICZBA RODZIN		LICZBA OSÓB
	OGÓŁEM	w tym: NA WSI	W RODZINACH	OGÓŁEM	w tym: NA WSI	RODZINACH	OGÓŁEM	w tym: NA WSI	W RODZINACH
RODZINY OGÓŁEM	102 042	33 953	245 656	84 254	28 199	181 645	68 506	21 755	126 733
RODZINY EMERYTÓW I RENCISTÓW OGÓŁEM	19 612	5 356	36 417	13 995	3 836	23 194	14 666	3 823	20 696
o liczbie osób	10 827	2 093	10 827	8 879	1 676	8 879	10 638	2 183	10 638
1	4 527	1 370	9 060	3 017	1 075	6 034	2 884	1 031	5 768
2	2 173	854	6 519	1 035	491	3 105	652	337	1 956
3	2 085	1 039	10 011	1 064	594	5 176	492	272	2 334
4 i więcej									

Źródło: Sprawozdania MRPiPS-03 za rok 2010, 2015 i 2019

Na przestrzeni lat zmienia się również liczba osób w gospodarstwie domowym emerytów i rencistów korzystających z pomocy społecznej (patrz wykres nr 25 poniżej)

Wykres 25. Korzystanie z pomocy społecznej w rodzinach emerytów i rencistów wg liczby osób w gospodarstwie domowym w latach 2010-2019



Źródło: Sprawozdania MRPiPS-03 za rok 2010, 2015 i 2019

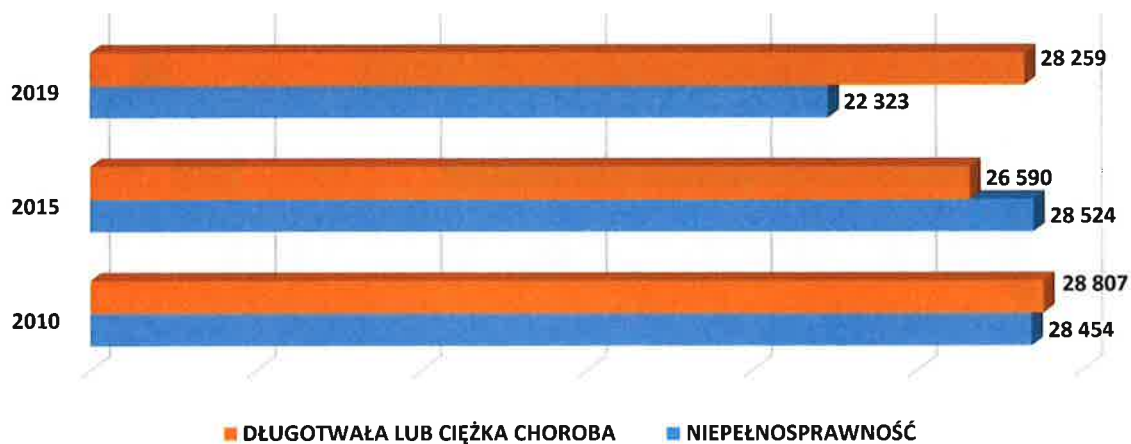
O ile w 2010 roku rodziny jednoosobowe stanowiły nieco ponad połowę ogółu rodzin emeryckich korzystających z pomocy społecznej, o tyle w 2019 ich odsetek wzrósł do niemal ¾ ogółu. Znaczącemu zmniejszeniu przy tym na przestrzeni wzmiankowanych lat uległa liczba rodzin emeryckich składających się z minimum 3 osób – niemal o 14 p.p. Kierunek zmian może świadczyć o kierowaniu pomocy społecznej w pierwszej kolejności do starszych osób samotnych, pozbawionych wsparcia rodziny i bliskich, co zgodne jest z duchem i literą prawa. Z drugiej strony może być także świadectwem stopniowego osłabiania roli rodziny wielopokoleniowej i osamotnienia rosnącej liczby gospodarstw domowych prowadzonych przez seniorów, którzy ze względu na ograniczoną sieć relacji interpersonalnych, częściej będą zmuszeni korzystać z instytucjonalnego wsparcia, bez innych dostępnych alternatyw. Wreszcie stan ten może wynikać z faktu, iż gospodarstwa jednoosobowe posiadają często niższe dochody niż gospodarstwa domowe składające się z większej liczby osób, co w konsekwencji sprawia, że niezbędnym rozwiązaniem staje się dla nich korzystanie z pomocy społecznej.

Zachodzące procesy demograficzne i społeczne znajdują odzwierciedlenie w statystykach pomocy społecznej. Jak wynika z danych OZPS wśród głównych powodów udzielania pomocy społecznej w 2019r., obok ubóstwa⁵⁷, znalazły się długotrwała lub ciężka choroba oraz niepełnosprawność, czyli kategorie, które w sposób istotny powiązane są z wiekiem i niekorzystnymi zmianami fizjologicznymi, jakim podlega organizm człowieka. Z tytułu tych dwóch powodów z pomocy społecznej w 2019r. skorzystało ponad 50,5 tys. rodzin, w tym ponad ¼ (27,3%) rodzin z terenów wiejskich. Łącznie pomocą społeczną z tego tytułu objęto 75.863 osób (warto przy tym pamiętać, że jedna rodzina może otrzymać pomoc z tych dwóch powodów jednocześnie, stąd podane liczby mogą nie w pełni odzwierciedlać rzeczywistą skalę zjawiska).

Oczywiście, wskazane powody nie są jedynymi, na podstawie których osoby starsze mogą ubiegać się o pomoc społeczną, jednak w ich przypadku istnieje dosyć mocny związek z wiekiem, stąd ich wyróżnienie na tle innych przyczyn. W ciągu ostatnich lat liczba osób korzystających z pomocy społecznej z tych dwóch tytułów utrzymuje się na wysokim poziomie (patrz wykres nr 26 poniżej), co jest wynikiem czynników wykazywanych powyżej.

Wykres 26. Liczba rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu niepełnosprawności oraz długotrwałej lub ciężkiej choroby w latach 2010-2019

⁵⁷ które nie jest samodzielnym powodem przyznawania pomocy społecznej, lecz musi być powiązane z inną przyczyną wskazaną w ustawie o pomocy społecznej w katalogu powodów przyznawania pomocy społecznej.



Źródło: Sprawozdania MRPiPS-03 za rok 2010, 2015 i 2019

Dostępne dane z zakresu korzystania z pomocy społecznej przez osoby w wieku senioralnym w wielu przypadkach pozwalają na opis ich sytuacji jedynie w sposób pośredni, ponieważ w myśl ustawy o pomocy społecznej kierowane są do osób, które ze względu na wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia nie mogą zaspokajać swoich potrzeb w sposób samodzielny, co oznacza, że wśród osób korzystających z danego świadczenia/usługi, obok osób w wieku senioralnym, mogą znaleźć się także osoby młodsze, które ze względu na niepełnosprawność czy stan zdrowia uprawnione są do skorzystania z danego świadczenia/usługi. Dostępne statystyki nie umożliwiają precyzyjnego określenia kategorii wiekowych osób korzystających ze świadczeń/usług kierowanych do osób uprawnionych do skorzystania z nich ze względu na wiek, niepełnosprawność czy stan zdrowia. Niektóre z usług (np. interwencja kryzysowa, poradnictwo specjalistyczne) kierowane są do ogółu obywateli, więc także osoby starsze mogą z nich korzystać w razie potrzeby, natomiast statystyki dotyczące wieku korzystających nie są dostępne. Warto o tej kwestii pamiętać, tym niemniej jednak prezentowane informacje z tego obszaru pozwalają na przynajmniej częściowe przybliżenie zagadnień związanych z korzystaniem z pomocy społecznej także przez seniorów.

Osoby starsze korzystać mogą z szeregu świadczeń pieniężnych i niepieniężnych dostępnych w ramach systemu pomocy społecznej. Wśród świadczeń pieniężnych wskazać można głównie na zasiłek stały, zasiłek okresowy, w tym przyznawany ze względu na długotrwałą chorobę lub niepełnosprawność oraz zasiłek celowy, przeznaczony na konkretny cel, np. zakup żywności, leków, leczenia, opału, dokonania drobnych remontów lub napraw itp. Przyznanie ww. zasiłków co do zasady uwarunkowane jest osiągnięciem dochodu niższego niż kryterium dochodowe określone w ustawie, uprawniające do ubiegania się o pomoc instytucjonalną. Zaprezentowane w poniższej tabeli nr 16 dane wskazują na systematyczny, stały wzrost na przestrzeni lat 2010-2019 kwot przeznaczanych na zasiłki stałe, w tym głównie dla osób samotnie gospodarujących oraz na zasiłki okresowe, szczególnie te wypłacane z tytułu długotrwałej choroby.

Tabela 16. Wybrane świadczenia pieniężne z pomocy społecznej w latach 2010-2020 – województwo dolnośląskie

WYSZCZEGÓLNIENIE	Rok 2010	Rok 2015	Rok 2019	Prognoza rok 2020
ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE Z POMOCY SPOŁECZNEJ				
ZASIŁEK STAŁY				
Liczba osób	14 157	16 558	14 878	14 880
Kwota świadczeń w złotych	48 646 244	71 100 762	77 861 163	77 935 608
W tym:				
Zasiłek stały dla osób samotnie gospodarujących				
Liczba osób	11 115	13 310	12 685	12 678
Kwota świadczeń w złotych	42 933 941	62 490 027	71 836 972	71 845 683
Zasiłek stały dla osoby w rodzinie				
Liczba osób	3 129	3 428	2 318	2 321
Kwota świadczeń w złotych	5 728 726	8 610 735	6 024 191	6 089 925
ZASIŁEK OKRESOWY				
Liczba osób	37 672	32 405	18 861	19 530
Kwota świadczeń w złotych	55 725 604	63 869 413	36 309 936	38 129 154
W tym:				
Zasiłek okresowy z tytułu długotrwałej choroby				
Liczba osób	3 314	3 134	3 272	3 358
Kwota świadczeń w złotych	2 838 928	2 628 603	3 537 192	3 695 793
Zasiłek okresowy z tytułu niepełnosprawności				
Liczba osób	3 284	3 750	2 826	2 900
Kwota świadczeń w złotych	2 489 842	3 647 893	3 087 843	3 217 337
ZASIŁEK CELOWY OGÓŁEM				
Liczba osób	69 027	54 109	36 397	37 860
Kwota świadczeń w złotych	50 443 033	46 216 111	35 899 522	36 513 141

Źródło: OZPS za lata 2012, 2015 i 2019

Także prognozy na kolejny rok (2020) wskazują na przewidywany dalszy wzrost kwot przeznaczanych na ten cel. Kierunek zmian pozwala przypuszczać, że tendencja taka zostanie utrzymana w latach kolejnych, co może być znaczącym obciążeniem dla budżetów gmin.

Z kolei udzielenie świadczeń niepieniężnych, których katalog został określony w ustawie o pomocy społecznej, nie jest uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego, a jedynie wystąpienia okoliczności faktycznie uzasadniających przyznanie danej pomocy.

Świadczeniami niepieniężnymi, z których najczęściej korzystają osoby starsze są: pobyt i usługi w domu pomocy społecznej (oraz związana z tym odpłatność gminy za pobyt w domu pomocy społecznej), usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i ośrodkach wsparcia, mieszkania chronione. Pośrednio z opieką nad osobą starszą może być również związane opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne – składki te odprowadzane są za osobę, która przy spełnieniu określonych warunków zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem.

Na przestrzeni lat 2010-2019 znacząco wzrosło obciążenie gmin dolnośląskich odpłatnością za pobyt w domach pomocy społecznej osób skierowanych do placówki. Dostępne statystyki z obszaru pomocy społecznej wskazują na znaczny wzrost zarówno w odniesieniu do liczby osób, za które gmina ponosi odpłatność (w 2019r. wzrost o niemal 86% w porównaniu z rokiem 2010), jak i w odniesieniu do kwot, przeznaczanych na ten cel (wzrost o ponad 200% w porównaniu z 2010r.). Prognoza na rok 2020 wskazuje na dalszy wzrost wartości obu statystyk. Szczegółowe dane na ten temat prezentuje poniższa tabela nr 17.

Tabela 17. Odpłatność gminy za pobyt w domu pomocy społecznej

Wyszczególnienie	Rok 2010	Rok 2015	Rok 2019	Prognoza rok 2020
Liczba osób	2 782	4 364	5 172	5 207
Kwota świadczeń w złotych	46 470 879	96 312 283	142 937 590	146 577 529

Źródło: OZPS za 2012, 2015 i 2019r.

Na przestrzeni lat rośnie także liczba osób korzystających z usług opiekuńczych będących jedną z form wsparcia środowiskowego. Usługi opiekuńcze, które stanowią największą część form usługowych mogą być kierowane do osoby samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Mogą być kierowane również do osoby, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi te mogą być realizowane zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w ośrodkach wsparcia, którymi mogą być ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko i dom dla bezdomnych oraz klub samopomocy, rodzinny dom pomocy a także usługi kompleksowo realizowane w domach pomocy społecznej.

Do głównych rodzajów usług opiekuńczych zaliczamy:

1. **usługi opiekuńcze**, które obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi opiekuńcze należą do zadań własnych gminy,
2. **specjalistyczne usługi opiekuńcze** – są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Usługi opiekuńcze należą do zadań własnych gminy,
3. **specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi**, dotyczące tych osób. Zadanie to należy do administracji rządowej, ale wykonanie jest zlecone gminie.

Z usług opiekuńczych w 2019r. skorzystało ogółem 10.310 osób. Mając na względzie obserwowany od roku 2010 trend wzrostu, można przewidywać w 2020r. wzrost zapotrzebowania na świadczenia usług opiekuńczych. Tempo wzrostu liczby świadczeń udzielonych w zakresie usług opiekuńczych w ostatnich latach jest stabilne. Innym aspektem jest cena usług opiekuńczych oraz trudności w pozyskaniu realizatorów tych usług, co wiąże się z pozyskaniem kadry o odpowiednich kwalifikacjach do realizacji usług opiekuńczych.

Wzrost liczby osób korzystających zauważa się w ostatnich latach także w odniesieniu do specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Należy wskazać, że usługi opiekuńcze mogą być świadczone zarówno w miejscu zamieszkania, jak i są realizowane w formie instytucjonalnej, przez ośrodki wsparcia. Warto podkreślić, że gminy różnią się wskaźnikiem liczby osób w wieku poprodukcyjnym, jak i zróżnicowana jest ich sytuacja w dostępie do zasobów instytucjonalnych w postaci placówek i specjalistów, świadczących tego rodzaju usługi. Brak udzielanych świadczeń opiekuńczych może wynikać z niższego wskaźnika osób korzystających z pomocy i wsparcia wśród osób w wieku poprodukcyjnym. Również brak zasobów instytucjonalnych pomocy i wsparcia w danej gminie w formie ośrodka wsparcia czy domu pomocy społecznej, który świadczy usługi opiekuńcze, skutkuje brakiem danych w zakresie świadczenia usługi pobytu oraz usług opiekuńczych świadczonych w publicznych ośrodkach wsparcia na terenie gminy. Należy wspomnieć, że w takich sytuacjach gminy wielokrotnie opłacają pobyt mieszkańców własnej gminy w ośrodkach poza gminą lub powiatem.

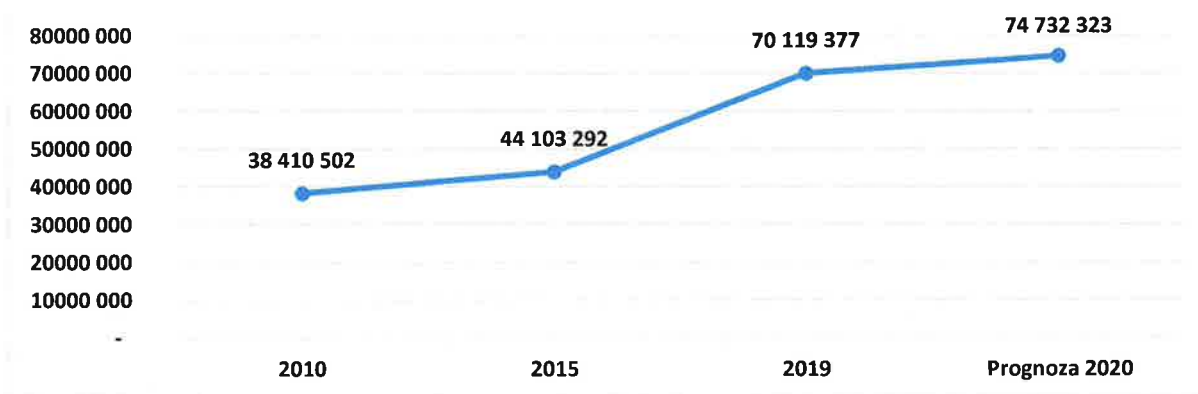
Tabela 18. Osoby korzystające z usług opiekuńczych w latach 2010-2019

Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych	
Lata	Liczba osób
Ogółem	
2010	8 043
2015	8 286
2017	9 911
2018	10 080
2019	10 310
Liczba osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych	
2010	248
2015	145
2017	193
2018	300
2019	317
Liczba osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	
2010	478
2015	390
2017	424
2018	436
2019	442

Źródło: OZPS za 2012, 2015 i 2019r.

Na przestrzeni lat obserwować można także znaczący wzrost środków finansowych przeznaczanych na usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze – z danych OZPS wynika, że w latach 2010-2019 wydatki z budżetów JST w paragrafie 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze zwiększyły się o ponad 80% (patrz wykres nr 27 poniżej).

Wykres 27. Wydatki z budżetów JST w par. 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w latach 2010-2019



Źródło: OZPS za 2012, 2015 i 2019r.

Obok usług opiekuńczych osoby starsze mogą skorzystać z innych form instytucjonalnego wsparcia środowiskowego lub stacjonarnego, w przypadku, gdy wiek i stan zdrowia znacząco ograniczają samodzielne zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych i niezależne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania. Wśród podstawowych form wsparcia instytucjonalnego, z których skorzystać może osoba starsza, uwzględniając realizowane przezeń zadania, znajdują się: ośrodek wsparcia (tu głównie dzienny dom pomocy), mieszkanie chronione, rodzinny dom pomocy społecznej oraz dom pomocy społecznej, choć nie jest to ani pełny, ani zamknięty katalog instytucji, w których senior może poszukiwać pomocy.

Tabela 19. Wybrane instytucje pomocy społecznej w latach 2010-2019

WYSZCZEGÓLNIENIE	rok 2010*	rok 2015*	rok 2017*	rok 2018*	rok 2019*
	liczba placówek ogółem**				
DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ	55	59	58	57	57
OŚRODKI WSPARCIA	93	102	110	120	155
RODZINNE DOMY POMOCY	0	0	0	0	0
MIESZKANIA CHRONIONE	18	26	26	43	71

* obliczenia własne na podstawie danych zawartych w sprawozdaniu MRPiPS-03 za 2010, 2015 i 2017r. oraz dane OZPS za 2019r.
 ** liczba jednostek w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego

Źródło: Sprawozdanie MRPiPS-03 za 2010, 2015 i 2017r. oraz OZPS za 2019r.

Dane statystyczne zamieszczone w powyższej tabeli nr 19 wskazują na systematycznie w ostatnich latach rosnącą liczbę placówek wsparcia środowiskowego (ośrodki wsparcia, mieszkania chronione), przy utrzymującej się na stałym poziomie liczbie placówek wsparcia stacjonarnego (domy pomocy społecznej) i braku rodzinnych domów pomocy społecznej. Liczba ośrodków wsparcia w 2019r. wzrosła o 67% w porównaniu z 2010 rokiem, a mieszkań chronionych o 294%. Tak znacząca dynamika przyrostu liczby nowych placówek świadczyć może o zwiększeniu zapotrzebowania na usługi środowiskowe ze strony mieszkańców województwa dolnośląskiego, przywiązywaniu przez samorządy lokalne coraz większej wagi do roli usług środowiskowych jako ważnego instrumentu wspierania funkcjonowania jednostki w środowisku zamieszkania, z możliwością utrzymania dotychczasowych relacji społecznych, poszukiwaniu tańszych sposobów świadczenia usług dla obywateli czy wreszcie o wykorzystywaniu możliwości sfinansowania nowych placówek ze środków funduszy unijnych. Można przewidywać, że kierunek zmian w tym obszarze zostanie utrzymany, jednak ich dynamika może ulec spowolnieniu, szczególnie w sytuacji ograniczenia środków unijnych na ten cel.

Na koniec 2019r. niemal ¼ (52 placówki) ogółu mieszkań chronionych stanowiły mieszkania chronione wspierane, będące formą pomocy kierowaną do osób niepełnosprawnych, szczególnie osób

niepełnosprawnych fizycznie lub osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób w podeszłym wieku lub przewlekle chorych, obejmującą zakres usług bytowych i pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym oraz realizacji kontaktów społecznych, w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie adekwatnym do jej psychofizycznych możliwości.

W 2019r. w województwie funkcjonowało 36 dziennych domów pomocy, co stanowiło 23,2% ogółu ośrodków wsparcia.

W dolnośląskich domach pomocy społecznej na koniec 2019r. niemal 2/3 (62,7%) ogółu mieszkańców stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej – 3.640 osób (w tym 2.065 kobiet oraz 1.575 mężczyzn). Istniejąca infrastruktura domów pomocy społecznej nie zaspokaja w pełni zapotrzebowania na placówki pobytu stacjonarnego, oferujące usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne osobom, które ze względu na ograniczenie sprawności (wiek, długotrwała lub ciężka choroba, niepełnosprawność fizyczna, umysłowa lub psychiczna) nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w społeczności lokalnej i wymagają stałego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Dane OZPS za lata ubiegłe wskazują na stały deficyt miejsc w placówkach tego typu, a choć liczba osób oczekujących na miejsce w domu pomocy społecznej zmniejszyła się z poziomu 1.195 osób w roku 2013 do poziomu 772 osoby w 2019r., nadal pozostaje wysoka, a biorąc pod uwagę trendy demograficzne, zmniejszającą się opiekuńczą rolę rodziny oraz stagnację w tworzeniu nowych placówek, można przypuszczać, że w najbliższej przyszłości nie ulegnie znaczącej redukcji. Oczywiście obok instytucji publicznych zapewniających opiekę całodobową mogą (i będą) rozwijać się placówki prywatne, jednak korzystanie z ich usług może być powiązane z posiadaniem odpowiednio wysokiego dochodu, co w przypadku części seniorów i ich rodzin może stanowić istotną barierę.

Spośród świadczeń i usług z zakresu pomocy społecznej realizowanych na poziomie powiatu osoby starsze posiadające orzeczenie o niepełnosprawności mogą skorzystać m.in. z pomocy na likwidację barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, z turnusów rehabilitacyjnych, z zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, mogą być również beneficjentami działań w ramach Programu „Aktywny Samorząd” oraz działań z zakresu sportu, kultury, rekreacji i turystyki, kierowanych do osób niepełnosprawnych i dofinansowywanych przez powiatowe JOPS.

Kierunek zmian wskazuje na rosnącą rolę pomocy instytucjonalnej w zaspokajaniu potrzeb osób starszych, szczególnie tych w niekorzystnej sytuacji materialnej i społecznej, co w przyszłości generować będzie dla systemu konieczność zwiększenia nakładów finansowych, osobowych i infrastrukturalnych na wsparcie oferowane tej kategorii osób. W tym kontekście ważnym zagadnieniem dla samorządów lokalnych i samorządu województwa, obok tworzenia narzędzi systemowych mających za zadanie świadczenie usług ukierunkowanych na zapotrzebowanie osób starszych, jest również wspieranie rodziny w pełnieniu funkcji opiekuńczych i tam, gdzie to możliwe, zwiększanie jej wydolności opiekuńczej, co oprócz aspektu deinstytucjonalizacyjnego (wykonywanie funkcji opiekuńczych przez członka rodziny czy inną bliską osobę jest z pewnością dla seniora mniej obciążające psychicznie niż kontakt z opiekunem zatrudnionym przez instytucję), będzie miało również wymiar finansowy (opieka członka rodziny mniej obciąży finansowo system instytucjonalny). By jednak osoby bliskie mogły wywiązywać się z roli opiekuna osoby starszej, warto wyposażać je w wiedzę merytoryczną na ten temat i umiejętności praktyczne oraz zapewnić usługi wspomagające, m.in. opiekę wytchnieniową czy usługi asystenckie.

Jednym z zadań Samorządu Województwa Dolnośląskiego prowadzonych w ramach Wojewódzkiego Programu „Nestor”, realizowanego od 2006r., jest cykliczne prowadzenie we współpracy z samorządami gminy szkoleń dla nieformalnych opiekunów osób starszych. Celem szkolenia jest wzrost wiedzy opiekunów nieformalnych na temat przemian i zagrożeń związanych z wiekiem senioralnym, zwiększenie ich kompetencji opiekuńczych oraz przeciwdziałanie wypaleniu psychicznemu, wynikającemu z obowiązków i obciążeń opiekuńczych.

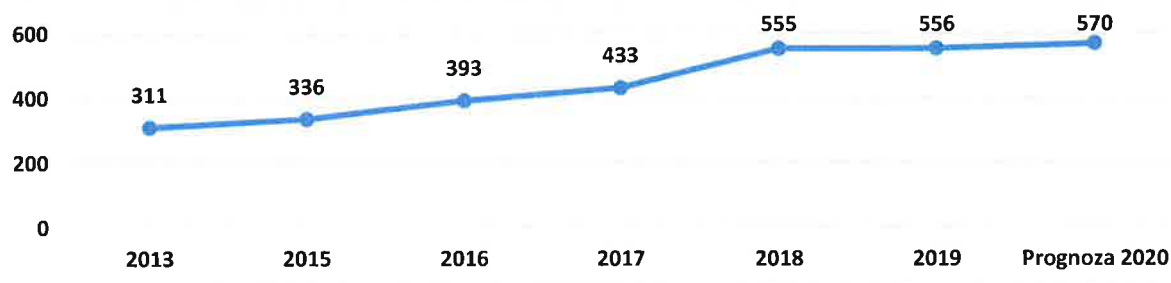
W latach 2011-2019 łącznie zrealizowano 123 edycje jednodniowego, 4-godzinnego szkolenia, w których uczestniczyło 25.566 opiekunów nieformalnych. Ze względu na zgłaszane zapotrzebowanie planuje się kontynuację działania w latach kolejnych.

Aktywność seniorów

Istotnym elementem przemian demograficznych i wzrostu liczby osób starszych w społeczeństwie staje się również proces stopniowego przedefiniowywania roli seniora oraz rosnąca potrzeba aktywności osób starszych w przestrzeni publicznej, chęć rozwijania zainteresowań i kontaktów interpersonalnych. Ograniczenie aktywności zawodowej przestaje być dla wielu seniorów synonimem ograniczenia relacji ze światem zewnętrznym i skupienia się wyłącznie na życiu rodzinnym i prywatnym. Zyskany czas wolny osoba starsza może i często pragnie poświęcić na działania, na które wcześniej nie mogła sobie pozwolić, na zdobywanie nowych doświadczeń i umiejętności, na pielęgnowanie zapomnianych lub nowych zainteresowań, na poznawanie i spędzanie czasu z innymi ludźmi. Świadectwem tej potrzeby rozwoju i afiliacji może być m.in. stale powiększająca się sieć Uniwersytetów Trzeciego Wieku. W województwie dolnośląskim na dzień 30.06.2020r. funkcjonowało 51 UTW (wg danych GUS w roku akademickim 2017/2018 na terenie województwa działało 48 UTW – najwięcej, bo 15 w formie stowarzyszeń oraz 13 UTW powołanych przy szkołach wyższych i 12 przy domach i ośrodkach kultury).

Uzupełnieniem funkcjonowania UTW jest tworzenie i prowadzenie klubów i miejsc spotkań dla seniorów. Z danych OZPS wynika, że na przestrzeni ostatnich lat obserwowany jest stały i systematyczny przyrost ich liczby, choć powoli zmniejsza się dynamika przyrostu liczby nowych placówek. W roku 2013 w województwie dolnośląskim funkcjonowało 311 klubów i miejsc spotkań dla seniorów i w każdym kolejnym roku sprawozdawczym odnotowywano przyrost ich liczby. Do roku 2019 nastąpił wzrost ich liczby aż o 245 placówek w porównaniu z 2013r. (niemal 80%), a w roku 2020 planowany jest wzrost o 14 kolejnych placówek. Szczegółowe dane na ten temat prezentuje poniższy wykres nr 28.

Wykres 28. Liczba klubów i miejsc spotkań dla seniorów w latach 2013-2020



Źródło: OZPS za lata 2013-2019

Co istotne, kluby i inne miejsca spotkań dla seniorów nie powstają wyłącznie w dużych ośrodkach miejskich, ale rozwijają się również na obszarach wiejskich, choć nie są dostępne we wszystkich gminach województwa dolnośląskiego. W 2019r. w 12 gminach województwa dolnośląskiego funkcjonowało po 10 lub więcej klubów i innych miejsc spotkań dla seniorów – najwięcej we Wrocławiu – 145 placówek, a ich liczba w perspektywie lat 2018-2020 pozostawała stabilna, co świadczyć może o wpisaniu się tych placówek na stałe w lokalną infrastrukturę oraz o spełnianiu ważnej roli w życiu seniorów. Szczegółowe dane na ten temat prezentuje poniższa tabela nr 20.

Tabela 20. Gminy województwa dolnośląskiego z największą (10 placówek i więcej) liczbą klubów i innych miejsc spotkań dla seniorów w latach 2018-2020

LP.	GMINA	POWIAT	TYP GMINY	ROK 2018	ROK 2019	PROGNOZA ROK 2020
1.	M. Wrocław	m. Wrocław	miejska	143	145	145

2.	Bolesławiec	bolesławiecki	wiejska	29	25	25
3.	Kondratowice	strzeliński	wiejska	19	19	19
4.	Miękinia	średzki	wiejska	17	17	17
5.	Bolesławiec	bolesławiecki	miejska	15	15	15
6.	Bolków	jaworski	miejsko-wiejska	13	13	13
7.	Dzierżoniów	dzierżoniowski	wiejska	11	12	13
8.	Głogów	głogowski	miejska	10	11	11
9.	Paszowice	jaworski	wiejska	11	11	11
10.	Lubawka	kamiennogórski	miejsko-wiejska	11	11	11
11.	Lubin	lubiński	wiejska	11	11	11
12.	Jemielno	górowski	wiejska	10	10	10
Razem:				300	300	301

Źródło: OZPS za 2019r.

Miejsca spotkań dla seniorów w 2019r. brakowało w 46 ze 169 gmin dolnośląskich (w 2018r. – w 44) – w tym w 5 gminach miejskich (Piechowice, Chojnów, Lubin, Jedlina-Zdrój, Zawidów), 14 gminach miejsko-wiejskich (Nowogrodziec, Wąsosz, Lądek-Zdrój, Szczytna, Prochowice, Ścinawa, Bierutów, Międzybórz, Jelcz-Laskowice, Przemków, Wiązów, Brzeg Dolny, Bogatynia, Świerzawa) oraz 27 gminach wiejskich (Warta Bolesławiecka, Głogów, Pęcław, Żukowice, Niechlów, Męcinka, Mściwojów, Wądroże Wielkie, Stara Kamienica, Kamienna Góra, Marciszów, Lewin Kłodzki, Nowa Ruda, Krotoszyce, Legnickie Pole, Ruja, Platerówka, Dobroszyce, Oleśnica, Udanin, Czarny Bór, Wińsko, Jordanów Śląski, Żórawina, Ciepłowody, Zgorzelec i Pielgrzymka).

Aktywność obywatelska seniorów przejawia się m.in. w działalności rad senioralnych. Przy Marszałku Województwa Dolnośląskiego w 2018r. powołano Dolnośląską Społeczną Radę Senioralną (DSRS), będącą organem doradczym i inicjatywnym regionalnej polityki na rzecz osób starszych. Rady seniorów działają również przy samorządach lokalnych gmin i powiatów. Z informacji udostępnionych przez DSRS wynika, że aktualnie w województwie dolnośląskim działa 46 lokalnych rad senioralnych, w zdecydowanej większości są to rady gminne.

Osoby starsze wyrażają również potrzeby związane z aktywizacją kulturową, turystyczno-krajoznawczą, sportową i znaczna część podmiotów prowadzących działania na rzecz osób starszych w takim czy innym zakresie wychodzi naprzeciw tym oczekiwaniom. Jednak skala zapotrzebowania często jest większa niż możliwości tych podmiotów, co wynika głównie ze względu na dysponowanie ograniczoną pulą środków finansowych na ten cel. Także Samorząd Województwa Dolnośląskiego wspiera aktywność kulturową seniorów w ramach Wojewódzkiego Programu „Nestor”. We współpracy z dolnośląskimi instytucjami kultury (m.in. Filharmonią Wrocławską/Narodowym Forum Muzyki we Wrocławiu, Teatrem Polskim we Wrocławiu, Filharmonią Sudecką itp.) organizowane są cyklicznie przedsięwzięcia kulturalne (koncerty muzyki poważnej, spektakle) dla seniorów oraz ich rodzin. Celem tej inicjatywy jest aktywizacja kulturalna seniorów oraz ich integracja ze społeczeństwem. Z perspektywy seniorów, szczególnie tych z mniejszych miejscowości, jest to ważne działanie, umożliwiające im nie tylko uczestniczenie w wydarzeniu kulturalnym, ale mające również walor poznawczy (możliwość zwiedzenia Wrocławia) i społeczno-integracyjny (przebywanie z innymi ludźmi, konieczność przygotowania się do wyjazdu, itp.).

W latach 2010-2019 zorganizowano 26 przedsięwzięć kulturalnych, w których uczestniczyło łącznie około 12.700 osób starszych i ich rodzin.

Kwestią istotną w kontekście przemian demograficznych zachodzących w społeczeństwie polskim i społeczności Dolnego Śląska staje się także propagowanie zasad „dobrego starzenia się”, pozwalających na zachowanie jak najdłużej sprawności psychofizycznej i intelektualnej oraz funkcjonalnej samodzielności. W cyklu „Biblioteka Nestora”, utworzonej w ramach Programu „Nestor”, prezentowane są publikacje poświęcone

istotnym aspektem związanym z procesem starzenia się oraz propagowaniu zasad „dobrego starzenia się”. Wszystkie publikacje skierowane są do szerokiego grona odbiorców: osób starszych, ich rodzin, organizacji pozarządowych działających na rzecz seniorów oraz profesjonalistów (m.in. pracowników socjalnych, lekarzy, pielęgniarek środowiskowych, opiekunów), którzy na co dzień pracują z seniorami.

Do 2019r. w ramach serii „Biblioteka Nestora” wydano 11 tytułów popularyzujących istotne zagadnienia związane z „dobrym starzeniem się” – łączny nakład wszystkich publikacji to 76.500 egzemplarzy, które zostały nieodpłatnie przekazane mieszkańcom Dolnego Śląska.

Wszystkie te publikacje są dostępne w wersji „do pobrania” na stronie internetowej DOPS w zakładce publikacje <http://dops.wroc.pl/publikacje.php>

Podsumowując, biorąc pod uwagę obserwowane w Europie, w Polsce i w województwie dolnośląskim trendy demograficzne (niski przyrost naturalny, postępujące starzenie się populacji), wydaje się, iż kierunek zmian jednoznacznie wskazuje na konieczność tworzenia strategii i polityk senioralnych skupiających się na zapewnieniu opieki rosnącej liczbie osób o ograniczonej sprawności i niesamodzielnych oraz tworzeniu form wsparcia opiekunów nieformalnych (głównie członków rodzin) w pełnieniu funkcji opiekuńczych. Równie istotną kwestią w perspektywie seniorów staje się tworzenie osobom starszym możliwości rozwoju osobistego na tym etapie życia oraz uczestnictwa w życiu społecznym i kulturowym. Ważnym działaniem w tym kontekście jest pobudzanie inicjatyw oddolnych i samoorganizacyjnych środowisk senioralnych, jak również tworzenie mechanizmów aktywnego włączenia seniorów w proces tworzenia i realizacji samorządowych polityk senioralnych, tak by nie byli oni wyłącznie odbiorcami działań do nich kierowanych, ale ich współtwórcami.

Niezbędne wydaje się również promowanie w społeczeństwie zasad zdrowego, zrównoważonego stylu życia oraz popularyzacja zasad zdrowego starzenia się nie tylko wśród seniorów, ale głównie w młodszych kategoriach wiekowych, tak by zachowania te profitowały w wieku senioralnym. Zagadnienia te swym zasięgiem znacznie wykraczają poza możliwości samorządów lokalnych i regionalnych, stąd istotne wydaje się tworzenie polityk senioralnych na szczeblu krajowym, w które samorządy i inne podmioty mogłyby w sposób komplementarny się włączać.

Wpływ pandemii Covid-19 na sytuację osób starszych

Populacja osób starszych w sposób szczególny została dotknięta pandemią Covid-19. Pandemia w sposób niekorzystny wpłynęła na stan zdrowia wielu seniorów, głównie ze względu na zwiększone ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (koronawirusem), ale również ze względu na ograniczone możliwości korzystania z podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Zwłaszcza w okresie nasilonego występowania wirusa, kiedy wprowadzony został częściowy/całkowity lockdown, korzystanie ze świadczeń służby zdrowia mogło napotykać szereg utrudnień i ograniczeń w dostępie do lekarzy, diagnostyki medycznej czy rehabilitacji. W przypadku osób starszych, których stan zdrowia częściej niż w przypadku osób młodszych wymaga systematycznej kontroli i kontaktu ze służbą zdrowia, ograniczony dostęp do bezpośredniej relacji z lekarzem może nieść ryzyko pogorszenia stanu zdrowia.

Seniorzy, ze względu na ograniczenia sprawności funkcjonalnej czy brak osób bliskich, mogli doświadczać również problemów z zaspokajaniem podstawowych potrzeb życiowych. Mogły one być związane np. zaopatrzeniem w produkty spożywcze i inne artykuły pierwszej potrzeby, zaopatrzeniem w środki dezynfekcji i ochrony przed koronawirusem, ale też być wynikiem ograniczonej możliwości realizacji potrzeby afiliacji, doświadczenia stresu, niepokoju czy samotności, wynikających z braku rodziny lub przestrzennego oddalenia, będącego konsekwencją lockdownu. Doświadczenia te mogą przyczyniać się do wystąpienia lub pogłębienia się anhedonii (obniżonej zdolności do odczuwania radości i przyjemności) czy depresji u seniorów.

Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (JOPS), szczególnie te działające na poziomie gminy, starały się minimalizować doświadczone przez osoby starsze deficyty w zakresie zaspokajania potrzeb dnia

codziennego, szczególnie poprzez zapewnienie podstawowych dóbr użytkowych, niezbędnych w okresie pandemii. JOPS uruchamiały specjalne linie telefoniczne, gdzie osoby potrzebujące (nie tylko starsze) mogły zgłosić zapotrzebowanie na pomoc, telefony zaufania i wsparcia, prowadziły dyżury, organizowały społeczność lokalną w celu wsparcia osób potrzebujących, dostarczały zaopatrzenie do miejsca zamieszkania osób potrzebujących, zaopatrywały osoby potrzebujące w środki ochrony przed wirusem.

Innym wymiarem związanym z możliwością zaspokajania potrzeb przez seniorów, który stał się zauważalny w okresie pandemii, jest ograniczony dostęp seniorów do komunikacji cyfrowej, szczególnie do Internetu. Poprzez ograniczenie możliwości przemieszczania się i kontaktów bezpośrednich, możliwość realizacji wielu usług i aktywności skupiła się w przestrzeni wirtualnej. Zakupy przez Internet, opłacanie rachunków i generalnie korzystanie z bankowości elektronicznej, rozliczenie podatków, rejestracja do usług medycznych i na szczepienie, korzystanie z mediów społecznościowych – te i inne aktywności okazały się niedostępne dla wieku osób starszych, czy to przez brak sprzętu komputerowego, brak dostępu do Internetu, czy przez nieumiejętność korzystania z możliwości wirtualnego zaspokajania potrzeb. Pandemia wykazała, że konieczne jest przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu seniorów, tak by nie byli oni uzależnieni od innych, w sytuacji gdy istnieją narzędzia mogące ułatwić im samodzielne zaspokajanie swoich potrzeb.

Wiedza na temat wpływu pandemii koronawirusa na codzienność osób starszych i możliwości zaspokajania przez nie potrzeb, jest póki co, mocno ograniczona. Brak danych statystycznych nie pozwala na dokonanie pogłębionych analiz na temat wpływu pandemii na życie codzienne seniorów w województwie dolnośląskim. Dostępne dane statystyk publicznych ujmują to zagadnienie głównie w perspektywie ogólnokrajowej, bez uwzględniania różnicowań regionalnych.

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

W Polsce najczęściej funkcjonują dwie definicje niepełnosprawności, również wykorzystywane do celów statystycznych:

Niepełnosprawność prawna – wynika z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Za osobę z niepełnosprawnością według tej definicji uznaje się osobę posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawnioną instytucję. W przypadku osób, które ukończyły 16 rok życia orzeka się o stopniu niepełnosprawności. Dzieci do 16 roku życia zalicza się do osób z niepełnosprawnością bez określania stopnia niepełnosprawności. Orzekaniem o niepełnosprawności zajmuje się ZUS do celów rentowych. Orzekaniem o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności zajmują się powiatowe i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Prawne potwierdzenie statusu osoby z niepełnosprawnością umożliwia korzystanie przez te osoby i ich opiekunów ze świadczeń i uprawnień m.in. takich jak odliczenia podatkowe, zasiłki, ulgowe przejazdy, umieszczenie w domu pomocy społecznej, pomoc instytucjonalna. Szerokopojęte orzecznictwo pozwala ukierunkować działania osoby z niepełnosprawnością bądź jej opiekunów związane z prowadzoną terapią i rehabilitacją.

Niepełnosprawność biologiczna – za osobę z niepełnosprawnością wg tego określenia (głównie na potrzeby badawcze, statystyczne GUS) uznaje się osobę, która odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, wypoczynek, „samoobsługa” itp.), ale nie posiada prawnego orzeczenia niepełnosprawności. O niepełnosprawności biologicznej mówimy na podstawie subiektywnej deklaracji osoby, która odczuwa ograniczenia sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku.

Definicja stosowana przez WHO przyjmuje, że do osób z niepełnosprawnością zaliczają się osoby, z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym na równych zasadach z innymi obywatelami. Definicja zawarta w Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku, którą rząd Polski podpisał 20 marca 2007 r., a jej ratyfikacja przez Polskę miała miejsce 6 września 2012r. określa osobę z niepełnosprawnością tożsamo w Artykule 1 Cel „Do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.”

W ramach państw wchodzących w skład Unii Europejskiej nie wypracowano jednolitej definicji niepełnosprawności. Każdy kraj stosuje własne definicje niepełnosprawności i własne kryteria orzekania o niepełnosprawności. Obszar orzekania pozostaje w kompetencjach każdego z krajów Wspólnoty. Osoba uznana w jednym z krajów za posiadającą niepełnosprawność, w innym takiego statusu prawnego nie posiada. Konsekwencją braku wspólnej dla krajów Unii Europejskiej definicji jest niejednolity system orzekania o niepełnosprawności. Należy podkreślić, że niepełnosprawność nie jest już rozumiana tylko jako skutek przebytej choroby czy urazu. Jest ona przede wszystkim rezultatem barier, na jakie napotyka w społeczeństwie osoba z niepełnosprawnością.

W związku z tym, w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*) ankietowane osoby deklarują niepełnosprawność biologiczną w stopniu poważnym jak i mniej poważnym, w odniesieniu do niemożności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, przez okres co najmniej ostatnich 6 miesięcy.

GUS wyróżnia trzy grupy osób z niepełnosprawnością, stosowane do kryterium statystycznego:

1. Osoby z niepełnosprawnością określoną prawnie i deklaratywnie biologicznie; 2. Osoby z niepełnosprawnością tylko z orzeczeniem prawnym; 3. Osoby z niepełnosprawnością tylko deklarowaną biologicznie. W zależności od przyjętej definicji niepełnosprawności i sposobu jej mierzenia (deklaracja osobista, konieczność wykazania się orzeczeniem) różnie kształtuje się udział tej grupy osób w społeczeństwie.

Charakterystyka demograficzna

Podstawowe dane statystyczne

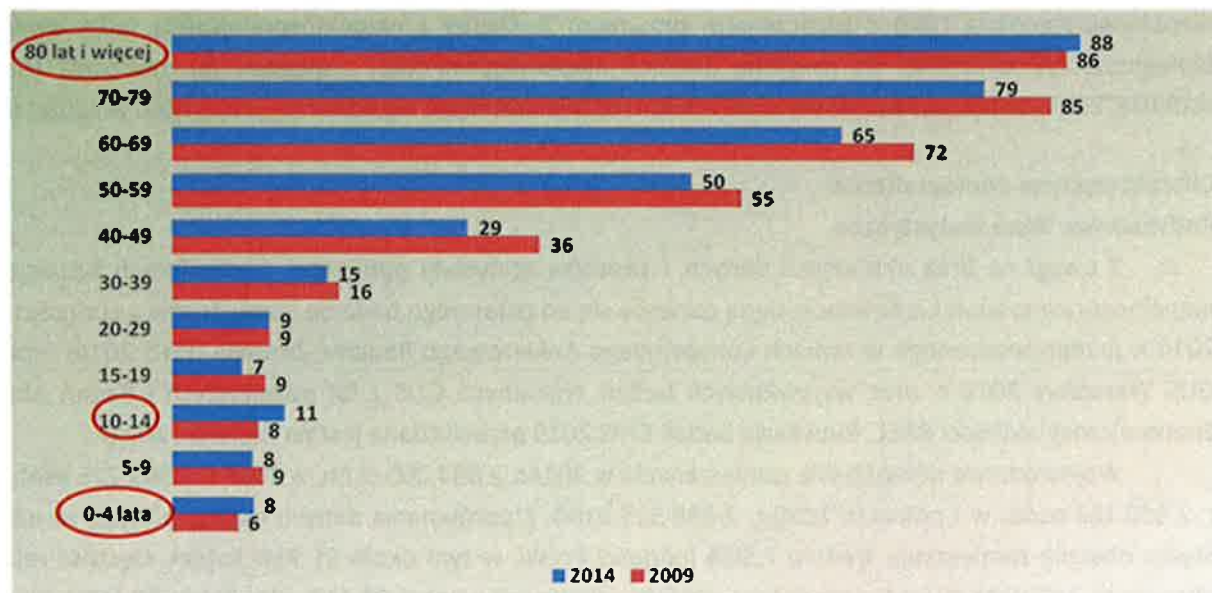
Z uwagi na brak aktualnych danych z zasobów statystyki publicznej, obrazujących sytuację osób z niepełnosprawnościami, informacje będą odnosiły się do ostatniego badania Stanu Zdrowia Ludności Polski w 2014 r. przeprowadzonego w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS 2014) – publikacja GUS Warszawa 2016 r. oraz wrywkowych badań sygnalnych GUS z lat późniejszych i Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL. Publikacja badań EHIS 2019 przewidziana jest na czerwiec 2021r.

Województwo dolnośląskie zamieszkiwało w 2014r. 2 884 300 osób, w 2018 r. 2 901 225 osób, w 2019 r. 2 900 163 osób, w I półroczu 2020 r. 2 898 525 osób. Z porównania danych można przyjąć, że na Dolnym Śląsku obecnie zamieszkuje średnio 7,56% ludności Polski, w tym około 51,91% kobiet. Gęstość zaludnienia obszaru to 145 osób/1 km², natomiast wskaźnik urbanizacji wynosi 68,44% (dla Polski 60,10%). Na Dolnym Śląsku ludność w wieku przedprodukcyjnym stanowiła w 2018r. 17,0%, w 2019r. 17,10% ludności ogółem (wskaźnik dla Polski 18,1% w 2018 r.). W stosunku do 2016 r. nastąpił wzrost udziału tej grupy wiekowej o 1,3%. Ludność w wieku produkcyjnym stanowiła w 2018 r. 60,4%, w 2019r. 59,80% ludności ogółem (wskaźnik dla Polski 60,6% w 2018 r.). W stosunku do 2016 r. nastąpił spadek udziału tej grupy wiekowej o 3,2%. Ludność w wieku poprodukcyjnym stanowiła w 2018r. 22,6%, w 2019r. 23,10% ludności ogółem (wskaźnik dla Polski 21,4% w 2018 r.). W stosunku do 2016 r. nastąpił wzrost udziału tej grupy wiekowej o 6,8%. Wskaźniki te jednoznacznie wskazują na starzenie się społeczeństwa Dolnego Śląska.

Według badania EHIS w Polsce częstość występowania niepełnosprawności biologicznej wg kryterium unijnego rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. Według kryteriów unijnych wśród pięćdziesięciolatek co czwarta osoba została zaliczona do grupy osób z niepełnosprawnościami, a wśród siedemdziesięciolatek prawie 3/5 zbiorowości. Biologiczny aspekt niepełnosprawności widać wyraźnie jeżeli uwzględni się również inne cechy, także i te świadczące o braku zdrowia. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni zaliczane są do populacji osób z niepełnosprawnościami – prawie co piąta kobieta i tylko co szósty mężczyzna. Jedynie co siódma osoba ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, większość jako taki sobie lub bardzo zły czy zły, a u ponad 96% osób tak wyodrębnionych występują długotrwałe problemy zdrowotne⁵⁸.

⁵⁸ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Warszawa 2016, s. 107

Wykres 29. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według wieku (w %)

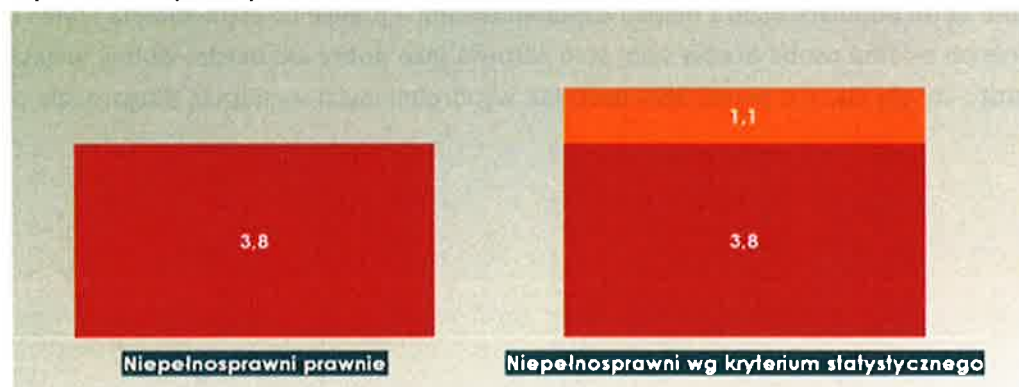


Źródło: Prezentacja „Wstępne wyniki europejskiego ankietowego badania zdrowia w 2014 r. – GUS grudzień 2015r.

W Województwie Dolnośląskim pod koniec 2014r. liczba osób z niepełnosprawnościami była porównywalna z przeciętną populacji w skali kraju. W 2014r. odnotowano 372 100 osób z niepełnosprawnościami, co stanowiło 12,90% ogółu ludności województwa (w kraju 4 908 100 osób, co stanowiło również 12,9% ogółu ludności). W tej liczbie w województwie, osoby z niepełnosprawnością orzeczoną prawnie to 7,2% (w kraju 6,4%), osoby wg kryterium tylko biologicznego 2,1% (w kraju 2,9%), osoby wg kryterium prawnego i biologicznego 3,6% (w kraju 3,6%).

W przeciągu ostatnich 5 lat populacja osób niepełnosprawnych prawnie zmniejszyła się o ponad 350 tys. W 2014r. orzeczenie o niepełnosprawności posiadał co 10 Polak, niezależnie od płci. Ile osób z niepełnosprawnościami żyje w Polsce w zależności od przyjętego kryterium – poniżej dane w mln osób.

Wykres 30. Niepełnosprawność w 2014 r. w Polsce



Źródło: Prezentacja „Wstępne wyniki europejskiego ankietowego badania zdrowia w 2014r. – GUS grudzień 2015r.

Znacząco ponad średnią krajową niepełnosprawność występuje u osób z województw: warmińsko-mazurskiego 14,7%, zachodniopomorskiego 15,1%, łódzkiego 15,7% i lubuskiego 17,2%. Prawdopodobnie jest to wynikiem migracji wewnętrznej i zewnętrznej ludności tych województw. Znacząco mniejszy wskaźnik osób z niepełnosprawnościami występuje w województwach: mazowieckim 10,1% i opolskim 10,7%. Biorąc pod uwagę stałą tendencję starzenia się społeczeństwa i ujemny wskaźnik demograficzny na Dolnym Śląsku,

wskaźnik procentowy udziału osób z niepełnosprawnościami w ogólnej populacji ludności z pewnością nie zmaleł.

Wykres 31. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej wg województw w 2014r. (w %)



Źródło: Prezentacja „Wstępne wyniki europejskiego ankiety badania zdrowia w 2014 r. – GUS grudzień 2015 r.

Tabela 21. Udział osób z niepełnosprawnością wg kryterium statystycznego w określonych grupach wiekowych

WIEK [lata]	0 – 14				15 – 29				30 – 49			50 – 69			≥ 70		
	PRAWNA I BIOLOGICZNA	PRAWNA	BIOLOGICZNA	PRAWNA I BIOLOGICZNA	PRAWNA	BIOLOGICZNA	PRAWNA I BIOLOGICZNA	PRAWNA	BIOLOGICZNA	PRAWNA I BIOLOGICZNA	PRAWNA	BIOLOGICZNA	PRAWNA I BIOLOGICZNA	PRAWNA	BIOLOGICZNA		
Dolny Śląsk	4,4%				4,8%				3,9%			20,1%			45,2%		
	1,2%	2,7%	0,5%	1,3%	2,9%	0,7%	0,5%	2,8%	0,6%	4,0%	13,7%	2,3%	19,0%	15,9%	10,3%		
Polska	3,7%				3,7%				6,7%			20,6%			42,0%		
	1,0%	2,2%	0,5%	0,9%	2,1%	0,6%	1,6%	3,8%	1,3%	5,3%	11,7%	3,6%	13,8%	14,5%	13,7%		

Źródło: GUS Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r., dane z tabl. W/28 Osoby niepełnosprawne wg kryterium statystycznego

Powyższa tabela obrazuje bardzo znaczny wzrost częstości występowania niepełnosprawności wg kryterium statystycznego wraz z wiekiem po ukończeniu 50 roku życia. Na Dolnym Śląsku gwałtownie rośnie udział osób z niepełnosprawnościami wśród osób po 50 roku życia (co piąty mieszkaniec) oraz w grupie wiekowej powyżej 70 roku życia, blisko co drugi mieszkaniec Dolnego Śląska odczuwa niepełnosprawność organizmu.

W 2014r. niepełnosprawność biologiczną wg kryteriów stosowanych w Unii Europejskiej zadeklarowało 586.000 Dolnoślązaków, czyli 20,3% ogółu ludności województwa tj. osób, które zadeklarowały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują i mają poważne jak i mniej poważne ograniczenia powodujące niemożność wykonywania czynności jw. przez okres co najmniej ostatnich

6 miesięcy. W tej grupie poważne ograniczenia zadeklarowało 162 400 osób (5,6%), natomiast ograniczenia mniej poważne zadeklarowało 423.600 osób (14,7%). W porównaniu, w Polsce niepełnosprawność biologiczną wg kryteriów Unii Europejskiej zadeklarowało 7.689.800 osób, czyli 20,20% ogółu ludności kraju. Poważne ograniczenia zadeklarowało 2.464.800 osób (6,5%) i ograniczenia mniej poważne zadeklarowało 5.225.000 osób (13,7%). Po analizie danych nasuwa się wniosek, że wskaźniki dla ludności Dolnego Śląska znacząco nie odbiegają od wskaźników krajowych. Według danych GUS z roku 2009 osoby z niepełnosprawnością to (według kryterium NSP) 14,2% mieszkańców województwa dolnośląskiego, w porównaniu z 13,9% w całym kraju.

Samorząd Województwa Dolnośląskiego od lat wspiera działania dążące do niezależnego życia osób z niepełnosprawnościami. Już w 2012 r. zauważono pilną potrzebę wsparcia usług asystencji osobistej osób niepełnosprawnych. Z roku na rok, przy wsparciu ze środków UE oraz samorządu województwa, coraz więcej osób mogło skorzystać z tego typu wsparcia. Coraz więcej dolnośląskich organizacji pozarządowych ubiegało się o środki na rozpowszechnienie i zapewnienie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami. Podobnie wygląda wsparcie usług opieki/przerwy wytchnieniowej. Na terenie Dolnego Śląska jest kilka prężnych organizacji, które korzystając z dotacji zapewniają rodzinom ten rodzaj pomocy. Finansowanie wsparcia tego typu usług możliwe jest zarówno ze środków zewnętrznych jak i krajowych (DWUP - środki EFS/DUW - Fundusz Solidarnościowy/SW - środki PFRON oraz BWD).

Niezależnie od tego na Dolnym Śląsku rozwija się rehabilitacja zawodowa osób z najcięższymi niepełnosprawnościami. Od 2009 r. podwoiła się ilość Zakładów Aktywności Zawodowej (ZAZ), gdzie zatrudnienie wzrosło z 147 osób łącznie w 4 ZAZ w 2008 r. do 341 osób łącznie w 8 ZAZ w 2020 r. Samorząd Województwa przykłada dużą wagę do wspierania organizacji pozarządowych w realizacji ich zadań statutowych zarówno w obszarze rehabilitacji społecznej jak i zawodowej. W ramach zadań ustawowych, ze środków PFRON będących w dyspozycji Województwa, dofinansowywane są roboty budowlane znacznie poprawiające warunki techniczne oraz funkcjonalno-użytkowe w różnych obiektach służących rehabilitacji, w których korzysta wiele osób z niepełnosprawnościami.

Samorząd Województwa przykłada dużą wagę do działań informacyjno-promocyjnych w ramach kampanii medialnej „Nie ma barier Dolny Śląsk”. Przy współpracy z mediami łamane są stereotypy postrzegania osób z niepełnosprawnościami. Przy wsparciu Samorządu Województwa Dolnośląskiego organizowane są Dolnośląskie Konwenty Osób z Niepełnosprawnościami i szereg innych wydarzeń dążących do zapewnienia równoprawnego i niezależnego życia. Ścisłe są z tym związane również działania zmierzające ku poprawie dostępności usług społecznych.

Sytuacja społeczna osób z niepełnosprawnościami oraz ich dobrostan psychiczny

Kompleksowym projektem badawczym w obszarze niepełnosprawności było ogólnopolskie badanie jakościowo-ilościowe zrealizowane w okresie 01.03.2017 r. – 12.05.2017 r. na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Celem projektu było zdiagnozowanie potrzeb osób z niepełnosprawnościami z punktu widzenia tych osób w zaspokajaniu ich potrzeb. Przedstawiono sytuację osób z niepełnosprawnościami w różnych obszarach funkcjonowania, takich jak: rehabilitacja, edukacja, integracja, praca, komunikacja, informacja oraz mieszkalnictwo. Badaniem zostały objęte osoby z niepełnosprawnością prawną posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) w wieku 14-60 lat. W opracowaniu wydzielono grupy osób uwzględniające następujące rodzaje niepełnosprawności: osoby z niepełnosprawnością wzroku, osoby z niepełnosprawnością słuchu, osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu, osoby psychicznie chore oraz osoby z upośledzeniem umysłowym. Wynikiem badania jest publikacja „*Badanie społeczne osób niepełnosprawnych*” – Raport końcowy 18.05.2017r. Wykonawca raportu: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka.

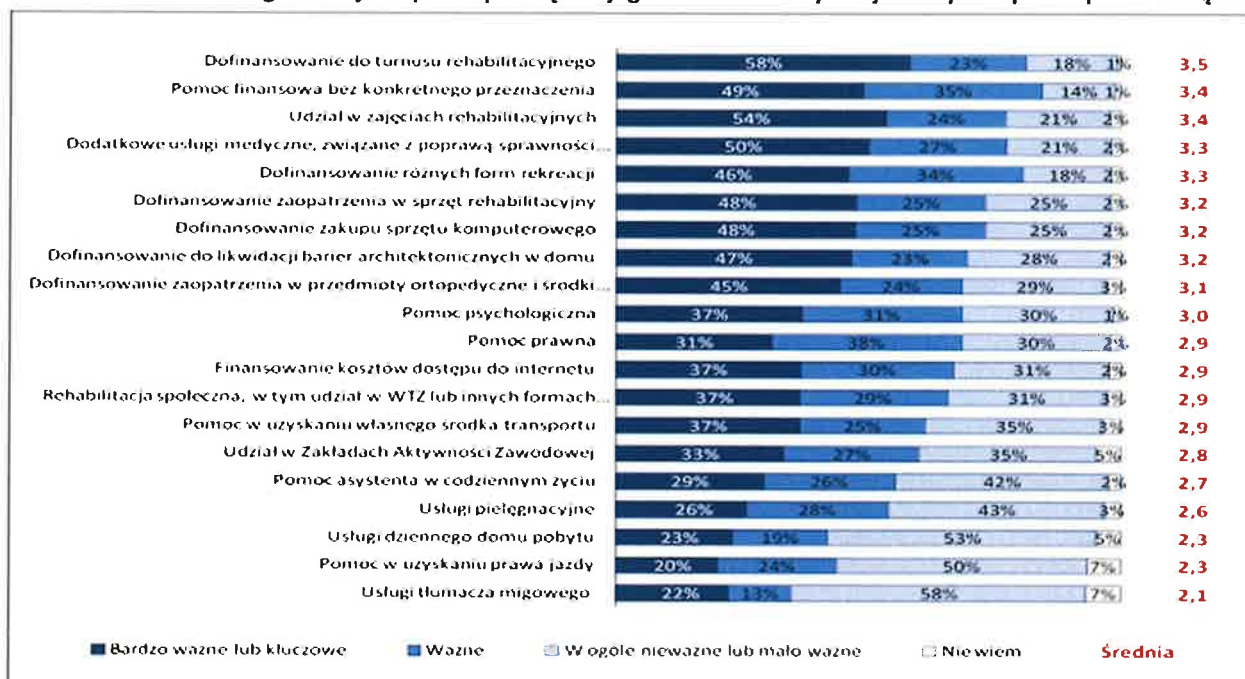
Autorami raportu są: Marzena Sochańska-Kawiecka – kierownik projektu oraz Zuzanna Kołakowska-Seroczyńska, Dorota Zielińska, Edyta Makowska-Belta i Piotr Ziewiec.

Tak kompleksowo przeprowadzone badanie pozwoliło zespołowi na sformułowanie syntetycznego obrazu „Ogólnej sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych: Zrealizowane badanie pokazuje, iż populacja osób niepełnosprawnych nie jest jednorodna. Różne są problemy, z którymi borykają się badani, ale i zarazem sposoby radzenia sobie z nimi.”

Mając na względzie wykazaną wcześniej zbliżoną wartość wskaźników krajowych i dla Dolnego Śląska można założyć, że badanie jest reprezentatywne również dla Dolnoślązaków.

Potrzeby osób niepełnosprawnych związane z niepełnosprawnością

Tabela 22. Ocena różnego rodzaju wsparcia pod kątem jego ważności dla sytuacji osoby z niepełnosprawnością w Polsce



Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017 r., Skala: [1] W ogóle nieważne, [5] Kluczowe. N=966

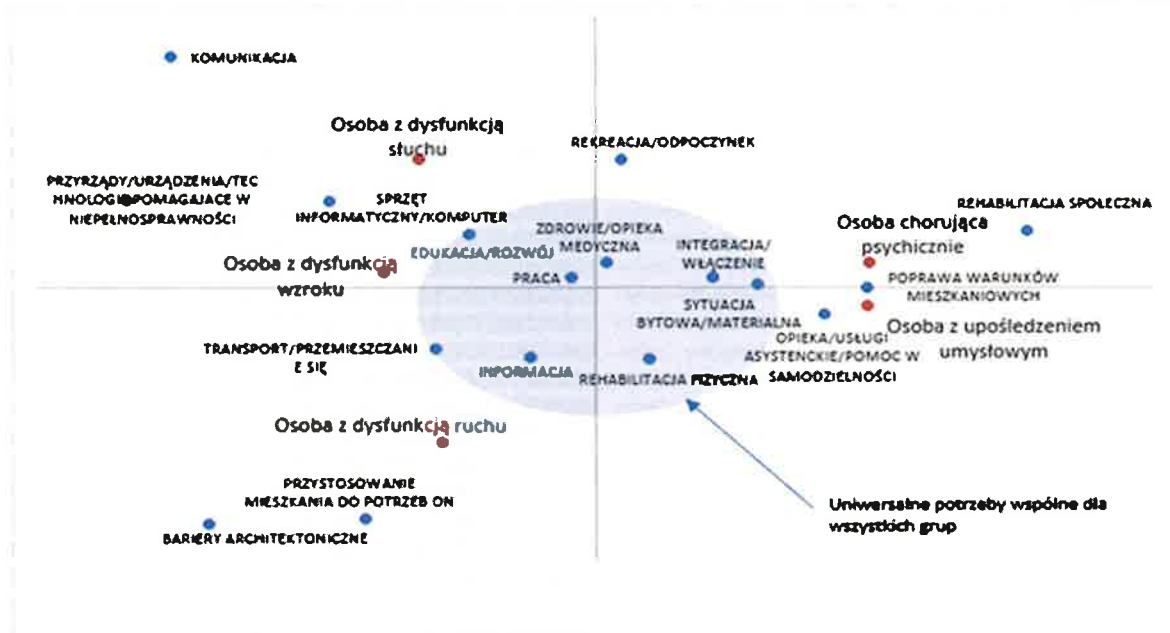
Jak wynika z prezentowanej tabeli hierarchia ważności w dużej mierze wynika z faktu, że wśród badanych osób z niepełnosprawnością przeważają osoby z niepełnosprawnością ruchową, dla których rehabilitacja oraz dodatkowe usługi medyczne są bardzo ważne. Dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz chorujących psychicznie najważniejsze jest wsparcie psychologiczne. Jak wynika z badań PFRON z 2017 r. dla osób z niepełnosprawnością słuchową najistotniejsza jest natomiast pomoc finansowa, a dla osób z niepełnosprawnością wzrokową dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego.

Część instrumentów jest szczególnie istotna tylko dla osób o określonym typie niepełnosprawności np. pomoc asystenta oraz rehabilitacja społeczna dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Pomoc w uzyskaniu własnego środka transportu jest ważna tylko dla osób z niepełnosprawnością ruchową natomiast dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w domu/mieszkanie dla osób z niepełnosprawnością ruchową i wzrokową. Należy wskazać na cztery instrumenty, których ważność jest mniejsza w zasadzie dla wszystkich grup – są to pomoc w uzyskaniu prawa jazdy, udział w Zakładach Aktywności Zawodowej, usługi

pielęgnacyjne oraz usługi dziennego domu pobytu. Za instrumenty ważne i uniwersalne należy uznać natomiast pomoc finansową, prawną i psychologiczną⁵⁹.

Ze wskazanego zestawienia ważności instrumentów należy wyłączyć osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi i chorobami psychicznymi, które deklarują, iż chciałyby pracować, jednak często one i ich opiekunowie mają małą lub żadną wiedzę, co to są Zakłady Aktywności Zawodowej. Stąd wskazują na mniejszą ważność tego elementu. Po lekturze cytowanego powyżej raportu „Badania ...” nasuwa się wniosek: gdy osoby te, mają doświadczenie z pracą stwierdzają, że lubią tego rodzaju aktywność. Jest to wskazanie do rozwijania tego typu aktywności i rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami.

Mapa 11. Mapa zależności pomiędzy wagą potrzeb, a rodzajem niepełnosprawności



Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa, s. 75, N=966

Na podstawie mapy nr 11 należy stwierdzić, że istnieje zestaw potrzeb, które są uniwersalne dla wszystkich grup osób z niepełnosprawnością – do tego zestawu zalicza się przede wszystkim praca i zdrowie, ale także sytuacja bytowa/materialna, rehabilitacja fizyczna, integracja, transport i edukacja.

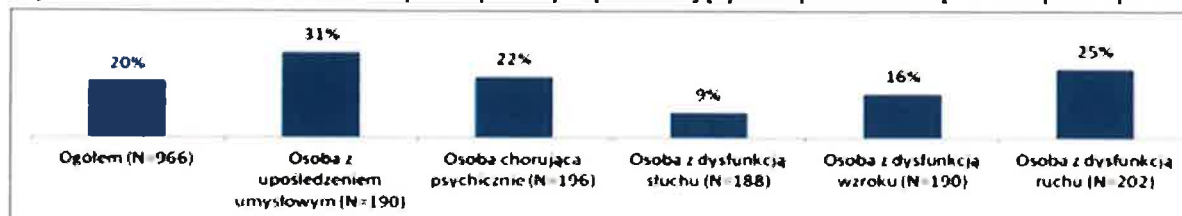
Praca i zdrowie były wskazywane mniej więcej na równi przez osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Pozostałe z wymienionych też są uniwersalne, choć poszczególne z nich były częściej wymieniane przez przedstawicieli wybranych niepełnosprawności. I tak na przykład transport jest najważniejszy dla osób z niepełnosprawnościami ruchu, edukacja dla osób z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku, a integracja dla chorujących psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną. Drugą grupą są potrzeby wskazywane przez konkretne grupy osób z niepełnosprawnościami:

- rehabilitacja społeczna, poprawa warunków mieszkaniowych oraz opieka/usługi asystenckie były wskazywane przede wszystkim przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną i chorujące psychicznie,
- potrzeba komunikacji, sprzęt informatyczny/komputer oraz przyrządy pomagające w niepełnosprawności wskazywane przede wszystkim przez osoby z niepełnosprawnością wzroku i słuchu,

⁵⁹ Zlecenie PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa, s. 62

- o likwidacja barier architektonicznych oraz przystosowanie mieszkania wskazywane przez osoby z niepełnosprawnością ruchową.

Wykres 32. Odsetek rodzin osób niepełnosprawnych potrzebujących wsparcia w związku z niepełnosprawnością



Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa

20% badanych uznało, że oni lub inni członkowie rodzin potrzebują wsparcia w związku z niepełnosprawnością. W największym stopniu pomocy potrzebują rodziny osób z niepełnosprawnością intelektualną, w dużym także rodziny osób chorujących psychicznie i z niepełnosprawnością ruchową⁶⁰.

Jakość życia osób z niepełnosprawnościami

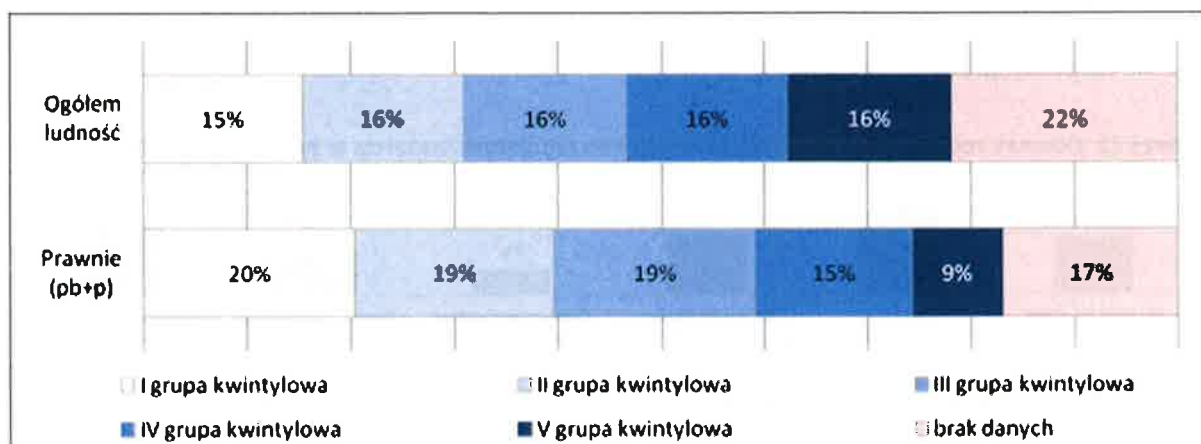
Po analizie wyników badań zawartych w „Badaniu społecznym osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., patrząc na życie osób z niepełnosprawnościami przez pryzmat wskaźników syntetyzujących informacje na temat jakości życia w różnych obszarach należy stwierdzić, że sytuacja nie jest dobra. Globalny wskaźnik jakości życia będący uśrednioną wartością wskaźników cząstkowych przyjął wartość 38,5 pkt na możliwe 100. Patrząc na populację osób niepełnosprawnych przez pryzmat rodzaju niepełnosprawności widać wyraźnie, że najniższe wartości wskaźnik jakości życia osiąga dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (24,5 pkt) oraz dla osób chorujących psychicznie (31,2 pkt). W pozostałych 3 grupach niepełnosprawności utrzymuje się on na podobnym poziomie i nieco przekracza średnią wartość wskaźnika odnotowaną dla ogółu badanych. Wskaźnik jakości życia przyjmuje wyższą wartość średnią wśród osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (39,8 pkt) w stosunku do osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (35,2), a także wśród osób bez sprzężeń (39,6 pkt) w stosunku do osób w stosunku do których orzeczono niepełnosprawność sprzężoną (34,3 pkt). Widać także wyraźną zależność wartości wskaźnika od wieku i poziomu wykształcenia badanych. Wartość wskaźnika wyraźnie spada wraz ze wzrostem wieku – w grupie osób młodszych wynosi 41,5 pkt, podczas gdy w grupie osób najstarszych – 36,2. W przypadku poziomu wykształcenia, przeciwnie, im wyższy poziom wykształcenia, tym wartość wskaźnika większa – w grupie osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym wynosi 29,5 pkt, zawodowym – 35,2 pkt, podczas gdy w grupie osób z wykształceniem wyższym – 52,8 pkt. Wartość wskaźnika jest także wyraźnie wyższa w stosunku do średniej wśród osób obecnie pracujących (50,7 pkt), zaś wyraźnie niższa wśród osób zamieszkałych w placówkach (np. DPS) (20,8 pkt)⁶¹.

Sytuacja materialna

Wykres 33. Zróżnicowanie dochodów ekwiwalentnych wśród osób z niepełnosprawnościami w odniesieniu do ogółu ludności w Polsce

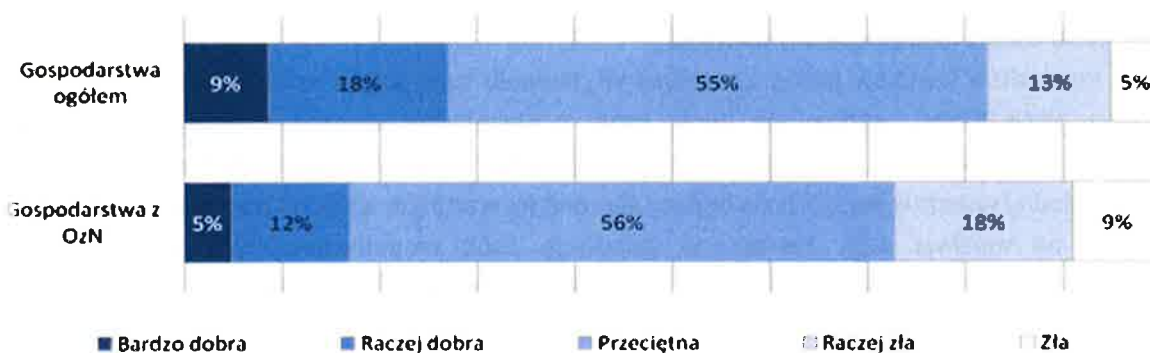
⁶⁰ Tamże

⁶¹ Tamże



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014r., definicja prawna. I grupa kwintylowa – grupa osób najuboższych, V grupa kwintylowa – grupa osób najzamożniejszych

Wykres 34. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego



Źródło: Badanie Budżetów Gospodarstw Domowych, GUS 2014

Ze względu na różnice w poziomie wykształcenia i aktywności zawodowej, a także z uwagi na problemy zdrowotne osoby z niepełnosprawnościami stanowią grupę silnie zagrożoną wykluczeniem społecznym, biedą i ubóstwem. Według danych z badania „Stan zdrowia ludności Polski w 2014r.” w stosunku do ogółu ludności osoby z niepełnosprawnościami częściej zaliczają się do trzech niższych grup dochodowych, znacznie rzadziej natomiast osiągają dochody z najwyższej grupy. Również we własnej ocenie osoby z niepełnosprawnościami rzadziej postrzegają swoje gospodarstwa jako dobrze sytuowane, częściej zaś stwierdzają, iż sytuacja materialna ich gospodarstwa jest raczej zła lub zła, o czym świadczą wyniki Badania Budżetów Gospodarstw Domowych GUS z 2014r.

Dla porównania do wykresu 34, identyczne badanie budżetów gospodarstw domowych przeprowadzone w 2019 r. przez GUS „Budżety gospodarstw domowych w 2019 roku” wskazuje na przesunięcie subiektywnych ocen sytuacji materialnej z obszaru ocen „Raczej zła” i „Zła” w kierunku „Dobra” i „Raczej dobra” z obszarem „Przeciętna” na podobnym poziomie jak w roku 2014 r., a mianowicie:

Gospodarstwa ogółem ocena sytuacji materialnej:

dobra – 23,8 %, raczej dobra 24,8 %, przeciętna 44,4 %, raczej zła 5,5 %, zła 1,5 %

Gospodarstwa z osobami z niepełnosprawnościami ocena sytuacji materialnej:

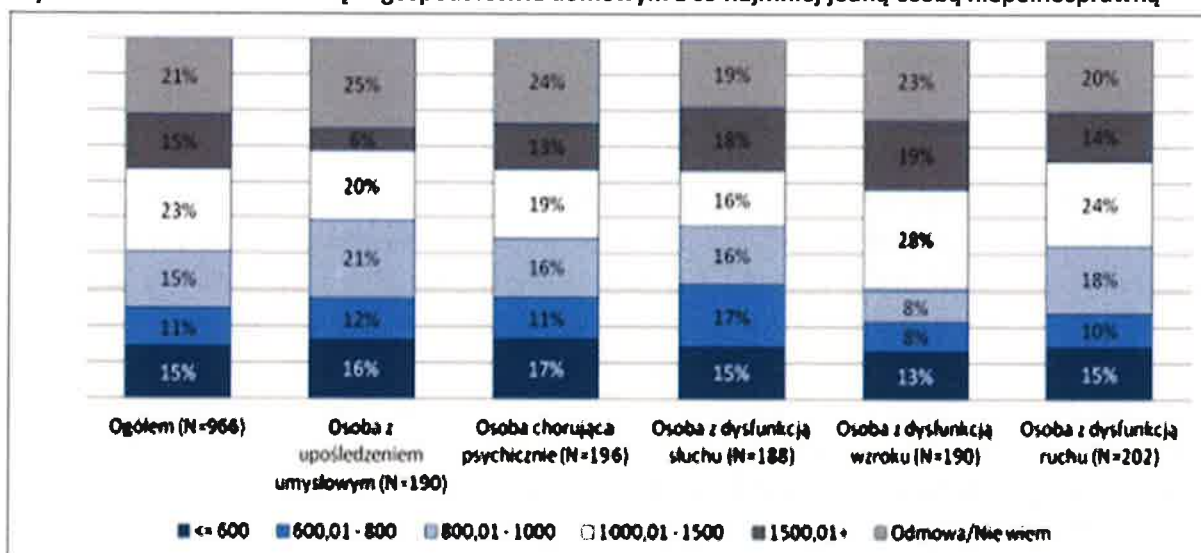
dobra – 14,1 %, raczej dobra 20,0 %, przeciętna 52,3 %, raczej zła 10,1 %, zła 3,5 %

Jak widać w 2019 r. oceny subiektywne najniższe są w sumie dwukrotnie mniejsze niż w 2014 r., a oceny subiektywnie najwyższe są w sumie dwukrotnie większe niż w 2014 r. Świadczyć to może o polepszającej się sytuacji gospodarstw domowych z osobami z niepełnosprawnością.

Ogółem w 2014r. 12,2% osób żyło w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej ustawowej granicy ubóstwa. Dla gospodarstw z co najmniej jedną osobą z niepełnosprawnością wskaźnik ten wynosił 16,7%, zaś dla gospodarstw z 1 dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności aż 26,6% (Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, 2015). W 2014 roku poniżej granicy ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji) znajdowało się odpowiednio 7,4% ogółu osób i 10,8% w gospodarstwach z co najmniej jedną osobą z niepełnosprawnością.⁶²

Dla porównania na podstawie badania GUS „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019 r.” (na podstawie wyników badania budżetów gospodarstw domowych) w 2019 r. nastąpił spadek zasięgu ubóstwa (o ok. 3 p. proc.) w gospodarstwach domowych w stosunku do 2018 r., w których głowa gospodarstwa domowego posiadała orzeczenie o niepełnosprawności, natomiast nie odnotowano zmiany w przypadku gospodarstw z dziećmi z niepełnosprawnością. Szczególnie narażone na ubóstwo skrajne w 2019 r. były gospodarstwa domowe, w których zamieszkują osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Stopa ubóstwa skrajnego w gospodarstwach domowych z co najmniej jedną osobą uznaną za niepełnosprawną prawnie wyniosła 6,5% w 2019 r. i odpowiednio 7,8 % w 2018 r. Dla porównania gospodarstwa domowe bez osób z niepełnosprawnością odpowiednio w 2019 r. 3,7 % oraz w 2018 r. 4,8 %. Przyniesione dane udowadniają cały czas trudną sytuację ekonomiczną osób z niepełnosprawnościami, ich rodzin i opiekunów.

Wykres 35. Dochód na 1 osobę w gospodarstwie domowym z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną



Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa

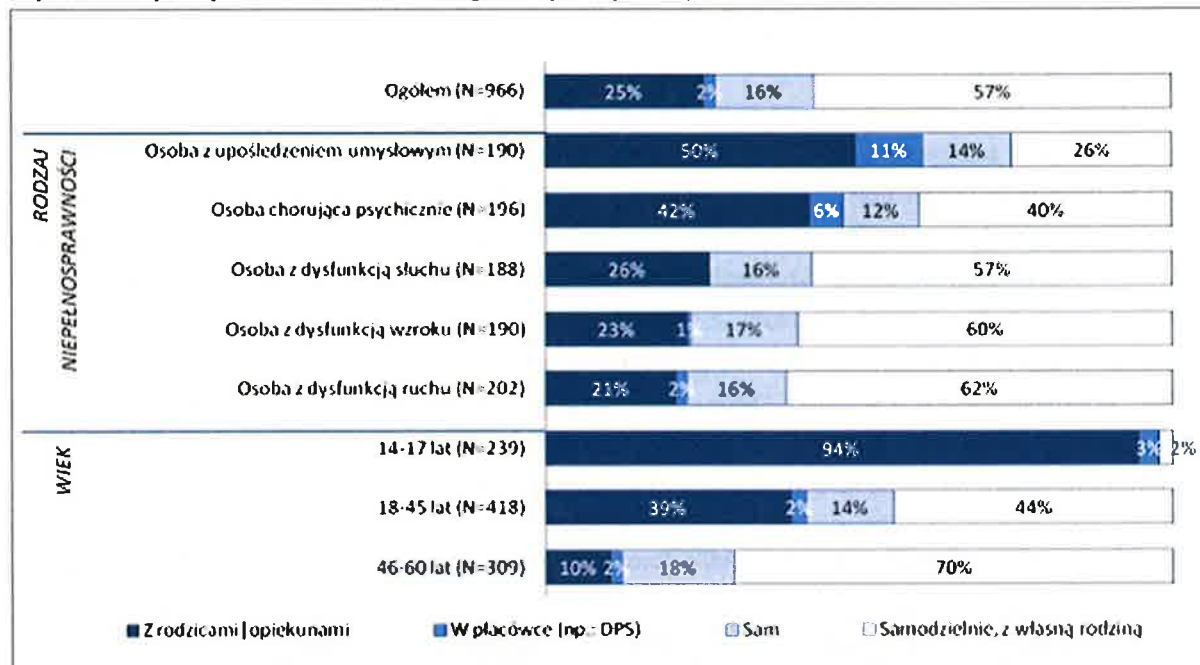
Mieszkanie

Zdecydowana większość osób z niepełnosprawnościami dzieli gospodarstwo domowe z innymi osobami. Jedynie 16% objętych badaniem osób prowadzi jednoosobowe gospodarstwa domowe. Ponad połowa mieszka samodzielnie, z własną rodziną (57%), zaś co czwarta osoba z niepełnosprawnością mieszka z rodzicami lub opiekunami. Sytuacja rodzinna powiązana jest z wiekiem – wraz z jego wzrostem wzrasta odsetek osób mieszkających wraz z własnymi rodzinami. W przypadku najstarszej grupy wiekowej jest to 70%. Pomijając osoby z niepełnosprawnością intelektualną, które w związku z charakterem swojej niepełnosprawności mają mniejsze szanse na samodzielność, na tle pozostałych grup wyróżniają się osoby chorujące psychicznie – aż 42% z nich mieszka z rodzicami. W grupie tej nawet w wieku 46-60 lat odsetek mieszkających z rodzicami wynosi 28%, zaś w wieku 18-45 – niemal 60%. Można przypuszczać, że osoby

⁶² Tamże

chorujące psychicznie mają problemy z utrzymaniem związków poza najbliższą rodziną. Ponad połowa badanych z tej grupy to kawalerowie lub panny, niepozostający w związkach⁶³.

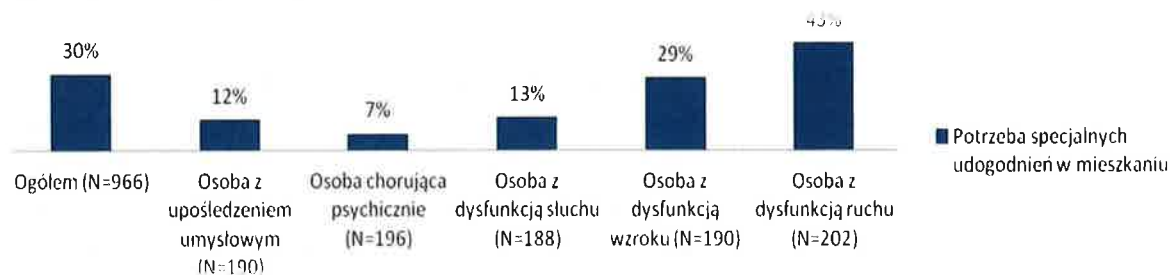
Wykres 36. Sytuacja mieszkaniowa według rodzaju niepełnosprawności i wieku



Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa

Jedynie 7% osób z niepełnosprawnościami otwarcie ocenia swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo złe lub raczej złe. Zdecydowanie częściej są to opiekunowie osób z niepełnosprawnością intelektualną (19%), a także osoby mieszkające samotnie (13%). Jednak to, że osoby z niepełnosprawnościami w większości dobrze lub neutralnie oceniają swoje warunki mieszkaniowe nie oznacza, że przestrzeń, w której mieszkają jest dostosowana do ich potrzeb wynikających z charakteru ich ograniczeń zdrowotnych. 30% badanych deklaruje, iż w związku ze swoją niepełnosprawnością potrzebują specjalnych udogodnień lub dostosowań mieszkaniowych. Dotyczy to przede wszystkim osób z niepełnosprawnością ruchową (43%), a w mniejszym stopniu osób z niepełnosprawnością wzrokową (29%). Dostosowania przestrzeni prywatnej potrzebuje także około 12-13% osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz z niepełnosprawnością słuchową⁶⁴.

Wykres 37. Odsetek osób potrzebujących specjalnych dostosowań lub udogodnień mieszkaniowych w związku ze swoją niepełnosprawnością według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa

Integracja

⁶³ Tamże

⁶⁴ Tamże

Praktycznie wszystkie dokumenty międzynarodowe, krajowe oraz badania odnoszące się do szeroko pojętej problematyki niepełnosprawności w społeczeństwach i opisujące prawa osób z niepełnosprawnościami zawierają zapisy o potrzebie zapewnienia tej grupie społecznej pełnej integracji i pełnego udziału w życiu społeczeństwa. Wskazywane są na pierwszym miejscu działania wspierające integrację ze środowiskiem lokalnym w różnych sferach ich życia. Jedną z podstawowych barier na drodze integracji społecznej jest bariera świadomościowa, która bardzo trudno i powoli poddaje się zmianom⁶⁵. Brak zrozumienia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnościami wpływa znacząco na możliwość zapewnienia pełnego uczestnictwa w społeczności lokalnej. Należy wskazać na znaczącą rolę działań opiekuńczych w integracji społecznej osób z niepełnosprawnościami, bowiem kierunek aktywizacji społecznej i zawodowej nastawiony jest zazwyczaj na pomoc dla osób „rokujących” na rynku pracy, w ten sposób pomijane jest znaczne grono seniorów, którzy rynek pracy już opuścili, lecz nadal powinni być częścią społeczności lokalnej (Rymsza, 2016)⁶⁶. Działania opiekuńcze, np. usługi domów pomocy powinny mieć na celu nie tylko bezpośrednią opiekę, lecz także dążyć do poprawy społecznego funkcjonowania podopiecznych, do ich aktywizacji w wymiarze społecznym – co może korzystnie wpłynąć także na stan zdrowia i kondycję psychiczną seniorów. Warunkiem niezbędnym dla integracji społecznej jest także likwidacja barier architektonicznych, które mogą w sposób definitywny uniemożliwić niektórym osobom z niepełnosprawnościami korzystanie z przestrzeni publicznej czy udział w wydarzeniach ważnych dla społeczności i życiu zawodowym. Mimo wielu zmian, jakie zachodzą w tym zakresie, niepełnosprawność jest nadal uważana za czynnik stygmatyzujący. Naraża rodzinę na izolację, nie tylko z powodu obaw i niechęci, ale przede wszystkim ze względu na brak wiedzy, w jaki sposób zachować się w stosunku do osoby niepełnosprawnej, jak pomóc lub wesprzeć osobę w codziennych czynnościach, jak rozmawiać o chorobie/niepełnosprawności by nie urazić. Wiele osób z dowolną niepełnosprawnością jest bardzo uwrażliwiona na tę kwestię, czego wyrazem jest, najczęściej wskazywana jako ważna potrzeba „**bycia traktowanym jak normalny człowiek**”. Jak podaje „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., potrzebę tą wskazują niemal wszyscy uczestnicy badań jakościowych – niezależnie od wieku, płci, miejsca zamieszkania i doświadczeń życiowych.

Wyniki badań wskazują na duże potrzeby dotyczące różnych przejawów integracji społecznej i funkcjonowania w społeczeństwie w przypadku dwóch grup niepełnosprawności tj. osób chorujących psychicznie oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną. Te niepełnosprawności okazują się być bardzo dużą barierą dla włączenia społecznego – osoby chorujące psychicznie uciekają w związku z chorobą w izolację od kontaktów z innymi osobami, zaś osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą budzić w otoczeniu lęk lub niechęć ze względu np. na zachowanie odbiegające od przyjętych norm. O barierach w zakresie integracji osób z niepełnosprawnością intelektualną mówią zdecydowanie częściej ich opiekunowie, niż oni sami. Przyczyn tej sytuacji należy upatrywać nie w braku potrzeb, lecz raczej w specyfice funkcjonowania tych osób, które mają czasem problem w rozmowie o tematach abstrakcyjnych i odczuwają pewną barierę przy spotkaniu z obcą osobą. Nie znaczy to zatem, że ograniczeń takich nie ma, lub są mało istotne z perspektywy głównych zainteresowanych, lecz raczej, że przedstawicielom omawianej grupy trudniej o nich opowiadać niż ma to miejsce w przypadku innych niepełnosprawności. Niepełnosprawność intelektualna należy do tych, które często są widoczne gołym okiem – odmienne rysy twarzy czy mimika, postura, wielkość i proporcje ciała wyróżniają często przedstawicieli tej grupy z tłumu i wzbudzają zainteresowanie otoczenia. Wiele rodzin i samych niepełnosprawnych źle odbiera przejawy tego zainteresowania⁶⁷.

⁶⁵ Sochańska i in., 2015

⁶⁶ Rymsza M., Niepełnosprawny jako aktywny obywatel – problematyka integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce, 2016r.

⁶⁷ „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r.

Edukacja

Konwencja ONZ uznaje prawo osób z niepełnosprawnościami do edukacji – bez dyskryminacji i na zasadach równych szans. W dokumencie zaleca się zapewnienie przez państwo włączającego systemu kształcenia, umożliwiającego integrację na wszystkich poziomach edukacji i w kształceniu ustawicznym. Edukacja włączająca daje możliwość dostępu do pobierania nauki w najbliższej miejsca zamieszkania szkole i wspomaga proces integracji społecznej.

Osoby z niepełnosprawnościami potrzebują kompleksowego wsparcia w procesie edukacji podczas całego jej okresu, w różnych formach – m.in. przez zapewnienie odpowiedniego sprzętu niwelującego ograniczenia sprawności, zapewnienie odpowiedniej opieki pedagogicznej wykwalifikowanych nauczycieli, likwidację barier architektonicznych. Choć dokumenty międzynarodowe promują ideę edukacji włączającej, część ekspertów uznaje, iż jej realizacja w Polsce w obecnych realiach będzie bardzo trudna, co wynika m.in. z nieprzygotowania szkół (np. architektonicznego czy pod względem wyposażenia), braku wykwalifikowanych nauczycieli, z nastawienia samych nauczycieli niechętnych nauce uczniów z niepełnosprawnościami w zwykłych szkołach, a także z obawą szkół ogólnodostępnych, czy otrzymają od samorządu finansowanie adekwatne do potrzeb przyjętych uczniów⁶⁸. Z tego względu uznano, że w obecnej sytuacji należałoby promować edukację integracyjną będącą kompromisem pomiędzy trudną do natychmiastowej realizacji edukacją inkluzywną, a izolującą edukacją specjalną. Same osoby z niepełnosprawnościami opowiadają się za jak najszybszym upowszechnieniem edukacji włączającej, która w ich opinii będzie wyrównywać szanse. Jednocześnie jednak szkolnictwo specjalne nie powinno być likwidowane z uwagi na potrzeby uczniów z głębszymi problemami wynikającymi z posiadanej niepełnosprawności, zwłaszcza intelektualnej i sprzężonej, którzy wymagają pomocy nie tylko w procesie edukacji, lecz także w życiu codziennym. Same osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności narządu wzroku lub ruchu dostrzegały istotne zalety nauki w szkołach specjalnych, w tym naukę orientacji przestrzennej, pracę na komputerach udźwiękowiających czy naukę polskiego języka migowego⁶⁹. Pewnym kompromisem byłby tutaj postulat tworzenie oddziałów specjalnych w szkołach ogólnodostępnych, co przyczyniłoby się do integracji uczniów z niepełnosprawnościami ze środowiskiem wszystkich uczniów, ale także wykorzystywało zasoby kadrowe szkół specjalnych. Również na etapie kształcenia wyższego ograniczenia sprawności mają wpływ na ścieżkę edukacyjną. Badania realizowane wśród studentów z niepełnosprawnościami wskazują, że stan zdrowia ogranicza w pewnym stopniu możliwość wyboru uczelni, m.in. ze względu na dostosowanie architektoniczne, odległość od domu, możliwości dojazdu⁷⁰.

Wyniki badań sygnalizują, iż w takiej sytuacji zachodzi potrzeba udzielenia doradztwa zawodowego i edukacyjnego dla młodzieży z niepełnosprawnościami, w którym uwzględniono by charakter ich niepełnosprawności i możliwe scenariusze zmian sytuacji zdrowotnej. Dzięki temu uczniowie z niepełnosprawnościami mogliby bardziej świadomie wybierać kierunki studiów i przyszły zawód, adekwatnie do swoich możliwości. Innym rodzajem wsparcia przydatnym dla studentów jest pomoc finansowa – koszty studiowania dla studentów ze specjalnymi potrzebami mogą być wyższe m.in. ze względu na konieczność dojazdów na uczelnię, wynajem odpowiedniego mieszkania, koszty dodatkowych leków, zakup przystosowanego sprzętu komputerowego⁷¹.

⁶⁸ Sochańska i in. 2015

⁶⁹ Tamże

⁷⁰ Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2016

⁷¹ Tamże

Badania realizowane wśród absolwentów szkół wyższych wskazują na przykład, iż bez wsparcia finansowego, nie byłoby w stanie podjąć studiów i uzyskać wykształcenia⁷². Brak wsparcia ze strony Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wedle deklaracji beneficjentów wpłynęłyby istotnie na decyzje o rozpoczęciu lub kontynuowaniu studiów – dla ponad połowy z nich otrzymanie dofinansowania zadecydowało o aktywności edukacyjnej, co pokazuje dużą wagę udzielanego wsparcia w zdobywaniu wykształcenia wyższego przez osoby z niepełnosprawnościami⁷³.

Tabela 23. Struktura wykształcenia na podstawie danych z 2014r.

populacja Polski ≥ 13 lat 33 012 300 osób, osoby z niepełnosprawnościami ≥ 15 lat 4 693 900 osób (14,5%)

Poziom wykształcenia	% udział w populacji	% udział wśród ON
Wyższe	21,6	6,4
kolegia i policealne	2,8	13,9
Średnie	30,1	12,3
zasadnicze zawodowe	24,2	16,9
Gimnazjalne	5,0	4,7
Podstawowe	15,6	29,6
bez wykształcenia	0,6	62,0

Źródło: GUS *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014r., dane z tabl. III i VII/18*

W roku szkolnym 2018/2019 wg danych MEN Systemu Informacji Oświatowej, udostępnionych przez US we Wrocławiu, w województwie dolnośląskim uczyło się w szkołach podstawowych różnego typu 8 135 uczniów z niepełnosprawnościami, w gimnazjach różnego typu 1 329 uczniów z niepełnosprawnościami, w szkołach ponadgimnazjalnych i policealnych różnego typu 3 223 uczniów z niepełnosprawnościami. Do przedszkoli różnego typu uczęszczało 1 922 dzieci z niepełnosprawnościami.

Według danych udostępnionych przez US we Wrocławiu na uczelniach dolnośląskich na 31.12.2018 r. studiowało 120 057 osób, w tym 1 821 osób z niepełnosprawnościami, co stanowiło 1,5% ogółu studiujących. W okresie od 1.12.2017 r. do 31.12.2018 r. studia ukończyły 30 373 osoby, w tym 574 osoby posiadające różne niepełnosprawności, co stanowiło 1,9% ogółu absolwentów.

Praca

Strategia Unii Europejskiej w sprawie niepełnosprawności wskazuje zwiększenie zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w ramach wolnego rynku pracy jako jeden ze sposobów na poprawę sytuacji ekonomicznej tej grupy oraz na jej większą integrację społeczną. Zatrudnienie w warunkach chronionych powinno być kierowane tylko do osób, które nie są w stanie osiągnąć oczekiwanych standardów, typowych dla pracy w warunkach konkurencyjnych. Wsparcie w zakresie aktywizacji zawodowej powinno dotyczyć pobudzania motywacji osób z niepełnosprawnościami do podjęcia zatrudnienia, pomoc na etapie poszukiwania pracy, jej utrzymania oraz podnoszenia kompetencji zawodowych. Przyjmuje się, że praca zawodowa jest istotnym składnikiem sukcesu integracji społecznej. Choć dla niepełnosprawnych dostępny jest szereg instrumentów wsparcia w podjęciu zatrudnienia, wskaźniki zatrudnienia i aktywności zawodowej tej

⁷² Sytuacja zawodowa absolwentów różnych form edukacji na poziomie wyższym, którzy ukończyli wybrany przez siebie poziom nauki w latach 2013-2015 i korzystali ze wsparcia finansowego PFRON udzielonego w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd, 2016

⁷³ „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r.

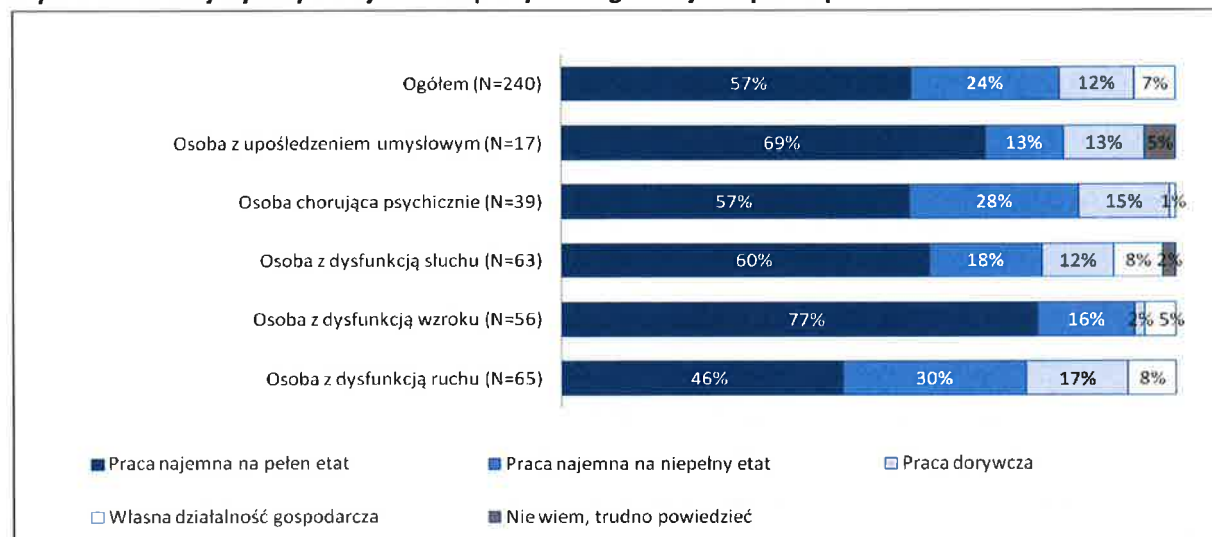
grupy pozostają na niskim poziomie. Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności wskaźnik zatrudnienia w IV kwartale 2016 roku wśród osób z niepełnosprawnościami wynosił 14,1%, współczynnik aktywności zawodowej – 15,7%⁷⁴.

Według danych GUS, Banku danych lokalnych, Rynek pracy, Aktywność ekonomiczna ludności (dane średnioroczne), wskaźniki zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej w latach 2016 – 2020 przedstawiają się następująco:

dla Polski: 2016 r. – 14,6%, 2017 r. – 16,2%, 2018 r. – 16,2%, 2019 r. – 16,0%, 2020 r. – 16,7%

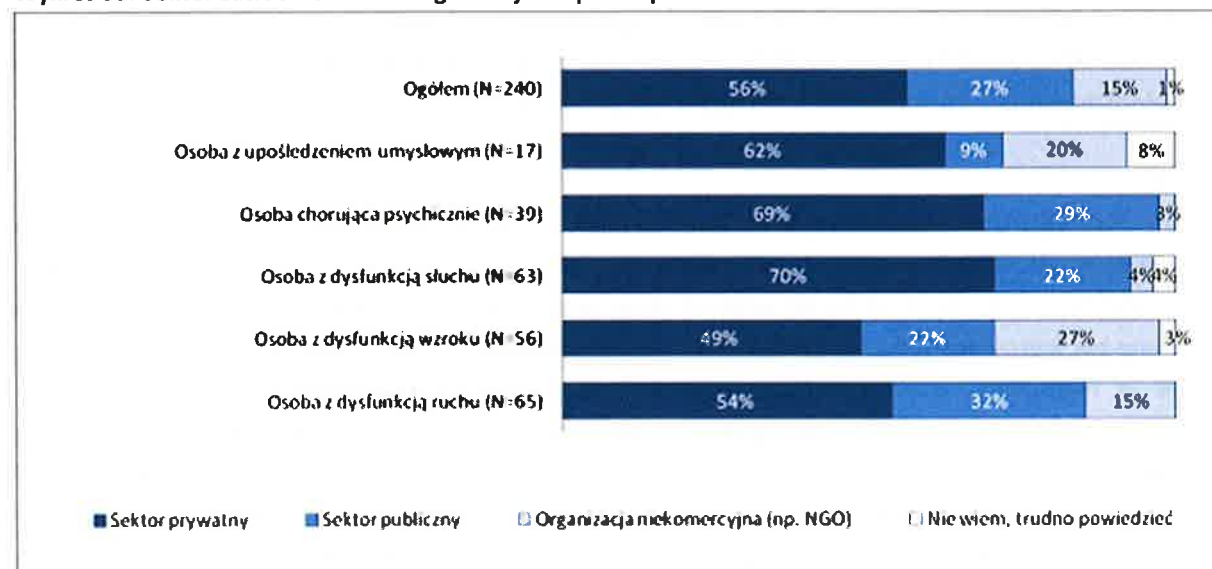
dla Dolnego Śląska: 2016 r. – 16,4%, 2017 r. – 16,9%, 2018 r. – 16,0%, 2019 r. – 17,8%, 2020 r. – 19,2%. Z przedstawionych danych wynika, że na obszarze Dolnego Śląska wskaźniki zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami są nieco lepsze w porównaniu z obszarem całej Polski, choć nadal niezadowalające.

Wykres 38. Rodzaj wykonywanej obecnie pracy według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa. N= osoby pracujące obecnie

Wykres 39. Sektor zatrudnienia według rodzaju niepełnosprawności



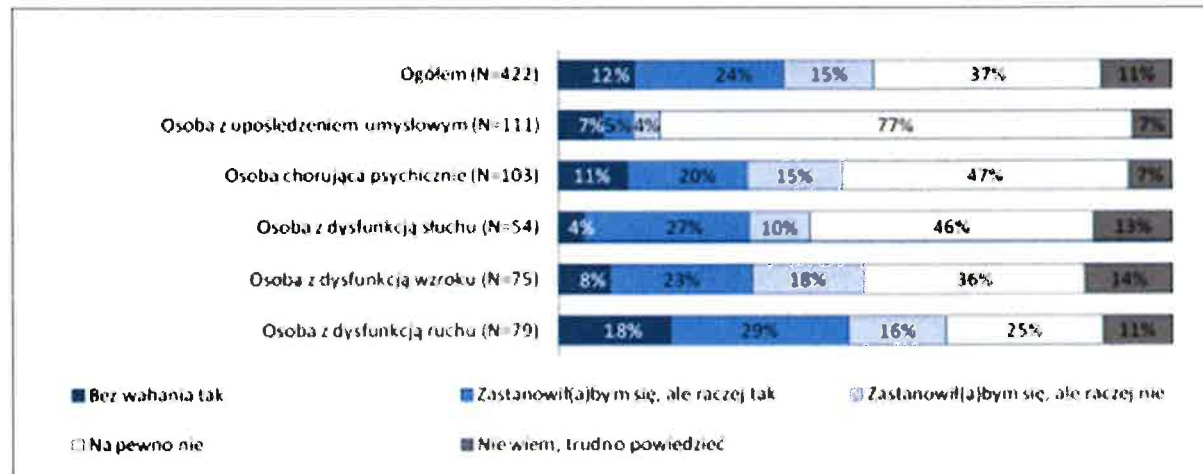
Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa. N= osoby pracujące obecnie

⁷⁴ Tamże

Dominującą formą zatrudnienia wśród osób objętych badaniem jest umowa o pracę (75%). Choć najczęściej wskazywano tutaj na umowę na czas nieokreślony (43%), warto zauważyć, iż aż co trzecia osoba z niepełnosprawnością pracuje na podstawie umowy na czas określony (32%), co oznacza mniej stabilną sytuację zawodową. Inne formy zatrudnienia są rzadkie i zróżnicowane – 3% badanych wskazało na staże, po 5% na umowy o dzieło lub zlecenia. 5% badanych przyznało się do pracy bez umowy. Niemal 30% osób z niepełnosprawnościami pracuje w warunkach chronionych – w ZPCh (24%), w spółdzielni socjalnej (1%) lub w ramach ZAZ (4%). 38% jest zatrudnionych w sektorze przedsiębiorstw, lecz na otwartym rynku pracy – częściej są to osoby chorujące psychicznie (50%). Pracę w instytucji państwowej lub samorządowej wykonuje 18% badanych, nieco częściej osoby chorujące psychicznie i z niepełnosprawnością słuchu. Obecnie zatrudnione osoby niepełnosprawne najczęściej pracują w zawodach pracowników biurowych (24% obecnie pracujących), a w drugiej kolejności w zawodach robotników przemysłowych (17%). Nieco rzadziej spotykane są profesje techników i innego średniego personelu (15%). Czwartą pod względem wielkości grupą są pracownicy przy pracach prostych (13%), a piątą *ex aequo* pracownicy usług i sprzedawcy oraz specjaliści (po 12%). Wśród najczęściej pojawiających się konkretnych zawodów wskazywano na sekretarki i pracowników biurowych (16% obecnie pracujących), sprzedawców (6%), robotników pomocniczych w przemyśle, budownictwie i transporcie (6%), pomoce domowe i sprzątaczkę (5%), robotników obróbki metali, mechaników maszyn i urządzeń (5%), specjalistów nauczania i wychowania (4%) oraz średni personel do spraw biznesu i administracji (4%)⁷⁵.

⁷⁵ Tamże

Wykres 40. Gotowość do podjęcia pracy wśród osób obecnie niepracujących według rodzaju niepełnosprawności



Źródło: PFRON „Badanie społeczne osób niepełnosprawnych” – Raport końcowy 18.05.2017r., praca zbiorowa. N= osoby obecnie niepracujące

Całkowity brak gotowości do podjęcia zatrudnienia związany jest m.in. z charakterem ograniczeń sprawności. Częściej dotyczy osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (48%) lub z niepełnosprawnością sprzężoną (41%), powyżej 46 lat (45%), osób z niepełnosprawnością od urodzenia lub od dzieciństwa (powyżej 47%). Znaczenie ma tutaj także poziom wykształcenia (częściowo powiązany z niepełnosprawnością – w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną) – wśród osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym odsetek osób odrzucających całkowicie możliwość zatrudnienia przewyższa 58%. Oddzielną uwagę należy poświęcić grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną, w której procent osób wprost odmawiających podjęcia pracy jest najwyższy, znacznie przewyższając co do wartości pozostałe grupy (77%) – natomiast są to deklaracje pochodzące od opiekunów tych osób. Tymczasem 62% osób z niepełnosprawnością intelektualną deklaruje, iż chciałyby pracować, zaś te osoby, które mają doświadczenia z pracą stwierdzają, że lubią tego rodzaju aktywność (91%)⁷⁶.

Według GUS BAEL 2014 wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w grupie wiekowej 16 lat i więcej wyniósł 14,8%, stopa bezrobocia 14,8%, współczynnik aktywności zawodowej wyniósł 17,4%. Natomiast w wieku produkcyjnym wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami wyniósł 23%, stopa bezrobocia 16,1%, współczynnik aktywności zawodowej 27,1%.

Pracujące osoby z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej to pracownicy najemni 79%, pracujący na własny rachunek i pracodawcy to 17%. W sektorze prywatnym pracowało 82% ogółu pracowników. Spośród pracowników najemnych 78% pracowało w sektorze prywatnym i 22% w sektorze publicznym.

Problematyka pracy osób z niepełnosprawnościami poruszona jest również wcześniej w ramach podrozdziału „Ekonomia społeczna i solidarna”, sekcja „Osoby z niepełnosprawnościami na rynku pracy” (str. 66).

⁷⁶ Tamże

ZDROWIE PSYCHICZNE DOLNOŚLĄZAKÓW

Zdrowie, według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby.

Zaburzenie psychiczne to stan niewłaściwego postrzegania realnej rzeczywistości. W zaburzeniach tych występuje fałszywy odbiór lub przeżywanie świata, który prowadzi do dziwacznych, nieuzasadnionych sytuacji zachowań i działań.

Niezależnie od przyjętej metodologii badań, w ostatnich latach zauważalny jest wzrost rozpowszechnienia chorób psychicznych. Pojawiające się zaburzenia nie tylko degradują równowagę emocjonalną i psychiczną, lecz również zakłócają relacje z rodziną i społeczeństwem. Skutkiem tego stanu bywa utrata pracy, poczucie wykluczenia, obniżenie dotychczasowego standardu życia.

Aby w pełni zobrazować sytuację epidemiologiczną dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska w zakresie schorzeń psychicznych, analizie poddano dane z NFZ dotyczące liczby pacjentów i zdiagnozowanych schorzeń w odniesieniu do rodzaju świadczonej pomocy w latach 2018 i 2019 z wyłączeniem uzależnień.

Tabela 24. Liczba pacjentów według form leczenia i najczęstszych schorzeń

Diagnoza wg ICD-10	Liczba pacjentów		% kobiet	
	2018	2019		
Poradnia psychiatryczna/psychologiczna dla dorosłych	84521	89813		
Zaburzenia lękowe	31009	33064	71.07	71.03
Zaburzenia organiczne	17056	16668	58.57	58.8
Zaburzenia nastroju	16261	16200	73.64	73.35
Schizofrenia	10400	10333	51.98	51.71
Zespół leczenia środowiskowego dla dorosłych	2899	2991		
Zaburzenia organiczne	1386	1328	68.76	69.28
Schizofrenia	594	651	54.55	55.15
Zaburzenia nastroju	436	488	77.06	76.02
Zaburzenia lękowe	252	260	67.46	70
Oddział dzienny dla dorosłych	2095	2242		
Zaburzenia lękowe	510	547	71.96	69.84
Zaburzenia nastroju	474	557	70.46	72.17
Schizofrenia	459	443	48.8	45.6
Zaburzenia organiczne	367	356	57.22	61.52
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	208	255	70.67	64.71
Oddział psychiatryczny dla dorosłych	7496	9061		
Schizofrenia	2116	2084	44.8	43.95
Zaburzenia organiczne	1681	1510	51.1	53.31
Zaburzenia nastroju	1560	1628	61.92	60.14
Zaburzenia lękowe	1258	1356	41.41	42.85
Oddział psychiatrii sądowej dla dorosłych	326	396		
Schizofrenia	223	244	8.97	8.61
Zaburzenia organiczne	43	46	9.3	10.87
Psychozy inne niż schizofrenia	21	31	14.29	12.9

Zakład/oddział opieki długoterminowej dla dorosłych	877	882		
Zaburzenia organiczne	414	422	56.28	57.58
Schizofrenia	404	397	48.51	49.12
Zaburzenia nastroju	18	22	55.56	54.55

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451> 28 lutego 2021

Z powyższego zestawienia wynika, że z roku na rok rośnie liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, większość stanowią kobiety z wyjątkiem oddziałów psychiatrii sądowej. Do najczęstszych schorzeń Dolnoślązaków należą zaburzenia lękowe, schizofrenia, zaburzenia nastroju i zaburzenia organiczne. Dane te korespondują z informacjami zawartymi w mapach potrzeb zdrowotnych z 2016 roku, gdzie przeanalizowano zachorowalność rejestrowalną z uwzględnieniem wieku, płci i miejsca zamieszkania.

Tabela 25. Zachorowalność rejestrowalną w województwie dolnośląskim

Diagnoza wg ICD-10	Udział kobiet (%)	Udział lud. miejsk. (%)	Wiek (w latach) <18 (%)	Wiek 18-44 (%)	Wiek 44-54 (%)	Wiek 54-64 (%)	Wiek 65+ (%)
Schizofrenia	48,35	74,61	4,52	50,96	13,39	15,91	15,22
Psychozy inne niż schizofrenia	53,89	74,78	2,55	49,81	10,83	16,94	19,87
Zaburzenia nastroju	69,03	76,87	7,19	39,89	15,33	19,48	18,11
Zaburzenia lękowe	67,92	73,43	7,59	48,20	15,68	15,55	12,98
Zaburzenia odżywiania	86,11	75,00	45,00	42,22	6,11	3,33	3,33
Zespoły behawioralne	55,78	78,23	16,78	26,98	8,39	18,37	29,48
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	56,11	80,53	1,27	70,31	11,37	10,22	6,83

Źródło: opracowanie na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa dolnośląskiego*- dane z 2016 roku

Na podstawie powyższego zestawienia wynika, że najwięcej chorych występuje w wieku między 18 a 44 rokiem życia. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że większość zaburzeń psychicznych ma początek w okresie adolescencji, a korzystanie z pomocy medycznej jest w Polsce opóźnione średnio o około 10 lat. Sytuacja ta może mieć związek z gorszą dostępnością do opieki zdrowotnej, stosowaną profilaktyką oraz rozpowszechnianiem wiedzy o zaburzeniach psychicznych⁷⁷.

Do głównych form wsparcia i ochrony zdrowia psychicznego, należą następujące świadczenia finansowane przez NFZ:

- świadczenia ambulatoryjne (poradnie, opieka środowiskowa)
- dzienne
- stacjonarne.

W ramach reformy psychiatrii i wdrażaniem nowego modelu opieki środowiskowej (rozwiniecie sieci wsparcia środowiskowego, wzmocnienia wewnętrznych sił i zasobów jednostki do walki z chorobą, aby ograniczyć tym samym potencjalną, czy powtarzającą się hospitalizację), Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w

⁷⁷ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Warszawa, 2018r., s.231

Bolesławcu został zakwalifikowany od końca 2018 roku do pilotażu Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), obejmujący swym zakresem powiat bolesławiecki i lwówecki. W poniższym zestawieniu ukazane zostały zasoby instytucjonalne funkcjonujące na Dolnym Śląsku, zabezpieczające świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego w ramach kontaktu z NFZ.

Tabela 26. Zasoby instytucjonalne psychiatrycznej opieki zdrowotnej na dolnym Śląsku finansowane z NFZ w 2020r.

JEDNOSTKA TERYTORIALNA	Dzieci i młodzież			Dorośli			
	Liczba Poradni	PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PSYCHOTERAPEUTYCZNE	Świadczenia dzienne	Oddziały szpitalne	Liczba poradni	Świadczenia dzienne	Szpital psychiatryczny-SP/ Oddziały szpitalne psychiatryczne- OP CZP
Powiat górowski					2		
Powiat milicki	2			OP	2	1	OP
Powiat strzeliński	3	1	1		3	1	
Powiat złotoryjski	1				4		SP
Powiat kamiennogórski					1		
Powiat lwówecki		1			2		CZP
Powiat wołowski	1			OP	4		SP
Powiat średzki	2				1		
Powiat jaworski					2		
Powiat legnicki	1				2		
Powiat lubański					1		
Powiat polkowicki		1			3		
Powiat jeleniogórski	1				1		OP
Powiat ząbkowicki	2				3		
Powiat oławski	2				2		
Powiat trzebnicki	1	1			3		
m. Jelenia Góra	1	1	1		3	2	OP
Powiat głogowski	1				3	1	
Powiat bolesławiecki	1	1		OP	4	CZP	SP- CZP
Powiat zgorzelecki	2	1	1	OP	2	1	OP
Powiat dzierzoniowski	2	1	1	OP	5		
m. Legnica	2				6	3	OP
Powiat oleśnicki					4		
Powiat lubiński	1	1			6	1	
Powiat wrocławski		1			2		
m. Wałbrzych		1	1		4	1	OP
Powiat świdnicki	1	1			6		
Powiat kłodzki	1				5		OP
Powiat wałbrzyski	3				4		
m. Wrocław	11	5	4	OP	19	3	SP, OP, OP

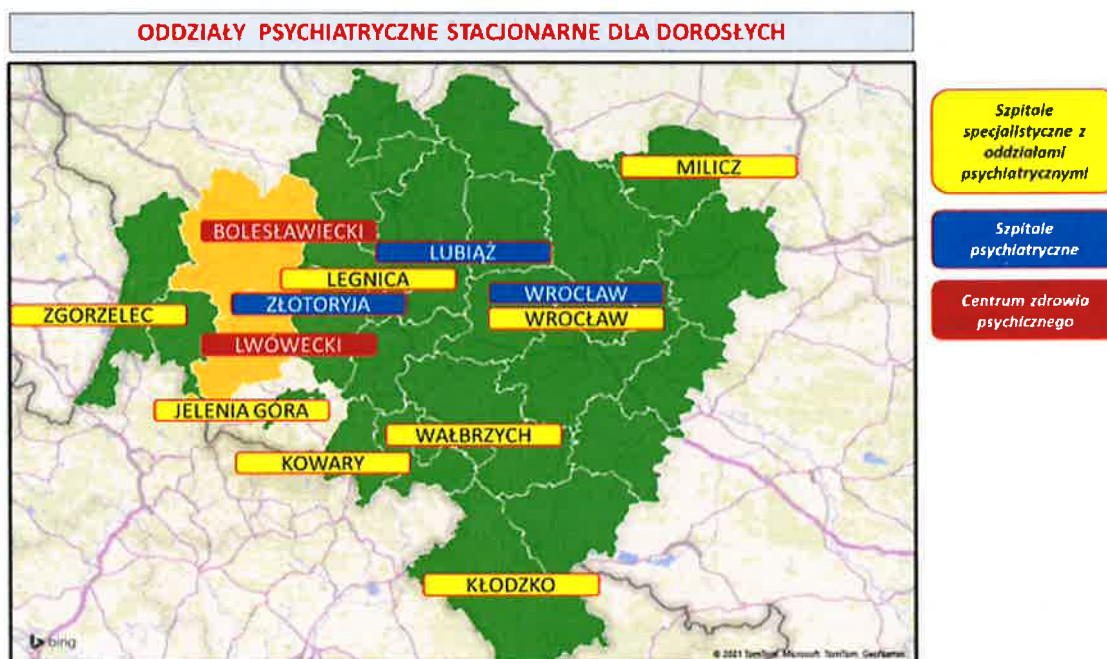
Suma	42	17	9	6	109	14	SP- 3, OP-9, CZP-1
-------------	-----------	-----------	----------	----------	------------	-----------	---------------------------

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z NFZ- stan na 30.06.2020r.

Na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonuje:

- 3 szpitale psychiatryczne (na 46 w całej Polsce, więcej jest w woj. mazowieckim -8 i śląskim- 5)
- 9 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych
- Centrum Zdrowia Psychicznego

Mapa 12.



Po uwzględnieniu bazy dla dzieci i młodzieży, nie wyłączając łóżek specjalistycznych, sądowych, opiekuńczych i przeznaczonych dla osób uzależnionych, Dolny Śląsk dysponuje następującymi zasobami w opiece stacjonarnej.

Tabela 27. Rozkład łóżek psychiatrycznych na Dolnym Śląsku

Wyszczególnienie	Liczba łóżek
ŁÓŻKA OGÓLNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	635
ŁÓŻKA SĄDOWE	265
ŁÓŻKA OPIEKUŃCZE /ZOL	730
ŁÓŻKA PSYCHOGERIATRYCZNE	48
ŁÓŻKA SPECJALISTYCZNE PSYCHIATRYCZNE	233
ŁÓŻKA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	145
ŁÓŻKA DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH	490
SUMA	2546

Źródło: Dane NFZ- świadczenia zakontraktowane w 2020 roku

Na Dolnym Śląsku z każdym rokiem przybywa osób potrzebujących pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. Poniżej zestawienie obrazujące poziom udzielanych świadczeń na przestrzeni dwóch ostatnich lat w porównaniu do obszaru całej Polski.

Tabela 28. Świadczenia psychiatryczne w Polsce i na Dolnym Śląsku

	rok	liczba pacjentów	liczba porad	liczba osobodni	liczba hospitalizacji	kobiety wśród pacjentów (%)
Polska	2018	1.51 mln	8.58 mln	12.49 mln	272.33 tys.	56.62
Dolny Śląsk	2018	103.01 tys.	541.27 tys.	1.13 mln	20.09 tys.	57.87
Polska	2019	1.51 mln	8.78 mln	12.5 mln	267.31 tys.	56.76
Dolny Śląsk	2019	104.76 tys.	565.9 tys.	1.15 mln	20.13 tys.	58.02

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>- 28 lutego 2021

Według rekomendacji autorów Raportu z badania EZOP „skuteczne i optymalne kosztowo leczenie wymaga głębokiej reorientacji systemu ochrony zdrowia psychicznego. Musimy zdecydowanie zmierzać w kierunku opieki środowiskowej, która obejmowałaby nie tylko świadczenia specjalistyczne, ale także świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opieki społecznej, organizacji pozarządowych, które wspólnie stwarzałyby sieć wsparcia, sieć promującą zdrowie i amortyzującą destrukcyjną interakcję między zaburzeniami psychicznymi i ich percepcją”⁷⁸.

Model środowiskowy jest uznawany współcześnie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Sprzyja on uzyskiwaniu lepszych wyników w procesie zdrowienia i przywracania uczestnictwa społecznego osób z problemami zdrowia psychicznego, a także wpływa na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych. Opieka środowiskowa oznacza dostępność odpowiednich usług w pobliżu miejsca zamieszkania. Istniejące dowody wskazują na potrzebę rozwiązań, w których opieka szpitalna ma charakter ograniczony, podczas gdy najważniejsza część pomocy jest oferowana na poziomie opieki środowiskowej.

Psychiatria dzieci i młodzieży

Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży w kraju i województwie wprowadzana jest w sposób ewolucyjny, w oparciu o trzy poziomowy sposób funkcjonowania struktur psychiatrii dzieci i młodzieży, co w konsekwencji ma przenieść zdecydowaną większość działań do środowiska pacjenta i jego rodziny – środowiskowe poradnie psychologiczne w pierwszym poziomie, jako zupełnie nowa struktura. W rozporządzeniu „koszykowym” zostały wprowadzone trzy poziomy referencyjne. Nowy koszyk został opublikowany w dniu 29 sierpnia 2019r. Jest to podstawowy dokument wdrażający reformę, która realizowana jest również w Województwie Dolnośląskim. Polega na uproszczeniu i zwiększeniu dostępu do podstawowych świadczeń psychiatrycznych oraz na wprowadzeniu standardu wymagań jakościowych w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

Koncepcja nowego modelu opieki nad dziećmi i młodzieżą ma na celu zadbanie o ich zdrowie psychiczne, a także wczesne wychwycenie przypadków występowania zaburzeń psychicznych, uwzględnia skoordynowane zadania instytucji już obecnie realizujących zadania w tym zakresie, ale działających w poszczególnych resortach.

Podstawą planowanego modelu mają być skoordynowane działania nauczycieli i specjalistów pracujących w szkołach oraz poradniach psychologiczno-pedagogicznych z działaniami specjalistów ochrony zdrowia. Rozwiązanie stanowi przeciwieństwo schematu, w którym często przyjęcie na oddział psychiatryczny (np. po podjętej próbie samobójczej) jest pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki.

Docelowo będą trzy poziomy referencyjne:

- I poziom referencyjności - Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży;
- II poziom referencyjności - Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży;

⁷⁸ <https://ezop.edu.pl/rekomendacje/>, 27 grudnia 2020r.

- III poziom referencyjności - Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej.

Nowy model opierać się będzie na koordynacji działań pomiędzy podmiotami udzielającymi psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, działającymi w obszarze ochrony zdrowia, które współpracować będą z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, które posiadają ogromny potencjał we wczesnym reagowaniu na zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

W ramach I poziomu referencyjnego w 2020 roku NFZ podpisał umowę z 17 podmiotami z terenu Dolnego Śląska, w tym 5 placówkami zlokalizowanymi we Wrocławiu i 1 z obszaru powiatu wrocławskiego. Docelowo poradnie psychologiczno-psychoterapeutyczne mają być zlokalizowane na terenie każdego powiatu.

Wpływ pandemii Covid-19 na zdrowie psychiczne Dolnoślązaków⁷⁹

Z wielu tysięcy badań przeprowadzonych już na całym świecie jednoznacznie wynika, że pandemia i kwarantanna z powodu COVID-19 wywołały szereg negatywnych skutków natury psychologicznej w populacji. Najczęściej wśród problemów tej natury wymieniane są myśli i zachowania samobójcze, ciężkie objawy niepokoju, depresji, lęku, odczuwanego stresu i wypalenia zawodowego – wśród pracowników medycznych i służb pomocowych. Problemy te dotyczą w różnym stopniu różnych grup społecznych, zawodowych i występują u osób we wszystkich przedziałach wiekowych, nie wyłączając dzieci i młodzieży oraz osób podeszłego wieku – szczególnie narażonych na ciężki przebieg choroby Covid-19.

Pandemia, która tak niespodziewanie „wystawiła na próbę” system ochrony zdrowia, powinna być też lekcją dla usług z zakresu zdrowia psychicznego. Tym, co wydaje się najważniejsze, są inwestycje w technologię e-zdrowia z możliwością zarządzania konsultacjami online. W pewnym zakresie jest to już możliwe w wybranych instytucjach, ale jest to nadal wyzwanie w skali województwa. Jednym z kluczowych zadań powinno być lobbowanie na rzecz powołania kolejnego Centrum Zdrowia Psychicznego na Dolnym Śląsku – w szczególności we Wrocławiu. Tylko psychiatryczna opieka środowiskowa jest w stanie nieść pomoc pacjentom mieszkającym samotnie i nagle narażonym na wyraźną izolację, rodzinom o wysokim poziomie konfliktów, a także wspierać rodziny, które mają dzieci z zespołem nadpobudliwości lub niepełnosprawnością intelektualną.

Jednym z priorytetów powinno być też rozpoznanie – poprzez badania naukowe – potrzeb dotyczących pomocy psychologiczno-psychiatrycznej, w grupach społecznych najbardziej narażonych na skutki pandemii. Są to: (1) osoby z populacji ogólnej objętej środkami ograniczającymi; (2) osoby poddane kwarantannie z powodu kontaktu z osobą zarażoną; (3) osoby z pozytywnym wynikiem zarażenia wirusem, ale nie wymagające hospitalizacji; (4) osoby z pozytywnym wynikiem na COVID-19, które były hospitalizowane i wyzdrowiały; (5) personel medyczny koordynujący lub zapewniający opiekę podczas pandemii; (6) krewni osób zmarłych; i (7) pacjenci leczeni z powodu zaburzeń psychicznych.

PROFILAKTYKA I ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ

Kierunki działań w obszarze uzależnień określa Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025) w ramach celu operacyjnego 2 – Profilaktyka uzależnień.

Aktem prawnym regulującym kwestie organizacji pomocy osobom uzależnionym od alkoholu jest ustawa z dnia 26 października 1982 r o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w tym w szczególności działalność wychowawczą i informacyjną, leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu a także zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie.

⁷⁹ Opracowanie – prof. Andrzej Kiejna

Przeciwdziałanie narkomanii realizuje się, w myśl ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej. Zadania określone ustawą realizowane są przez organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego, a także inne podmioty zaangażowane w przeciwdziałanie narkomanii jak również rodziny osób uzależnionych. Celem działań samorządu w tym zakresie jest profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i wiążącymi się z nimi zachowaniami ryzykownymi. Jest on realizowany za pomocą celów szczegółowych w oparciu o działania informacyjne i edukacyjne, szkoleniowe, medyczne, redukcję szkód i reintegrację społeczną osób uzależnionych a także badania i monitoring.

Samorząd województwa realizuje powyższe zadania w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

Środki finansowe przeznaczone na realizację tych zadań pochodzą przede wszystkim z tytułu opłat za wydanie zezwoleń na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu przedsiębiorcom posiadającym siedziby na terenie województwa dolnośląskiego. Mogą pochodzić również ze środków własnych Samorządu Województwa Dolnośląskiego, z budżetu państwa oraz z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.

Problemy związane z używaniem alkoholu

Tabela 29. Problem alkoholowy na Dolnym Śląsku – dane szacunkowe na podstawie wskaźników Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Uzależnieni od alkoholu	2% populacji	ok. 58 000
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	4% populacji	ok. 116 000
Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym	4% populacji	ok. 116 000
Osoby pljące szkodliwie	5-7% populacji	ok. 174 000
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	ok. 154 500

Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, www.parpa.pl (data dostępu 12.08.2020)

Do niedawna system leczenia osób uzależnionych od alkoholu był zorganizowany zasadniczo odrębnie od systemu leczenia osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych, choć w ramach obu tych systemów możliwe jest leczenie osób uzależnionych od kilku substancji (uzależnienia mieszane). Obecnie większość placówek prowadzi proces terapii wszystkich uzależnień i współuzależnienia.

W Polsce leczenie uzależnienia jest dobrowolne, z wyjątkiem sytuacji sądowego zobowiązania do leczenia. Leczenie może być prowadzone tylko przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne (w tym dzienne). Placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu są: 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 oraz hostele dla osób uzależnionych od alkoholu.

Tabela 30. Liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu poszczególnych typów

Rok	Poradnie PTUA	Dzienne oddziały leczenia uzależnień i uzależnienia od alkoholu DOTUA/DOTU	Całodobowe oddziały leczenia uzależnień i uzależnienia od alkoholu COTUA/COTU	Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych OLAZA	Hostele	Inne (w tym Całodobowe oddziały podwójnej diagnozy COPD)
2019	45	5	10	4	3	1

Źródło: PARPA, Ankieta „Działania poza lecznicze WOTUW”, Czarny Bór 2019

W porównaniu do roku 2013 zwiększyła się w województwie liczba poradni terapii uzależnienia od alkoholu, z 23 do 45 w roku 2019. Na terenie województwa funkcjonuje tylko jeden oddział podwójnej diagnozy i 4 oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Ofertę terapeutyczną leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży posiada 9 placówek, w tym: 6 poradni, 1 dzienny oddział, 1 całodobowy oddział oraz 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Osoby uzależnione i ich rodziny mają dostęp do kilkudziesięciu Klubów i Stowarzyszeń Abstynenckich/Trzeźwościowych, które znajdują się w większości powiatów w województwie.

Tabela 31. Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych

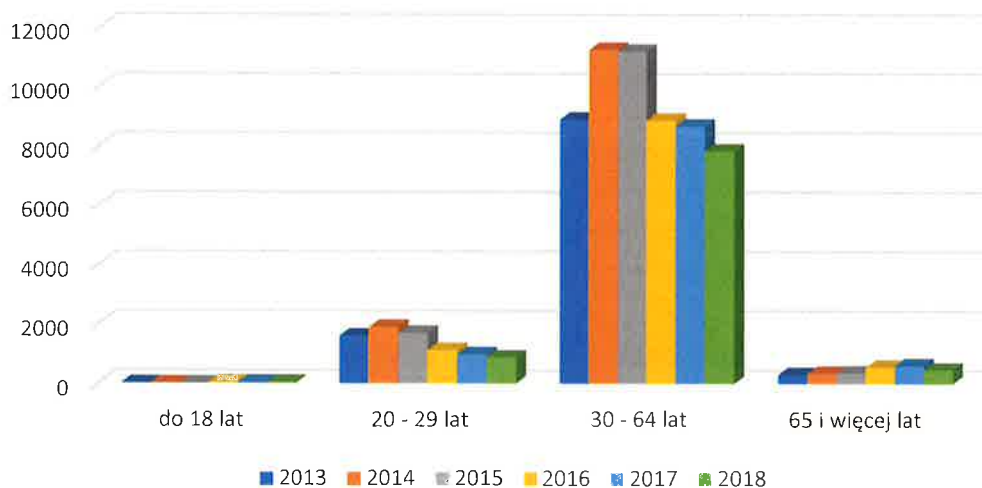
Rok	Uzależnieni zarejestrowani ogółem			Uzależnieni, którzy zgłosili się pierwszorazowo		
	Ogółem	Kobiety	% kobiet	Ogółem	Kobiety	% kobiet
2013	12356	2713	22%	5294	1311	25%
2014	14769	3337	23%	6285	1414	22%
2015	14731	3562	24%	5737	1174	20%
2016	11458	2564	22%	4418	1026	23%
2017	11323	2693	24%	4078	941	23%
2018	11424	2535	22%	3839	785	20%

Źródło: PARPA, Ankieta „Działania poza lecznicze WOTUW”, Czarny Bór 2019

Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych, leczonych w 2015r., w porównaniu z rokiem 2013 wzrosła o 16% (tabela nr 31). Widoczny był też liczbowy przyrost kobiet i mężczyzn uzależnionych w poszczególnych latach. Od roku 2016 następuje spadek liczby leczonych osób uzależnionych i taki poziom utrzymuje się do roku 2018.

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. Dane obejmujące lata 2013-2018 wskazują na znaczący wzrost (21%) w tej grupie do roku 2015, a następnie stopniowy spadek.

Wykres 41. Grupy wiekowe osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu



Źródło: PARPA, Ankieta „Działania poza lecznicze WOTUW”, Czarny Bór 2019

W celu oceny rozmiaru zjawiska używania alkoholu wśród młodzieży szkolnej Województwo Dolnośląskie zleca co 4 lata do realizacji badania ankietowe „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”⁸⁰. Ostatnie badanie zostało przeprowadzone w 2019 roku.

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak w dorosłej części społeczeństwa. Próby picia ma za sobą 84,2% piętnastolatków i 96,9% siedemnastolatków.

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiegokolwiek napoje alkoholowe 68,6% młodszych uczniów i 86,5% uczniów starszych. Picie napojów alkoholowych, choć malejące, jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 48,6% piętnastolatków i 72,2% siedemnastolatków. Jest to wynik nieco powyżej średniej europejskiej, co istotne, Polska znajduje się nieco poniżej tej średniej. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród całej młodzieży nadal jest piwo, a najmniej – wino.

Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz silnie upiło się 11,8% uczniów z młodszej kohorty i 18,7% ze starszej grupy wiekowej. Ten wskaźnik picia destrukcyjnego jest istotnie wyższy w województwie dolnośląskim w porównaniu populacją młodzieży w Polsce ogółem i wyższy od średniej europejskiej.

W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 60,8% uczniów młodszych i 31,8% uczniów starszych⁸¹.

Tabela 32. Picie napojów alkoholowych w Województwie Dolnośląskim w latach 2015 i 2019

poziom klasy	Wyszczególnienie	2015	2019
15 latkowie	Kiedykolwiek w życiu	84,2	79,0
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	71,2	68,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	49,0	48,4
17 latkowie	Kiedykolwiek w życiu	96,9	92,1

⁸⁰ Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach” ESPAD 2019 - audytoryjne badanie ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17 lat) Województwa Dolnośląskiego.

⁸¹ Charzyńska, K., Sierostawski, J. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach – Espad zrealizowanych w województwie dolnośląskim w 2019 r.* Wrocław, 2019 r., s.20

	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	92,9	86,5
	W czasie 30 dni przed badaniem	81,7	72,2

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015., ESPAD 2019

Wyniki badań ESPAD w województwie dolnośląskim pozwalają wysnuć wniosek, że szczególnym wyzwaniem jest znaczne rozpowszechnienie picie alkoholu przez dziewczęta. W młodszej grupie wiekowej dziewczęta w wyższym odsetku niż chłopcy piją napoje alkoholowe w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem w województwie dolnośląskim. Oznacza to potrzebę opracowania programów profilaktycznych uwzględniających specyfikę dziewcząt jako adresatów.

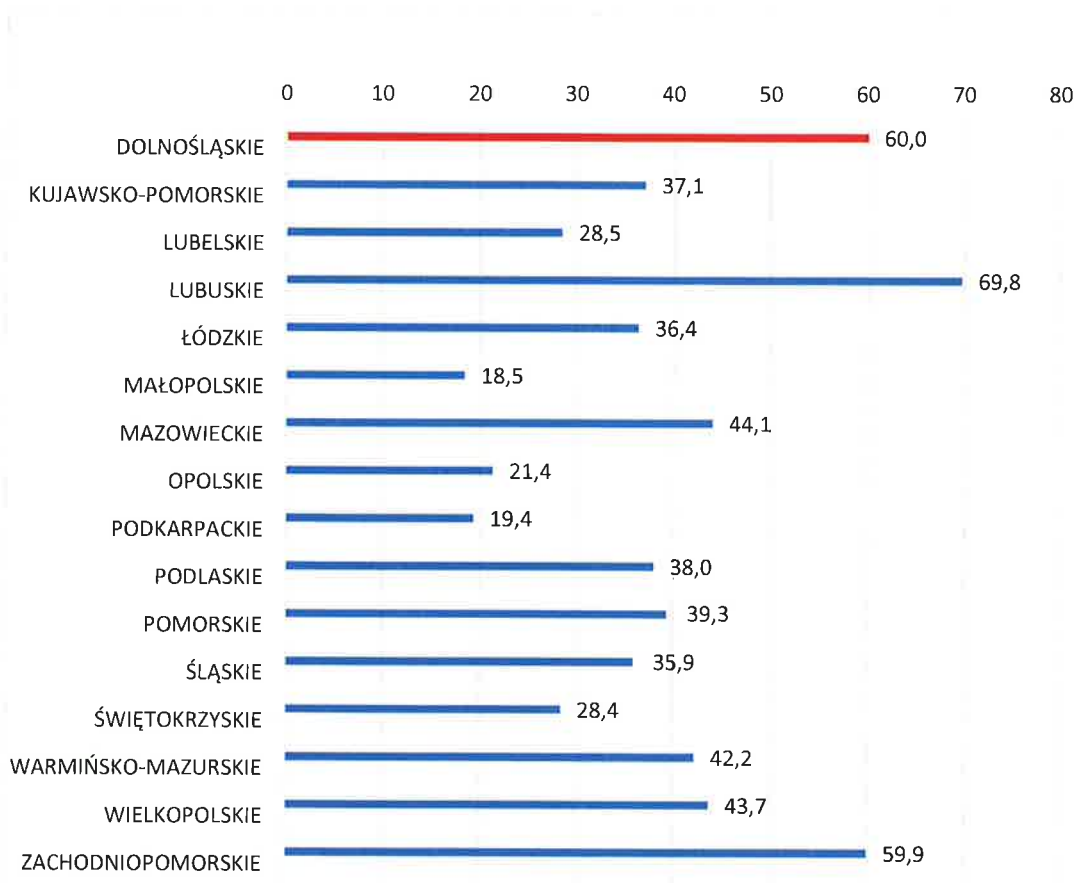
Narastanie liberalnych postaw rodziców wobec picia napojów alkoholowych przez ich dzieci sugeruje potrzebę edukacji rodziców w tym zakresie, jeśli chce się utrzymać paradygmat abstynencyjny profilaktyki. Ograniczanie dostępu nieletnim do alkoholu jest długoterminowym procesem wartym nie tylko kontynuacji, ale także zintensyfikowania.

Problemy związane z używaniem narkotyków

Według ostatnich zagregowanych danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w 2018 roku w całej Polsce z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, przyjęto do leczenia stacjonarnego ogółem 15.499 osób, z tego, z samego województwa dolnośląskiego 1.742 osób. Oznacza to, że niemal co dziesiąta leczona osoba pochodziła z Dolnego Śląska. Biorąc pod uwagę współczynnik na 100 tys. mieszkańców - województwo dolnośląskie plasuje się na 2. miejscu – spadek z 1. w 2013 roku (wykres nr 42) i jest to wynik nadal znacząco powyżej średniej ogólnopolskiej. Wysoki wskaźnik dla naszego regionu nadal w znacznej mierze wynika z graniczenia z Republiką Czeską, posiadającą bardziej liberalną politykę narkotykową. Tu też mieści się nadal turystyka narkotykowa polegająca na wykupywaniu w polskich aptekach - z tego regionu, bezreceptowych leków zawierających pseudoefedrynę (w Czechach preparaty zawierające pseudoefedrynę są dostępne tylko na receptę). Leki te na terenie Czech przetwarzane są w metaamfetaminę (tzw. pico), która sporadycznie trafia do dystrybucji po polskiej stronie pogranicza⁸².

⁸² Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, *Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2021-2024*, Wrocław, 2021, s. 32

Wykres 42. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2018 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta (współczynnik na 100 tys.). POLSKA – 40,4



Źródło: Zakład Zdrowia Publicznego IPIN, form. MZ/Szp-11B

Sytuację w obszarze używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną obrazują wyniki wspomnianych wcześniej badań Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD 2015 i ESPAD 2019.

Wśród nastolatków na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (24,6% - piętnastolatkwie, 41,9% - siedemnastolatkwie) a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (14,6% - piętnastolatkwie i 21,1% - siedemnastolatkwie).

W młodszej kohorcie na trzecim miejscu pojawiło się też wysoko punktowane połączenie marihuany i alkoholu – 11,9%, a na czwartym substancje wziewne – 7,4%. W starszej kohorcie na trzecim miejscu nadal znajduje się amfetamina – 8% oraz substancje wziewne – 8,7%. W grupie tej również jest wysoko punktowane używanie marihuany z alkoholem.

W przypadku większości substancji rozpowszechnienie eksperymentowania jest podobne w obu badanych kohortach⁸³.

⁸³ Charzyńska, K., Sierosławski, J. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach – Espad zrealizowanych w województwie dolnośląskim w 2019 r.* Wrocław, 2019 r., s 38

Tabela 33. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu

poziom klasy w latach	Wyszczególnienie	Dolnośląskie		Polska	
		2015	2019	2015	2019
15 latkowie	Marihuana lub haszysz	30,5	24,6	25,0	21,4
	Substancje wziewne	11,0	7,4	11,2	8,6
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,0	14,6	17,0	15,1
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	7,5	6,4	7,4	6,6
	Amfetamina	4,7	4,7	5,3	4,2
	Metamfetamina	3,4	2,7	3,6	3,0
	LSD lub inne halucynogeny	4,0	3,8	5,5	3,2
	Kokaina	4,0	3,1	4,4	2,9
	Alkohol razem z tabletkami	5,5	5,6	5,7	5,3
	Alkohol z marihuaną i pochodnymi		11,9		12,1
17 latkowie	Marihuana lub haszysz	53,6	41,9	43,0	37,2
	Substancje wziewne	7,2	8,7	7,6	6,9
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,0	21,1	17,9	18,3
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	6,4	8,8	6,7	5,9
	Amfetamina	8,3	8,0	7,1	4,7
	Metamfetamina	4,2	4,7	3,9	2,9
	LSD lub inne halucynogeny	4,9	6,2	5,2	4,2
	Kokaina	3,4	4,4	4,3	3,1
	Alkohol razem z tabletkami	6,6	10,4	7,3	6,9
	Alkohol z marihuaną i pochodnymi		26,2		24,1

Źródło: K. Charzyńska, J. Sierosławski, ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019

Związek między używaniem substancji a płcią występuje na niższym poziomie nauczania jedynie w zakresie używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza. Eksperymentowanie z tymi substancjami znacząco bardziej rozpowszechnione jest wśród dziewcząt.

W Województwie Dolnośląskim notujemy znacząco wyższe wskaźniki używania przetworów konopi niż w Polsce a także wyższe niż średnio w Europie. Istotnym czynnikiem sprzyjającym używaniu substancji psychoaktywnych są oczekiwania wobec tych substancji. Młodzież spodziewa się raczej pozytywnych konsekwencji picia alkoholu i palenia marihuany niż skutków negatywnych. Takie wzory antycypacji stanowią istotny czynnik ryzyka używania substancji stanowiąc wyzwanie dla działań profilaktycznych.

„Dopalacze” określić można jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nie objęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne – syntetycznego. Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to nieprzebadane substancje przyjmowane wedle nowych nierozpoznanych wzorów. W efekcie brak doświadczeń z tymi substancjami u użytkowników zwiększa ryzyko powikłań. O niektórych z tych substancji można przypuszczać, że są bardziej niebezpieczne niż ich już nielegalne odpowiedniki, inne mogą się okazać całkiem niegroźne. Do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu, przyznało się 4,5% gimnazjalistów i 6,6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Odsetki aktualnych użytkowników są sporo niższe (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 3,7%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 5,0%). W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało tylko 3,2% badanych z pierwszej grupy i 4,0% z

drugiej grupy. Te niskie odsetki wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności „dopalaczy” w konsekwencji zamknięcia sklepów z tymi substancjami jesienią 2010 r. i szerokim działaniem profilaktyczno-prewencyjnym⁸⁴.

Problem uzależnień behawioralnych

Problem uzależnień behawioralnych jest zagadnieniem stosunkowo nowo zdefiniowanym. Badania w naszym kraju podejmujące ten temat, to głównie badania na reprezentatywnej próbie młodych osób w wieku 15-16 lat oraz 17-18 lat (badanie ESPAD, *European School Survey Project on Alcohol and Drugs*), badania prowadzone na dorosłej populacji, jak również badania metodami jakościowymi. W województwie dolnośląskim w ramach szkolnych badań ESPAD temat uzależnień behawioralnych podejmowany był w roku 2011 oraz w rozszerzonym zakresie w roku 2015 i 2019. Zaznaczyć należy, że badania te są w stanie uchwycić kwestię używania problemowego, niewiele zaś mówią o samym uzależnieniu. Badanie podejmowało trzy zagadnienia: używanie mediów społecznościowych, granie w gry na urządzeniach elektronicznych oraz hazard.

Największa aktywność badanych w Internecie koncentruje się w mediach społecznościowych, takich jak Facebook, Twitter i Skype, z których w ciągu ostatnich 7 dni przed badaniem korzystało 91,2% piętnastolatków i 95,7% siedemnastolatków. Analiza typowego dnia roboczego młodzieży ujawnia najliczniejszą grupę badanych, która korzysta z Internetu 2-3 godzin dziennie (31,2%).

W przypadku typowego dnia weekendowego, najliczniejsza (27,2%) jest grupa korzystająca z Internetu ponad 6 godzin a na kolejnej pozycji (24,7%) znajduje się grupa osób, która poświęca na tę aktywność około 4-5 godzin dziennie⁸⁵.

Analizując zagadnienie korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych zaznaczyć należy, że najliczniejszą frakcją (około 30%) stanowili badani, którzy w ogóle z nich nie korzystali⁸⁶. Analiza typowego dnia roboczego graczy w obu kohortach ujawnia najliczniejszą (około 17,7%) grupę badanych, którzy grali 2-3 godziny dziennie. W przypadku typowego dnia weekendowego dominuje grupa badanych grających 2-3 godziny (około 16%). Mniej więcej co drugi badany z obu poziomów nauczania jest przekonany, że za dużo czasu spędza w mediach społecznościowych, a mniej więcej co piąty piętnastolatek i co dziesiąty siedemnastolatek – że za dużo gra na urządzeniach elektronicznych.

Około 20% młodzieży grało chociaż raz w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać. W czasie ostatnich 30 dni takie zachowanie zadeklarowało 6,9% uczniów trzecich klas gimnazjów i 8,1% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Można szacować, że 2% piętnasto-szesnastolatków i 1,5% siedemnasto-osiemnastolatków może być zagrożonych hazardem problemowym⁸⁷.

Pandemia COVID 19 przyczyniła się do wzrostu zachowań związanych z możliwością rozwoju uzależnień behawioralnych. Wskazane jest włączenie zagadnień uzależnień behawioralnych do oddziaływań w obszarze profilaktyki uniwersalnej. Należy ponadto wspierać działanie instytucji i organizacji działających na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym oraz udzielającym pomocy osobom uzależnionym. W procesie szkolenia terapeutów placówek terapii uzależnień należy kontynuować tematykę dotyczącą metodyki terapii osób uzależnionych behawioralnie⁸⁸.

⁸⁴ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, *Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2021-2024*, Wrocław, 2021, s. 27

⁸⁵ Charzyńska, K., Sierostawski, J. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach – Espad zrealizowanych w województwie dolnośląskim w 2019 r.* Wrocław, 2019 r., s.5

⁸⁶ Tamże, s.87

⁸⁷ Tamże, s. 5

⁸⁸ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, *Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2021-2024*, Wrocław, 2021, s. 46

PRZEMOC W RODZINIE

Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem społecznym, które, jak określono w preambule do Ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2020 poz. 218 ze zm.), narusza podstawowe prawa człowieka, w tym prawo do życia i zdrowia oraz poszanowania godności osobistej. Dlatego też zadaniem instytucji publicznych powinno być stworzenie takiego systemu działań, którego celem głównym jest ograniczenie skali występowania zjawiska oraz minimalizowanie jego niekorzystnych efektów poprzez:

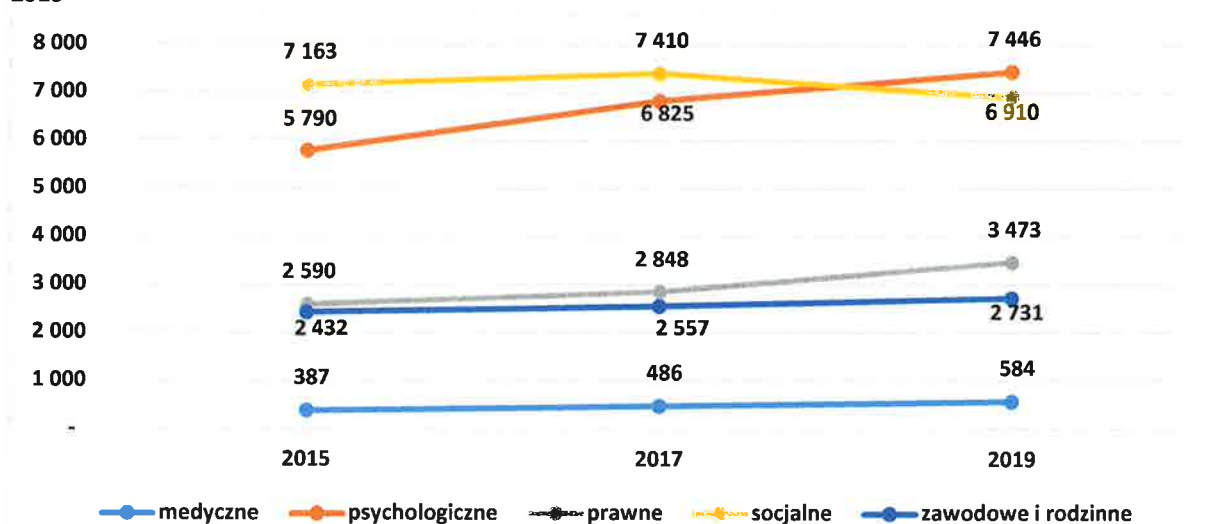
- działania profilaktyczne, mające za zadanie kształtowanie świadomości społecznej oraz wzorców zachowań pozbawionych przemocy, jak i dostarczanie wiedzy na temat zjawiska przemocy oraz systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- działania na rzecz osób doświadczających przemocy o charakterze interwencyjnym, doradczym, wspierającym i terapeutycznym
- działania kierowane do osób stosujących przemoc w rodzinie, mające wymiar interwencyjny, oraz edukacyjno-korekcyjny, których celem jest zmiana wzorców zachowań z przemocowych na pozbawione przemocy
- działania kierowane do służb pomocy i integracji społecznej, mające na celu ich profesjonalizację oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu.

Przemoc w rodzinie definiowana jest jako jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa czy dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.

Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie sporządzona została na podstawie sprawozdań z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie (KPPPW); ze względu na fakt, iż formularze sprawozdawcze uległy zmianie w 2014r. zasięg czasowy diagnozy ograniczony został do lat 2015-2019. Z danych sprawozdawczych realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w województwie dolnośląskim wynika, że w roku 2019 działaniami Zespołów Interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie (ZI) objętych było 5.485 rodzin (14.914 osób), a działaniami Grup Roboczych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie (GR) 8.618 rodzin (24.367 osób). Procedurę Niebieskie Karty w 2019r. wszczęto wobec 5.581 rodzin. Na przestrzeni lat 2015-2019 liczba osób objęta działaniami ZI systematycznie rosła, choć dynamika wzrostu ulega spowolnieniu – w porównaniu z rokiem 2015 liczba osób objętych działaniami ZI w 2019r. zwiększyła się o 1952 osoby (ok. 15%), zaś w porównaniu z 2017r. o 783 osoby (ok. 5,5%). Wzrosła również liczba osób objęta działaniami GR – o 927 osób (ok. 4%) w porównaniu z rokiem 2015 i o 621 osób (ok. 2,6%) w porównaniu z rokiem 2017. Liczba rodzin, wobec których wszczęto procedurę Niebieskie Karty na przestrzeni wskazanych lat oscylowała wokół 5.5 tys.

W latach 2015-2017 liczba osób, które w związku z przemocą w rodzinie potrzebowały wsparcia w formie poradnictwa zwiększyła się, zaś w perspektywie dwóch kolejnych lat uległa niewielkiemu zmniejszeniu. W 2015r. z poradnictwa skorzystało 11.107 osób, w 2017r. – 13.192 osoby, a w 2019 – 12.898 osób. Najczęściej korzystano z poradnictwa psychologicznego i socjalnego, a w dalszej kolejności z prawnego oraz zawodowego i rodzinnego, najrzadziej z poradnictwa medycznego. W odniesieniu niemal do wszystkich rodzajów poradnictwa na przestrzeni lat 2015-2019 odnotować można wzrost liczby osób korzystających, jedynie w przypadku poradnictwa socjalnego pomiędzy rokiem 2017 a 2019 nastąpił spadek liczby korzystających o 6,8%. Szczegółowe informacje na temat liczby korzystających z poradnictwa w związku z przemocą w rodzinie z uwzględnieniem form poradnictwa przedstawia poniższy wykres nr 43.

Wykres 43. Liczba osób korzystających z różnych form poradnictwa w związku z przemocą w rodzinie w latach 2015-2019



Źródło: Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie (KPPwR) za rok 2015, 2017 i 2019

Osoby doświadczające przemocy mogą skorzystać także ze wsparcia oferowanego przez placówki prowadzone przez gminne i powiatowe jednostki organizacyjne. W 2019r. na terenie województwa dolnośląskiego działały 62 punkty konsultacyjne dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie, z których skorzystało 2.209 osób, 27 ośrodki interwencji kryzysowej (OIK), obejmujące wsparciem 3975 osób, 2 specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, z których skorzystało 190 osób, 1 ośrodek wsparcia dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie, obejmujący wsparciem 10 osób, 1 dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, obejmujący wsparciem 74 osoby oraz 4 inne placówki świadczące specjalistyczną pomoc dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie, które udzieliły wsparcia 19 osobom. W latach 2015-2019 nastąpił wzrost liczby placówek świadczących wsparcie osobom doświadczającym przemocy, szczególnie tych, które obejmują pomocą największą liczbę osób, czyli ośrodków interwencji kryzysowej i punktów konsultacyjnych dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie. Szczegółowe dane na temat infrastruktury wsparcia dla osób doświadczających przemocy w latach 2015-2019 prezentuje poniższa tabela nr 34.

Tabela 34. Infrastruktura wsparcia osób doświadczających przemocy w rodzinie w latach 2015-2019

Infrastruktura wsparcia osób doświadczających przemocy									
Wyszczególnienie	2015			2017			2019		
	liczba placówek	liczba miejsc	liczba osób	liczba placówek	liczba miejsc	liczba osób	liczba placówek	liczba miejsc	liczba osób
Punkty konsultacyjne dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie	50	x	3225	62	x	2576	62	x	2209
Ośrodki wsparcia dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie	1	8	24	1	8	10	1	8	10
Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży	0	0	0	0	0	0	1	30	74
Ośrodki interwencji kryzysowej	18	2194	2032	20	1863	1890	27	3019	3975
Inne placówki świadczące specjalistyczną pomoc dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie	7	498	572	3	74	29	4	16	19
Specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie	2	443	443	2	55	1490	2	55	190
Ogółem	78	3143	6296	88	2000	5995	97	3128	6477

Źródło: Sprawozdanie z realizacji KPPPwR za rok 2015, 2017 i 2019

Elementem wspierającym osoby doświadczające przemocy w rodzinie jest także telefon zaufania. W województwie dolnośląskim w 2019r. dostępnych było 49 lokalnych telefonów zaufania, o 3 więcej niż w roku 2015 i 2017.

W województwie dolnośląskim prowadzone są również działania kierowane do osób stosujących przemoc, których celem jest ograniczanie zachowań przemocowych. Ważnym elementem tych działań jest prowadzenie programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie. W 2019r. w programach K-E uczestniczyły 352 osoby, w tym 274 mężczyzn i 78 kobiet (ukończyły je 160 osób). W 2015r. w programach oddziaływań K-E wzięło udział 387 osób, w tym 318 mężczyzn i 69 kobiet (ukończyły je 202 osoby), zaś w 2017r. – 417 osób, w tym 311 mężczyzn i 106 kobiet (program ukończyły 205 osób).

W 2019r. w województwie dolnośląskim funkcjonowało 169 Zespołów Interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie – po jednym w każdej gminie województwa dolnośląskiego i ich liczba na przestrzeni lat nie uległa zmianie. Rośnie natomiast liczba Grup Roboczych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie – w 2015r. w gminach województwa dolnośląskiego działało 5.676 GR, w 2017r. – 5.756 GR, zaś w 2019r. – 7.707 GR.

Osoby wchodzące w skład ZI i GR, w związku z często skomplikowaną i złożoną naturą spraw z obszaru przeciwdziałania przemocy w rodzinie, z którymi stykają się w swojej działalności, potrzebują zróżnicowanej i kompleksowej wiedzy specjalistycznej oraz umiejętności psychospołecznych i komunikacyjnych, dzięki którym uda im się skutecznie wspierać osoby doświadczające przemocy oraz prowadzić działania wobec osób stosujących przemoc. Istotnym wsparciem dla tych służb mogą być szkolenia mające na celu wzrost kompetencji i umiejętności zawodowych oraz superwizja będąca formą ewaluacji pracy własnej, rozpoznania mocnych i słabych stron, wzmocnienia posiadanych kompetencji oraz formą wsparcia psychicznego osoby w niej uczestniczącej, co przeciwdziała wypaleniu zawodowemu. Jednym z podmiotów realizujących szkolenia z obszaru przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej. W latach 2015-2019 DOPS zorganizował 49 szkoleń, w których uczestniczyło 1255 osób. Obok szkoleń istotnym elementem

wsparcia pracowników służb społecznych realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest superwizja. W latach 2015-2019 DOPS objął tą formą wsparcia i profesjonalizacji pracy własnej 1159 osób, wchodzących w skład ZI i GR ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Ważnym elementem systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest profilaktyka i upowszechnianie wiedzy o zjawisku przemocy w rodzinie oraz dostępnych formach pomocy dla osób dotkniętych tym problemem. W 2019r. przeprowadzono 100 lokalnych kampanii społecznych, mających na celu kształtowanie świadomości społecznej w odniesieniu do zjawiska przemocy w rodzinie. W porównaniu z 2015 było ich więcej o 24, a w porównaniu z 2017 – o 1 kampanię społeczną. Kwestią istotną w kontekście profesjonalizacji kadr pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest finansowanie szkoleń i innych form wsparcia rozwoju zawodowego kadr. Zdecydowana większość środków finansowych na szkolenia w ostatnich latach pochodziła z dotacji z budżetu państwa. W przypadku ograniczenia lub braku dotacji, konieczne będzie znalezienie innego źródła finansowania dla tych przedsięwzięć, w tym również środków własnych budżetu Samorządu Województwa Dolnośląskiego.

Przemoc w rodzinie a pandemia Covid-19

Podobnie, jak w odniesieniu do wielu innych obszarów, również w przypadku przemocy w rodzinie, trudno jest o zweryfikowaną danymi empirycznymi wiedzę na temat wpływu pandemii koronawirusa na występowanie i przebieg tego zjawiska.

Z informacji pozyskiwanych od innych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, organizacji pozarządowych działających na rzecz ograniczania przemocy w rodzinie, z informacji przekazywanych przez Stowarzyszenie „Niebieska Linia” wynika, że wymuszona przez lockdown częściowa lub całkowita izolacja członków rodziny w ograniczonej przestrzeni lokalu mieszkalnego, stres związany z przenikaniem się środowiska pracy i środowiska domowego (zdalna praca i nauka), ograniczenia w dostępie do różnorodnych form spędzania czasu wolnego czy wzorce rozładowywania stresu przy pomocy substancji psychoaktywnych, mogły być czynnikami wpływającymi na wzmożone stosowanie różnych form przemocy wobec bliskich. Nasilone występowanie przemocy w rodzinie znajduje odzwierciedlenie w statystykach Komendy Głównej Policji⁸⁹ dotyczących województwa dolnośląskiego. Z opublikowanych przez KGP danych wynika, że w 2020r. funkcjonariusze jednostek podległych Komendzie Wojewódzkiej Policji we Wrocławiu wypełnili 8.318 formularzy „Niebieska Karta-A”, o 2.637 formularzy więcej niż w roku 2019 i o 3.243 formularzy więcej w porównaniu z rokiem 2018. Oczywiście trudno o jednoznaczne stwierdzenie, iż bezpośrednią i jedyną przyczyną wzrostu liczby wypełnionych formularzy „Niebieskiej Karty-A” była pandemia koronawirusa, jednak tak dynamiczny wzrost liczby formularzy w perspektywie jednego roku może wskazywać na koincydencję tych dwóch zjawisk. Wyprowadzenie bezpośredniej relacji przyczynowo-skutkowej utrudnia dodatkowo fakt, iż poza województwem dolnośląskim, wzrost liczby formularzy „Niebieska Karta-A” odnotowano jeszcze w województwach wielkopolskim (o 871 formularzy) oraz mazowieckim (o 232), w pozostałych województwach odnotowano spadek liczby formularzy.

Inną kwestią poruszaną przez podmioty pracujące w obszarze przeciwdziałania przemocy związaną z pandemią jest możliwość korzystania z różnych form wsparcia przez osoby doświadczające przemocy oraz prowadzenia oddziaływań wobec osób stosujących przemoc w rodzinie. Duża część działań, ze względu na ograniczenia epidemiczne, została przeniesiona w tryb kontaktu zdalnego, z wykorzystaniem komunikacji telefonicznej czy Internetowej. Taka forma kontaktu niosła wiele ograniczeń, szczególnie dla osób doświadczających przemocy, które często nie mogły, ze względu na fizyczną obecność innych osób w

⁸⁹ Informacja dotycząca realizacji przez Policję procedury „Niebieskie Karty” w 2020r., Wydział Prewencji Komendy Głównej Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie>, dostęp: 31.05.2021r.

przestrzeni mieszkalnej, w tym również osoby stosującej przemoc, swobodnie wyrażać swoich myśli, potrzeb i problemów. Dlatego też część podmiotów, obok form zdalnych, zachowała możliwość kontaktu bezpośredniego w sytuacjach, które tego kontaktu wymagały, z zachowaniem obowiązującego reżimu sanitarnego. Także w odniesieniu do pracy z osobami stosującymi przemoc w rodzinie w okresie pandemii starano się w miarę możliwości wykorzystywać formy kontaktu zdalnego, tak by zachować ciągłość oddziaływań, co niosło ze sobą zarówno ograniczenia, jak i pozwoliło na pobudzanie nowych obszarów kompetencji uczestników oddziaływań (np. nabycie umiejętności obsługi programów do komunikacji zdalnej przez Internet, zwiększenie odpowiedzialności za udział własny w oddziaływaniach).

Kolejną kwestią, która wymagała przeformułowania w związku z trwaniem pandemii, było prowadzenie szkoleń oraz superwizji dla podmiotów z obszaru przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Przeformułowania wymagała zarówno forma prowadzenia szkoleń – konieczność wdrożenia form zdalnych, jak i problematyki szkoleń. Niestety nie wszystkie szkolenia z tego obszaru można prowadzić w formie zdalnej z takim samym czy porównywalnym efektem, jak w przypadku form stacjonarnych. Istnieje szereg obszarów problemowych, wymagających pogłębionej refleksji w perspektywie indywidualnej oraz grupowej, pracy warsztatowej w bezpośredniej relacji z drugim człowiekiem, uwzględnienia wartości merytorycznej efektu grupowego (sprzężenia grupowego), a są to kwestie, które tylko w ograniczonym zakresie można uzyskać podczas pracy w formie zdalnej. Dodatkowym elementem wpływającym na efektywność procesu szkoleniowego były wszelkiego rodzaju problemy sprzętowe i techniczne, ograniczenia związane z dostępem do Internetu, kumulacją obowiązków zawodowych skutkującą ograniczonym udziałem w szkoleniu. Wydaje się jednak, iż w sytuacji niemożności realizacji działań w tym obszarze w formach bezpośrednich, część zagadnień może z powodzeniem być prowadzona z wykorzystaniem narzędzi zdalnych.

W odniesieniu do superwizji forma zdalna jej prowadzenia wydaje się być rozwiązaniem akceptowalnym w sytuacji niemożności zrealizowania spotkania stacjonarnego. Problemy, jakie pojawiały się w związku z prowadzeniem superwizji w formie zdalnej były analogiczne, jak w przypadku szkoleń.

SYSTEM WSPARCIA I POMOCY SPOŁECZNEJ

Korzystanie z pomocy społecznej

W województwie dolnośląskim w 2019 roku jakkolwiek pomocą i wsparciem w ramach instytucji pomocy społecznej objętych zostało 173.455 mieszkańców regionu (tabela nr 35). Stanowili oni 6,1⁹⁰% ogółu mieszkańców województwa. Na przestrzeni ostatnich lat obserwować można było wzrost liczby osób objętych wsparciem systemowym w pierwszej połowie dekady oraz spadek ich liczby w drugiej połowie dekady. Od 2019r. uwidacznia się trend wzrostowy liczby osób objętych pomocą i wsparciem. W roku tym zanotowano wzrost ich liczby o 14.705 (ponad 9%) osób w porównaniu z rokiem 2018. Podobnie w 2020r. prognozowany jest niewielki wzrost liczby osób objętych pomocą i wsparciem – o 3.232 (1,9%) osoby w porównaniu z rokiem 2019.

Tabela 35. Dane o korzystających z pomocy i wsparcia w województwie dolnośląskim w latach 2010-2020

WYSZCZEGÓLNIENIE	2010	Rok 2015	Rok 2019	Prognoza Rok 2020
OSOBY I RODZINY, KTÓRYM UDZIELONO POMOCY I WSPARCIA				
Liczba osób	152 962	182 184	173 455	176 687
OSOBY I RODZINY, KTÓRYM PRZYZNANO ŚWIADCZENIE				
Liczba osób	137 974	110 882	81 088	83 315

⁹⁰ Liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego w dniu 31.12.2018r. wynosiła 2.901,2 tys. (Dane z Rocznika Statystycznego Województwa Dolnośląskiego 2019 (s.106).

W tym: osoby długotrwale korzystające	54 604	60 269	37 166	37 844
Liczba rodzin	97 011	80 830	56 661	58 833
Liczba osób w rodzinach	230 137	168 456	101 314	104 249

Źródło: OZPS za rok 2012, 2015 i 2019

Na przestrzeni lat zmienia się również natężenie występowania problemów, stanowiących podstawę ubiegania się o pomoc społeczną. W roku 2010 i 2015 najczęstszymi przyczynami korzystania rodzin z pomocy społecznej było ubóstwo⁹¹ oraz bezrobocie, a w dalszej kolejności niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego oraz alkoholizm. W roku 2019 obok ubóstwa najczęściej pomoc społeczną przyznawano rodzinom z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby oraz niepełnosprawności, a dopiero w następnej kolejności z powodu bezrobocia, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego oraz alkoholizmu. Na przestrzeni lat 2010-2019 zmniejszenie skali występowania odnotować można w odniesieniu do niemal wszystkich problemów społecznych uprawniających do ubiegania się o pomoc społeczną, z wyjątkiem długotrwałej lub ciężkiej choroby, gdzie liczba rodzin, którym przyznano pomoc z tego tytułu, utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Tendencje te świadczą o poprawiającej się sytuacji gospodarczej i ekonomicznej w wymiarze globalnym i indywidualnym, z drugiej strony zaś o rosnącym wpływie przemian demograficznych na korzystanie z pomocy społecznej. Biorąc pod uwagę trendy demograficzne, można przypuszczać, iż również w przyszłości powody korzystania z pomocy społecznej związane ze starzeniem się społeczeństwa, będą dominujące, co powoduje konieczność tworzenia i wdrażania rozwiązań ukierunkowanych na rozwój usług indywidualnych, środowiskowych i stacjonarnych na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych. Szczegółowe dane na temat przyczyn korzystania z pomocy społecznej w latach 2010-2019 prezentuje poniższa tabela nr 36.

⁹¹ Powód trudnej sytuacji życiowej uprawniający do korzystania z pomocy społecznej w powiązaniu z innymi przyczynami

Tabela 36. Liczba rodzin i osób korzystających z pomocy społecznej w latach 2010-2019 wg przyczyn

POWÓD TRUDNEJ SYTUACJI ŻYCIOWEJ		2010		2015		2019	
		LICZBA RODZIN		LICZBA RODZIN		LICZBA RODZIN	
		OGÓŁEM	LICZBA OSÓB W RODZINACH	OGÓŁEM	LICZBA OSÓB W RODZINACH	OGÓŁEM	LICZBA OSÓB W RODZINACH
UBÓSTWO	1	49 757	118 667	46 390	100 002	29 378	52 202
SIEROCTWO	2	130	351	87	212	32	103
BEZDOMNOŚĆ	3	2 841	3 581	3 062	3 700	2 773	3 022
POTRZEBA OCHRONY MACIERZYŃSTWA	4	5 347	26 267	5 975	28 584	3 322	15 115
W TYM:							
WIELODZIENTNOŚĆ	5	2 793	16 614	3 607	20 301	1 924	10 342
BEZROBOCIE	6	49 683	132 891	38 863	94 378	18 827	40 806
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	7	28 807	55 883	26 590	47 576	22 323	34 162
DŁUGOTRWAŁA LUB CIĘŻKA CHOROBA	8	28 454	57 164	28 524	50 113	28 259	41 701
BEZRADNOŚĆ W SPRAWACH OPIEK.-WYCHOWAWCZYCH I PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO - OGÓŁEM	9	16 565	56 689	12 957	42 096	9 929	26 767
W TYM:							
RODZINY NIEPEŁNE	10	10 771	34 464	7 648	23 838	4 152	12 508
RODZINY WIELODZIENTNE	11	3 502	20 459	2 624	14 741	1 283	7 059
PRZEMOC W RODZINIE	12	1 020	3 254	1 158	3 557	780	2 217
POTRZEBA OCHRONY OFIAR HANDLU LUDŹMI	13	-	-	2	2	16	48
ALKOHOLIZM	14	7 128	14 826	6 008	10 411	4 506	6 466
NARKOMANIA	15	382	575	599	1 062	565	839
TRUDNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU DO ŻYCIA PO ZWOLNIENIU Z ZAKŁADU KARNEGO	16	1 604	2 555	1 283	1 902	745	1 001
TRUDNOŚCI W INTEGRACJI OSÓB, KTÓRE OTRZYMAŁY STATUS UCHODŹCY LUB OCHRONĘ UZUPEŁNIAJĄCĄ	18	5	11	37	86	11	18
ZDARZENIE LOSOWE	19	1 371	3 669	522	1 249	314	703
SYTUACJA KRYZYSOWA	20	364	964	578	1 593	270	626
KŁĘSKA ŻYWIOŁOWA LUB EKOLOGICZNA	21	143	191	423	667	90	236

Źródło: Sprawozdanie MRPiPS-03 za rok 2010, 2015 i 2019

Udział osób korzystających z pomocy społecznej w ogólnej liczbie mieszkańców województwa można zmierzyć za pomocą wskaźnika deprivacji lokalnej, który wyraża stosunek liczby osób w rodzinach korzystających z pomocy społecznej do liczby mieszkańców gminy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Dane zawarte w poniższej tabeli nr 37 obrazują średnią wskaźnika dla województwa dolnośląskiego. Na przestrzeni lat 2010-2019 wskaźnik deprivacji lokalnej uległ znaczącemu ograniczeniu. W 2010 roku średnio na 1000 mieszkańców województwa przypadało 47,3 osób w rodzinach korzystających z pomocy społecznej, w 2015r. wartość wskaźnika zmniejszyła się o 9,1 osób, a w 2019r. z pomocy społecznej skorzystało o średnio

19,4 osób mniej na 1000 mieszkańców w porównaniu z 2010 rokiem. Wg prognoz wskaźnik ten w kolejnym roku utrzyma się na zbliżonym poziomie z lekką tendencją wzrostową.

Tabela 37. Wskaźnik deprivacji lokalnej w województwie dolnośląskim w latach 2010-2020

Lata	Rok 2010	Rok 2015	Rok 2019	Prognoza Rok 2020
Liczba osób w rodzinach, którym przyznano świadczenie	137 974	110 882	81 088	83 315
Liczba mieszkańców	2 917 242	2 904 207	2 900 163	2 900 163
Wartość wskaźnika*	47,3	38,2	27,9	28,7

* (liczba osób pobierających świadczenia pomocy społecznej/ liczba mieszkańców) * 1000.

Źródło: OZPS za rok 2010, 2015, 2019; dane BDL GUS

Infrastruktura pomocy społecznej i wsparcia

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.

Warto nadmienić także, iż z dniem 1 stycznia 2020r. na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019 poz. 1818) wprowadzona została możliwość utworzenia na szczeblu gminnym jednostki organizacyjnej – Centrum Usług Społecznych (CUS) lub przekształcenia istniejącego ośrodka pomocy społecznej w CUS. Zadaniem CUS jest zaspokajanie potrzeb wspólnoty samorządowej poprzez działania z zakresu: polityki prorodzinnej, wspierania rodziny, systemu pieczy zastępczej, pomocy społecznej, promocji i ochrony zdrowia, wspierania osób niepełnosprawnych, edukacji publicznej, przeciwdziałania bezrobociu, kultury, kultury fizycznej i turystyki, pobudzania aktywności obywatelskiej, mieszkalnictwa, ochrony środowiska, reintegracji zawodowej i społecznej. Utworzenie i prowadzenie CUS należy do zadań gminy o charakterze fakultatywnym.

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, 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. Informację zbiorczą na temat liczebności głównych typów jednostek pomocy i integracji społecznej na przestrzeni lat 2010-2019 zawiera poniższa tabela nr 38.

Tabela 38. Liczba jednostek organizacyjnych pomocy i integracji społecznej w latach 2010-2019

WYSZCZEGÓLNIENIE	rok 2010*	rok 2015*	rok 2017*	rok 2018*	rok 2019*
	liczba placówek ogółem**				
DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ	55	59	58	57	57
OŚRODKI WSPARCIA	93	102	110	120	155
RODZINNE DOMY POMOCY	0	0	0	0	0
MIESZKANIA CHRONIONE	18	26	26	43	71
OŚRODKI INTERWENCJI KRYZYSOWEJ	13	15	11	13	18
JEDNOSTKI SPECJALISTYCZNEGO PORADNICTWA	0	3	2	2	4
CENTRA INTEGRACJI SPOŁECZNEJ	2	5	6	6	6
KLUBY INTEGRACJI SPOŁECZNEJ	x	3	3	4	4
* obliczenia własne na podstawie danych zawartych w sprawozdaniu MRPiPS-03R za 2010, 2015 i 2017r., Sprawozdaniu CIS i KIS za rok 2015 oraz lata 2017-2019 oraz dane OZPS za 2019r.					
** liczba jednostek w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego					

Źródło: Sprawozdanie MRPiPS -03 za rok 2010, 2015 i 2017, Sprawozdanie CIS i KIS za rok 2015 i lata 2017-2019 oraz dane OZPS za 2019r.

W 2019 roku na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonowało 155 ośrodków wsparcia, 57 domów pomocy społecznej, 71 mieszkań chronionych, 18 ośrodków interwencji kryzysowej, 4 jednostki specjalistycznego poradnictwa, 4 kluby integracji społecznej oraz 6 centrów integracji społecznej. W porównaniu z latami ubiegłymi w 2019r. znaczący przyrost liczby placówek odnotowano w odniesieniu do mieszkań chronionych (w porównaniu z rokiem 2010 – więcej o 53 placówki, wzrost o 294,4%, z 2017 – więcej o 45 placówek – wzrost o 173,1%), wzrosła również liczba ośrodków wsparcia (2010 – więcej o 62 placówek – wzrost o 66,7%, 2017 – o 45 placówek wzrost o 40,9%), ośrodków interwencji kryzysowej (2010 – o 5 placówek – wzrost o 38,5%, 2017 – więcej o 7 placówek – wzrost o 63,6%), centrów integracji społecznej – wzrost w porównaniu z rokiem 2010 o 4 placówki oraz jednostek specjalistycznego poradnictwa – wzrost o 4 placówki. Liczba domów pomocy społecznej i klubów integracji społecznej w 2019r. była zbliżona do wartości z lat poprzednich.

Z danych OZPS za 2019r. wynika, że w roku oceny większość wymienionych powyżej placówek prowadzona była przez JST – 69,5%, inny podmiot był organem prowadzącym dla 30,5% placówek. Porównując dostępne w OZPS dane za lata ubiegłe wskazać można na dynamicznie rosnącą przewagę JST jako podmiotów prowadzących placówki pomocy i integracji społecznej. W roku 2019 odnotowano wzrost ogólnej liczby placówek o 73 w porównaniu z rokiem 2018, w tym placówek prowadzonych przez JST o 58, a tych prowadzonych przez inny podmiot – o 15.

Inne podmioty, głównie organizacje pozarządowe, najczęściej są organem prowadzącym dla ośrodków wsparcia (2019r. – 44,5% ogółu placówek) i domów pomocy społecznej (31,6%), ich udział na poziomie ok. 25% ogółu placówek można odnotować również w odniesieniu do ośrodków interwencji kryzysowej (27,8%) i jednostek specjalistycznego poradnictwa (25,0%), oraz na poziomie 16,7% w odniesieniu do centrów integracji społecznej, natomiast niemal zupełnie nieobecne są jako podmioty prowadzące w przypadku mieszkań chronionych oraz klubów integracji społecznej.

Wydaje się, że obserwowana na przestrzeni ostatnich lat tendencja skupienia przeważającej liczby placówek w zarządzie JST jest tendencją stałą i dominować będzie również w kolejnych latach. Jest to wynikiem większej stabilności organizacyjnej i finansowej JST, których budżety, zasilane głównie przez środki samorządowe i krajowe, podlegają mniejszym wahaniom niż źródła finansowania dostępne innym podmiotom, co przekłada się również na stabilność istniejącego w województwie zasobu instytucjonalnego.

Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy można wskazać wzrost oczekiwań wobec standardu jakości usług świadczonych przez placówki pomocy i wsparcia, którym nie wszystkie podmioty są/będą w stanie sprostać. Sytuacja taka być także powodowana brakiem lub niedostateczną na danym terenie liczbą podmiotów niepublicznych, które dysponowałyby odpowiednią infrastrukturą, zapleczem merytorycznymi i organizacyjnym, które mogłyby i byłyby skłonne prowadzić placówkę instytucjonalną. Nie bez znaczenia pozostaje nadal uprzywilejowana pozycja samorządów lokalnych w pozyskiwaniu funduszy unijnych na zadania inwestycyjne związane z tworzeniem/modernizacją zasobu infrastrukturalnego w obszarze pomocy i wsparcia w nowej perspektywie finansowej. Warto podkreślić, że środki z funduszy europejskich w ramach nowej perspektywy finansowej UE, przeznaczone na rozbudowę infrastruktury pomocy i wsparcia, powinny być przeznaczane głównie na tworzenie/modernizację placówek, natomiast finansowanie ich bieżącej działalności powinno być ściśle powiązane ze środkami krajowymi i samorządowymi. Dzięki temu można ograniczyć ryzyko niewydolności finansowej placówek po ustaniu finansowania ze środków UE i konieczności likwidacji części zasobu instytucjonalnego pomocy i wsparcia. Z pewnością samorządom lokalnym łatwiej niż innym podmiotom zmobilizować niezbędne zasoby organizacyjne, kadrowe, merytoryczne, a zwłaszcza finansowe, by zaangażować się w aplikację o środki unijne na rozbudowę niezbędnej infrastruktury instytucjonalnej, szczególnie, że to na samorządach lokalnych spoczywa zobowiązanie do zaspokajania potrzeb osób, zamieszkujących na zarządzanych przez nie obszarach.

Z informacji zawartych w OZPS dla województwa dolnośląskiego za rok 2019 wynika, że w 2019r. placówki pomocy i wsparcia oferowały łącznie 18.655 miejsc, więcej o 266 miejsc w porównaniu z 2013r. i o 414 więcej w porównaniu z 2015r.

Z usług wszystkich placówek skorzystało w 2019r. 34.032 osoby, w tym z usług placówek o charakterze wspierającym – 30.928 osób, a o charakterze integracyjnym – 3.104 osoby. W porównaniu z 2013r. liczba użytkowników zasobu instytucjonalnego zwiększyła się o 2.270 osób, w tym zasobu wspierającego o 2.345 osób, zaś liczba użytkowników zasobu integracyjnego zmniejszyła się o 75 osób.

Odmienne wygląda sytuacja, jeśli weźmiemy pod uwagę lata 2015 i 2019. Liczba korzystających z placówek w 2019r. była o 2.331 niższa niż w 2015r., zarówno w odniesieniu do placówek wspierających (o 2.199 osób), jak i integracyjnych (o 132 osoby). Zmiany te dotyczą głównie liczby osób korzystających z interwencji kryzysowej, noclegowni i schronisk dla osób bezdomnych, placówek wsparcia dziennego, centrów integracji społecznej oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych i wiązać je można z jednej strony ze zmniejszeniem ogólnej liczby korzystających z pomocy społecznej na przestrzeni ostatnich lat oraz, jak w przypadku placówek opiekuńczo-wychowawczych, z przekształceniami systemowymi, których celem jest ograniczenie kierowania małych dzieci do placówek typu stacjonarnego.

Jednakże, co warto podkreślić, liczba użytkowników niektórych typów placówek na przestrzeni lat systematycznie i stale rośnie – chodzi tu głównie o dzienne domy pomocy (wzrost w 2019r. o 657 osób w porównaniu z 2015r.), środowiskowe domy samopomocy (o 164), kluby samopomocy (o 160), domy pomocy społecznej (o 203), mieszkania chronione (o 92) czy wreszcie o jednostki specjalistycznego poradnictwa (o 313). Porównując rok 2019 z rokiem prognozy wskazać należy na szacowany w 2020r. niewielki spadek zarówno liczby miejsc w placówkach (o 18), jak i liczby osób korzystających (o 27), co jest tendencją odmienną od notowanej w kilku ostatnich latach. Zmniejszenie prognozuję się w odniesieniu do liczby osób korzystających z usług jednostek specjalistycznego poradnictwa – o 112 osób, placówek opiekuńczo-wychowawczych – o 33 osoby, placówek wsparcia dziennego – o 22 osoby, centrów integracji społecznej – o 21 osób. W przypadku pozostałych typów placówek przewidywany jest wzrost liczby korzystających z usług, największy w odniesieniu do ośrodków wsparcia – o 66 osób, mieszkań chronionych – o 47 osób i domów pomocy społecznej – o 30 osób.

Szczegółowe dane na ten temat w perspektywie lat 2013-2020 prezentuje poniższa tabela nr 39.

Tabela 39. Placówki pomocy i wsparcia w województwie dolnośląskim w latach 2013-2020

WYSZCZEGÓLNIENIE	Rok 2013	Rok 2015	Rok oceny 2019	Prognoza Rok 2020
OŚRODKI WSPARCIA – OGÓŁEM				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	6 569	6 434	7 034	7 103
Liczba osób korzystających	9 190	9 281	9 124	9 190
Liczba osób oczekujących (wg stanu na 31 grudnia danego roku)	106	74	298	305
Liczba decyzji odmownych (wg stanu na 31 grudnia danego roku)	6	11	21	6
W TYM:				
ŚRODOWISKOWE DOMY SAMOPOMOCY				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	1 185	1 298	1 500	1 515
Liczba osób korzystających	1 223	1 383	1 547	1 554
Liczba osób umieszczonych	x	926	1 061	1 088
Liczba osób oczekujących (wg stanu na 31 grudnia danego roku)	84	53	46	55
DZIENNE DOMY POMOCY				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	1 141	1 199	1 527	1 548
Liczba osób korzystających	1 977	2 102	2 759	2 685
Liczba osób oczekujących (wg stanu na 31 grudnia danego roku)	15	14	249	245
KLUBY SAMOPOMOCY				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	144	155	330	345
Liczba osób korzystających	144	230	390	420
Liczba osób oczekujących (wg stanu na 31 grudnia danego roku)	0	0	0	0
NOCLEGOWNIE, SCHRONISKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH I SCHRONISKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH Z USŁUGAMI OPIEKUŃCZYMI				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	1 379	1 561	1 187	1 187
Liczba osób korzystających	2 137	2 486	1 647	1 692
Liczba osób skierowanych w wyniku eksmisji	35	35	28	31
OGRZEWALNIE				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	x	x	261	261
Liczba osób korzystających	x	x	499	491
DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	5 762	5 941	5 991	5 932
Liczba osób korzystających	6 136	6 345	6 548	6 578
Liczba osób umieszczonych	x	1 376	1 385	1 441
Liczba osób oczekujących (wg stanu na 31 grudnia danego roku)	1 195	806	772	771
Liczba decyzji odmownych (wg stanu na 31 grudnia danego roku)	111	92	91	79
MIESZKANIA CHRONIONE OGÓŁEM				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	226	102	236	265
Liczba osób korzystających	220	117	209	256
Liczba osób umieszczonych	x	98	156	220

Liczba osób oczekujących (wg stanu na 31 grudnia danego roku)	2	6	12	16
OŚRODKI INTERWENCJI KRYZYSOWEJ OGÓŁEM				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	962	948	696	687
Liczba osób korzystających	4 917	4 614	2 811	2 822
JEDNOSTKI SPECJALISTYCZNEGO PORADNICTWA				
Liczba osób korzystających	1 619	7 257	7 570	7 458
PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO OGÓŁEM				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	2 753	2 551	2 644	2 624
Liczba osób korzystających	3 758	3 132	2 682	2 660
PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE OGÓŁEM				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	2 117	2 265	2 054	2 026
Liczba osób korzystających	2 743	2 381	1 984	1 951
W tym: PLACÓWKI TYPU RODZINNEGO				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	205	208	237	237
Liczba osób korzystających	224	200	249	253
CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ				
Liczba uczestników zajęć	865	987	404	383
KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ				
Liczba uczestników zajęć	389	248	283	283
WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ				
Liczba uczestników zajęć	1 710	1 757	2 056	2 063
ZAKŁAD AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ				
Liczba uczestników zajęć	215	244	361	361
PLACÓWKI POMOCY I WSPARCIA OGÓŁEM				
Liczba miejsc w placówkach ogółem	18 389	18 241	18 655	18 637
Liczba osób korzystających ogółem	31 762	36 363	34 032	34 005
w tym:				
Użytkownicy placówek wspierających	28 583	33 127	30 928	30 915
Użytkownicy placówek integracyjnych	3 179	3 236	3 104	3 090

Źródło: OZPS za rok 2013, 2015 i 2019

Podobnie jak w latach ubiegłych liczba osób korzystających z zasobów instytucjonalnych pomocy i wsparcia z reguły przewyższała liczbę oferowanych w tych placówkach miejsc, co oznacza, że placówki te i usługi w nich świadczone stanowią istotny element w procesie zaspokajania potrzeb przez mieszkańców województwa dolnośląskiego. Podobnie jak w latach ubiegłych, istniejący w województwie zasób instytucjonalny nie zaspokajał w pełni występujących potrzeb, o czym świadczyć może informacja o liczbie osób oczekujących na miejsce w ośrodku wsparcia, mieszkaniu chronionym czy domu pomocy społecznej. W 2019r. na miejsce w domu pomocy społecznej oczekiwały 772 osoby, w ośrodku wsparcia – 298 osób, w mieszkaniu chronionym – 12 osób. W porównaniu z latami poprzednimi znacząco wzrosła liczba osób oczekujących na miejsce w dziennym domu pomocy, a liczba oczekujących na miejsce w DPS pozostaje na wysokim poziomie.

Można przypuszczać, że perspektywie najbliższych lat utrzymywac się będzie na stałym poziomie z tendencją wzrostową dysproporcja pomiędzy zapotrzebowaniem na usługi a możliwością ich świadczenia, szczególnie w odniesieniu do placówek wspierających samodzielne funkcjonowanie w społeczności lokalnej (mieszkania chronione, ośrodki wsparcia) czy oferujących opiekę osobom niezdolnym do zaspokajania

codziennych potrzeb (dom pomocy społecznej). Stan taki jest pochodną zarówno przemian demograficznych (tu głównie starzenie się społeczeństwa), przemian w strukturze społecznej i osłabienia wspierającej i opiekuńczej roli rodziny, jak również rosnącej świadomości społecznej, jakie usługi i formy pomocy powinny być dostępne obywatelom w ramach systemu pomocy społecznej i w jakich sytuacjach można się o nie ubiegać. Wszystko to niejako narzuca samorządom lokalnym konieczność systematycznego utrzymywania na określonym poziomie, a w miarę potrzeb i możliwości również rozwijania zasobu instytucjonalnego pomocy i wsparcia.

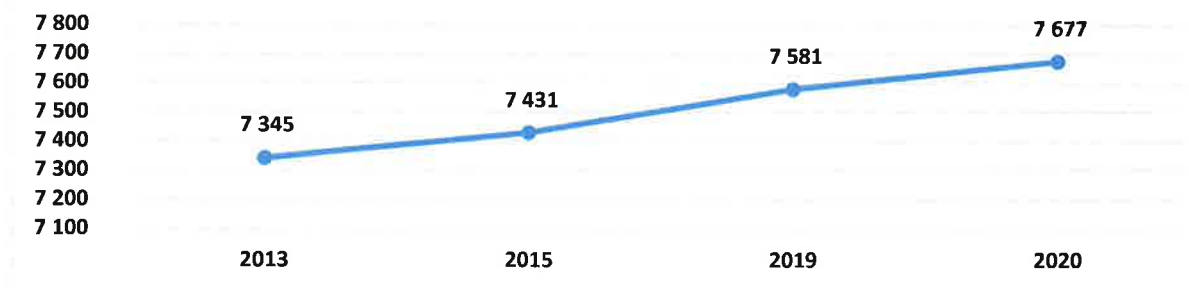
Podobnie jak w latach ubiegłych, również w latach 2019-2020 obserwować można ukierunkowanie rozwoju na placówki świadczące usługi środowiskowe, będące alternatywą dla placówek stacjonarnych ze względów ekonomicznych (niższe koszty świadczenia usług), ale przede wszystkim ze względów społecznych – funkcjonowanie jednostki w społeczności lokalnej przeciwdziała negatywnym skutkom, takim jak izolacja, osamotnienie oraz instytucjonalizacja, będąca często udziałem osób przebywających w placówkach stacjonarnych. Jest to szczególnie widoczne w odniesieniu do mieszkań chronionych i ośrodków wsparcia. Rozwój usług środowiskowych staje się również swoistego rodzaju koniecznością w obliczu negatywnych trendów demograficznych – rosnąca liczba osób starszych, wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, będzie systematycznie generować dodatkowe koszty z tym związane, a dla samorządów lokalnych w dłuższej perspektywie może być korzystniejsze pod względem finansowym wspieranie seniorów w ich środowisku zamieszkania, niż ponoszenie opłat za pobyt w placówce stacjonarnej.

Inwestycje w jakość świadczonych usług społecznych, a także zwiększenie ich rozmiaru i przeniesienie na poziom lokalny, do środowiska, w którym żyje ich odbiorca, stanowią ważną oś działań Europejskiego Funduszu Społecznego, zarówno w latach 2014-2020, jak i w nowej perspektywie finansowej 2021+. Deinstytucjonalizacja jest jednym z priorytetów polityki społecznej UE i do jej wdrażania zobowiązane są wszystkie kraje członkowskie. Przygotowanie krajowej strategii deinstytucjonalizacji stanowi wymóg konieczny do skorzystania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego 2021–2027. Na jej podstawie sformułowana zostanie oferta działań wdrażanych na poziomie regionalnym.

Kwestią istotną w kontekście usług środowiskowych staje się ich w miarę równomierny rozwój, tak by mieszkańcy różnych obszarów mieli w miarę te same możliwości zaspokajania swoich potrzeb w środowisku lokalnym. Aktualnie w sytuacji uprzywilejowanej pod tym względem znajdują się mieszkańcy dużych gmin, zwłaszcza miejskich, które dysponują zasobami finansowymi i merytorycznymi, sprzyjającymi tworzeniu nowych placówek. Utrzymujące się dysproporcje w tym zakresie mogą w sposób znaczący ograniczyć części mieszkańcom województwa zaspokajanie podstawowych potrzeb w miejscu zamieszkania.

Jednym z istotnych elementów zasobu instytucjonalnego pomocy i wsparcia jest kadra zatrudniona w placówkach pomocy i wsparcia. Wg danych przekazanych przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej, w 2019r. w placówkach pomocy i wsparcia pracowało 7.581 osób (stan na 31 grudnia). Oczywiście liczba osób zatrudnionych w poszczególnych typach placówek różniła się – czasem znacząco, co uwarunkowane jest typem placówki, rodzajem usług przez nią świadczonych czy regulacjami prawnymi dotyczącymi jej funkcjonowania (np. określenie standardu świadczenia danej usługi w odniesieniu do liczby osób i ich kwalifikacji). Analiza danych dotyczących kadry zasobu instytucjonalnego wskazuje, że podobnie jak w latach ubiegłych, najliczniej reprezentowana była kadra domów pomocy społecznej, placówek opiekuńczo-wychowawczych, ośrodków wsparcia i warsztatów terapii zajęciowej, łącznie stanowiąc 94% ogółu zatrudnionych. Na przestrzeni lat 2013-2019 systematycznie rosło zatrudnienie w placówkach pomocy i wsparcia w województwie dolnośląskim i tendencja ta zostanie utrzymana w 2020 roku. Zmiany w tym zakresie prezentuje poniższy wykres nr 44.

Wykres nr 44. Kadra placówek – liczba osób zatrudnionych ogółem (wg stanu na 31 grudnia danego roku) w latach 2013-2020



Źródło: OZPS za rok 2013, 2015 i 2019

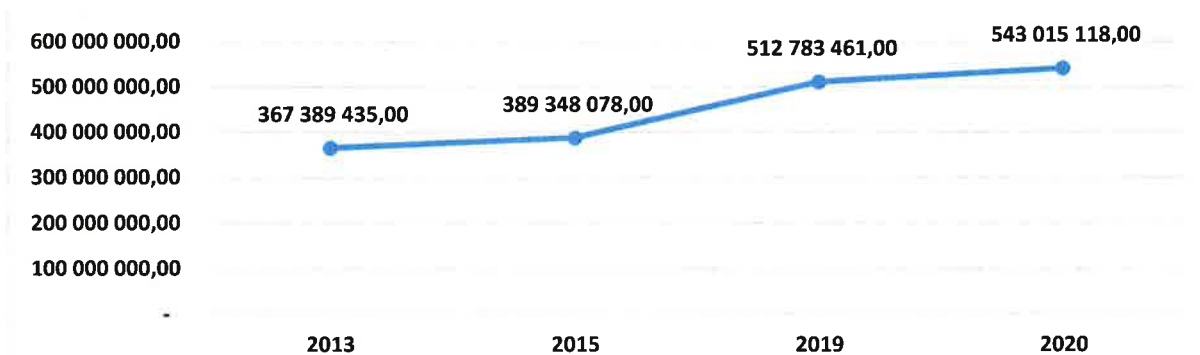
Zwiększone zapotrzebowanie na kadrę posiadającą profesjonalne przygotowanie będące wynikiem rosnącej liczby placówek pomocy i wsparcia w regionie, może, i to już w niedalekiej przyszłości, generować określone zagrożenia, problemy i wyzwania dla kadry zarządzającej zasobem instytucjonalnym. Pierwszą kwestią, która zaczyna coraz powszechniej dotyczyć również system pomocy społecznej, jest dostępność kadr służb społecznych. Ograniczenia związane z dostępnością pracowników służb społecznych na rynku pracy, niższe niż w innych profesjach wynagrodzenia, stosunkowo niski prestiż zawodu, wyśrubowane wymogi uprawniające do wykonywania zawodu oraz dokonująca się zmiana pokoleniowa sprawiają, że niektóre JOPS zaczynają lub w przyszłości mogą mieć problemy ze skompletowaniem niezbędnego zasobu kadrowego (DOPS co jakiś czas otrzymuje sygnały o trudnościach w tym zakresie).

Drugą kwestią wiąże się z rosnącą koniecznością dbałości o wysoki standard świadczonych usług, co jest konsekwencją określonych przepisami prawa standardów czy też rosnących oczekiwań odbiorców wobec form i sposobów świadczenia usług. Jednym z zadań kadry zarządzającej JOPS w tym kontekście staje się wzmożona troska o profesjonalizację zatrudnionej kadry, poprzez systematyczne podnoszenie jej kwalifikacji i umiejętności, służących zapewnieniu wysokiej jakości usług świadczonych w placówkach pomocy i wsparcia.

Deklarowany przez samorzady lokalne województwa dolnośląskiego wzrost zapotrzebowania na różnorodne instytucje pomocy społecznej, pełniące funkcje wspierające i integracyjne powoduje również wzrost potrzeb w zakresie ich finansowania.

W 2019r. koszt utrzymania i prowadzenia dolnośląskich placówek pomocy i wsparcia wyniósł 512.783.461 zł i w porównaniu z rokiem 2013 wzrósł o niemal o 145,5 mln zł (o 39,6%). Najwyższy wzrost kwot przeznaczonych na prowadzenia i utrzymania placówek w latach 2013-2019 obserwować można w odniesieniu do domów pomocy społecznej, ośrodków wsparcia, placówek opiekuńczo-wychowawczych, warsztatów terapii zajęciowej i jednostek specjalistycznego poradnictwa. W roku 2020 prognozowany jest dalszy wzrost kosztów utrzymania zasobu infrastruktury pomocy i wsparcia o 30,2 mln zł, co wiązać można z rosnącą liczbą inwestycji infrastrukturalnych w następnych latach, dotyczy to szczególnie domów pomocy społecznej, ośrodków wsparcia, warsztatów terapii zajęciowej, placówek opiekuńczo-wychowawczych i mieszkań chronionych. Szczegółowe dane na temat rocznego kosztu prowadzenia i utrzymania placówek pomocy i integracji społecznej w latach 2013-2020 prezentuje poniższy wykres nr 45.

Wykres 45. Roczny koszt prowadzenia i utrzymania placówek pomocy i integracji społecznej w województwie dolnośląskim (w złotych)



Źródło: OZPS za rok 2013, 2015 i 2019

Powiększenie zasobu instytucjonalnego w pomocy społecznej – proces niezwykle istotny z punktu widzenia świadczenia usług społecznych, generuje wzrost zapotrzebowania finansowego, organizacyjnego i kadrowego związanego z tworzeniem i prowadzeniem placówek pomocy i wsparcia. W sytuacji, gdy wydatki związane z ich uruchomieniem i funkcjonowaniem są wysokie, jednostki samorządu terytorialnego mogą mieć trudności z wygospodarowaniem środków finansowych na ten cel wyłącznie w ramach zasobów własnych. Stąd też istnieje zagrożenie, iż niektóre z samorządów lokalnych, pomimo rozpoznanych potrzeb w tym zakresie, nie będą w stanie ich zaspokoić. Szansą w tym zakresie jest dla gmin i powiatów dolnośląskich możliwość skorzystania z dofinansowania działań infrastrukturalnych w obszarze pomocy i integracji społecznej ze środków Unii Europejskiej w ramach nowej perspektywy finansowej. Dynamiczny przyrost nowych inwestycji infrastrukturalnych świadczy o zaangażowaniu samorządów lokalnych w proces pozyskiwania środków finansowych z dostępnych źródeł, mobilizacji i inicjatywie związanej z wykorzystywaniem istniejących szans w tym zakresie.

Jednakże skuteczność w wykorzystaniu tej szansy związana jest z koniecznością zapewnienia odpowiedniego wsparcia o charakterze informacyjnym, organizacyjnym, merytorycznym i promocyjnym, służącego zdobywaniu przez samorządy lokalne wiedzy i umiejętności niezbędnych do aplikowania o środki finansowe z UE i umożliwiających prawidłowe rozliczenie zadania inwestycyjnego. W kontekście stabilnego funkcjonowania zasobu infrastrukturalnego w przyszłości kwestią istotną staje się zapewnienie zdyspersyfikowanych źródeł finansowania działalności bieżącej placówek, uniezależnionego od dotacji z funduszy unijnych, będących z zasady wsparciem o charakterze ograniczonym czasowo.

Kadra jednostek organizacyjnych pomocy społecznej

Głównymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, pełniącymi funkcje organizacyjne w zakresie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej są ośrodki pomocy społecznej (OPS) na poziomie gminy oraz powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR) na poziomie powiatu. Według danych pozyskanych ze sprawozdania MRPiPS-03 za rok 2019, Ośrodki Pomocy Społecznej oraz Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie w województwie dolnośląskim zatrudniały łącznie ponad 5 tys. osób (5.207 osób). Na przestrzeni lat odnotować można systematyczny wzrost zatrudnienia w tych jednostkach, w porównaniu z danymi z roku 2010 odnotowano wzrost o 29%, a z 2015 – o 14,8%.

Wewnętrzna struktura zatrudnienia w JOPS na przestrzeni lat 2010-2019 ulegała stopniowym przekształceniom, a ich kierunek odzwierciedla zmiany zachodzące w zadaniach systemu pomocy społecznej. W 2019r. najwyższy odsetek – 65,34% (2010r. – 56,4%, 2015r. – 59,04%) osób zatrudnionych w OPS i PCPR stanowili pracownicy ujęci w sprawozdaniu jako „pozostali pracownicy”, czyli osoby, które zatrudnione są jako osoby niezbędne do realizacji różnych działań i zadań jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, wykraczających poza zadania z zakresu pracy socjalnej oraz pracownicy administracyjni. Stopniowo, lecz

systematyczny wzrost tej kategorii zatrudnionych wskazuje na rosnące znaczenie w pracy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej zadań wykraczających poza działania oparte na pracy socjalnej i ustawę o pomocy społecznej. Obok specjalistów zatrudnionych w związku z realizacją zadań z zakresu wspierania rodziny, świadczeń rodzinnych czy świadczenia wychowawczego, w skład tej kategorii wchodzi również pracownicy wykonujący usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz osoby, które sklasyfikować można jako pracowników biurowych, do których zaliczyć można m.in.: pracowników księgowości, kadr, analityków, prawników, specjalistów, informatyków itp.

W 2019r., podobnie jak w latach ubiegłych, JOPS, w których zatrudnienie było najwyższe i sięgało ponad 200 pracowników, znajdowały się w gminach miejskich:

- 1) Wrocław – 711 osób;
- 2) Legnica – 210 osób;
- 3) Wałbrzych – 209 osób.

W 2019r. w 54 jednostkach gminnych i powiatowych zatrudnienie było mniejsze niż 10 pracowników (w 2010r. – w 78, 2015 – w 62), a najniższe wartości osiągnęto w PCPR wołowskim – 3 pracowników, OPS Platerówka (powiat lubański) – 4 pracowników, OPS Ciepłowody (powiat ząbkowicki) – 4 pracowników, OPS Udanin (powiat średzki) – 5 pracowników, OPS Stare Bogaczowice (powiat wałbrzyski) – 5 pracowników, OPS Szczawno-Zdrój (powiat wałbrzyski) – 5 pracowników oraz OPS Jordanów Śląski (powiat wrocławski) – 5 pracowników.

Osoby posiadające status pracownika socjalnego, a zatem takie, które zawodowo, bezpośrednio zaangażowane są w organizację pomocy osobom indywidualnym, rodzinom, grupom społecznym w odzyskaniu lub wzmacnianiu ich zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie stanowiły 29,02% ogółu pracowników systemu pomocy społecznej w województwie dolnośląskim – w 2010r. było to 37,16%, w 2015 – 34,85%. Zatrudnienie pracowników socjalnych obejmowało ponad 1,5 tysiąca osób (1.511 osób). Na przestrzeni ostatnich lat możemy obserwować systematyczny spadek liczby osób zatrudnionych w zawodzie pracownika socjalnego, pracujących w gminnych i powiatowych JOPS. Mimo, że w porównaniu z rokiem 2010 liczba pracowników socjalnych była niższa o 11 osób niż w roku 2019, to już w porównaniu z rokiem 2015 ich liczba w 2019r. zmniejszyła się o 70 osób, a w kolejnych latach odnotowywano dalszy spadek zatrudnienia w tej kategorii. Przyczyn takiego stanu rzeczy może być kilka – wysokie wymagania kwalifikacyjne dla osób chcących wykonywać zawód pracownika socjalnego, zmiany strukturalne w zakresie oferowanych przez JOPS usług i form ich świadczenia, stosunkowo niska konkurencyjność zawodu w porównaniu z innymi możliwościami oferowanymi przez rynek pracy oraz wysokie koszty związane z wykonywaniem zawodu pracownika socjalnego (duża odpowiedzialność, duże obciążenie różnicowanymi obowiązkami wymagającymi różnorodnej, specjalistycznej wiedzy, wysokie ryzyko wypalenia zawodowego).

Zgodnie z art. 110 ust. 11 i 12 ustawy o pomocy społecznej ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia OPS w Centrum Usług Socjalnych (CUS) – CUS, zatrudnia pracowników socjalnych proporcjonalnie do liczby ludności gminy w stosunku jeden pracownik socjalny zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy na 2 tys. 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. OPS lub CUS zatrudnia w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż 3 pracowników socjalnych.

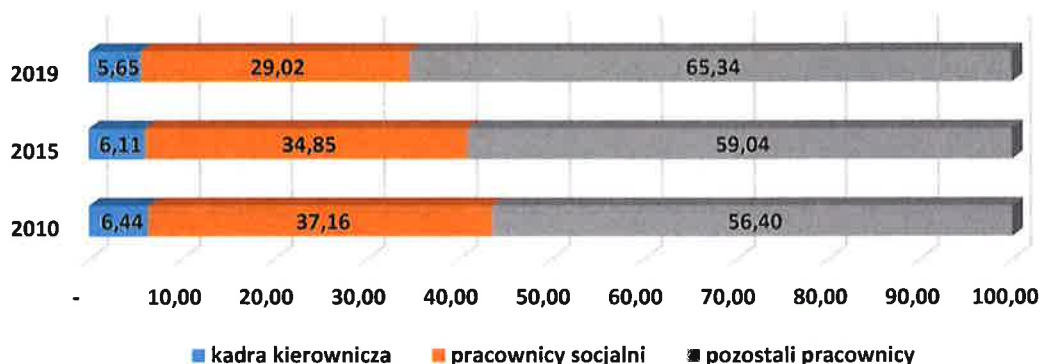
Z uwagi na ten zapis ustawy najwięcej pracowników socjalnych zatrudnionych jest w dużych ośrodkach – w gminach miejskich i w jednostkach w miastach na prawach powiatu.

Z danych OZPS za 2019r. na temat spełniania przez gminy województwa dolnośląskiego ustawowego warunku zatrudnienia pracowników socjalnych (1 pracownik socjalny na 2000 mieszkańców lub na 50 rodzin korzystających z pomocy społecznej, nie mniej niż 3 pracowników socjalnych zatrudnionych w OPS w pełnym

wymiarze czasu pracy) wynika, że kryterium ustawowego nie spełnia 29 gmin (17%), w tym 7 gmin wiejskich (Marciszów, Chojnów, Gaworzyce, Borów, Marcinowice, Czarny Bór, Zgorzelec), 15 gmin miejsko-wiejskich (Nowogrodzic, Pieszyce, Gryfów Śląski, Wleń, Chocianów, Środa Śląska, Jaworzyna Śląska, Strzegom, Żarów, Prusice, Mieroszów, Brzeg Dolny, Wołów, Węgliniec, Świerzawa) oraz 7 gmin miejskich (Bolesławiec, Bielawa, Świeradów-Zdrój, Świebodzice, Boguszów Gorce, Zawidów, Jelenia Góra).

Najmniej liczną grupę pracowników pomocy społecznej stanowiły osoby zarządzające jednostkami pomocy społecznej – kierownicy i ich zastępcy. W 2019r. stanowili oni, podobnie jak w latach poprzednim, około 6% kadry pomocy społecznej (294 osoby).

Wykres 46. Zatrudnienie w OPS i PCPR w latach 2010-2019 – w %



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych sprawozdania MRPiPS-03 za rok 2010, 2015 i 2019

Podobnie jak w latach poprzednich, najwięcej pracowników pomocy społecznej zatrudnionych było w jednostkach gminnych, czyli w ośrodkach pomocy społecznej (OPS). Według danych z MRPiPS-03 za 2019r. zatrudnieni w tych jednostkach stanowili nieco ponad połowę (51,5%, 2015 – 44,2%, 2010 – 36,5%) wszystkich zatrudnionych w JOPS. Wynika to z liczebności gmin (169) oraz z zadań, które gmina realizuje w obszarze pomocy społecznej. Należy jednak zaznaczyć, iż pomimo tego, że każdy z ośrodków pomocy społecznej (niezależnie od wielkości gminy) posiada ustawowo takie same zadania do realizacji w ramach systemu pomocy społecznej, to jednostki usytuowane na obszarach gmin wiejskich charakteryzują się najmniej licznym zatrudnieniem pracowników w obszarze pomocy społecznej. W niektórych gminnych ośrodkach pomocy społecznej (GOPS) liczba zatrudnionych pracowników ogółem nie przekracza 10 osób – w 2019r. było to 65 jednostek, w tym 50 w gminach wiejskich, 9 w gminach miejsko-wiejskich i 6 w gminach miejskich. W 6 jednostkach liczba zatrudnionych wynosiła 5 osób lub mniej.

Zatrudnienie w PCPR kształtowało się na poziomie około 7,5% ogółu pracowników zatrudnionych w JOPS. Powyżej 30 pracowników zatrudnionych było w 4 PCPR – kłodzkim (49 osób), polkowickim (41 osób), zgorzeleckim (40 osób) oraz wrocławskim (33 osoby). Natomiast najniższe zatrudnienie, podobnie jak w latach poprzednich, wykazywał PCPR wołowski – 3 osoby.

Z danych OZPS dla województwa dolnośląskiego wynika, że specjalizację I lub II stopnia w zawodzie pracownik socjalny w 2019r. posiadała ponad połowa (50,5%) ogółu pracowników socjalnych. Zaprezentowane dane wskazują na systematyczny wzrost odsetka pracowników socjalnych posiadających specjalizację I lub II stopnia w zawodzie pracownik socjalny. W stosunku do roku 2018 nastąpił wzrost odsetka pracowników socjalnych posiadających te rodzaje specjalizacji o 2,3 p. proc., a w odniesieniu do roku 2014 – o 6,59 p. proc. Niestety, raport nie podaje wartości liczbowych, więc nie wiadomo, ilu pracowników socjalnych posiada wskazane specjalizacje, ani też w odniesieniu do jakiej liczby ogółu pracowników socjalnych wyliczane są te proporcje.

Szczegółowe dane na temat zatrudnienia w OPS i PCPR w latach 2010-2019 prezentuje poniższa tabela nr 40.

Tabela 40. Zatrudnienie OPS i PCPR w województwie dolnośląskim w latach 2010-2019

WYSZCZEGÓLNIENIE	2010	2015	2019
POWIATOWE CENTRA POMOCY RODZINIE	424	530	661
z tego:			
kadra kierownicza	52	59	73
pracownicy socjalni	135	91	78
pozostali pracownicy	237	380	510
OŚRODKI POMOCY SPOŁECZNEJ	3 613	4 006	4 546
z tego:			
kadra kierownicza	208	218	221
pracownicy socjalni	1 365	1 490	1 433
pozostali pracownicy	2 040	2 298	2 892

Źródło: Sprawozdanie MRPIPS-03 za rok 2010, 2015 i 2019

Pandemia Covid-19 a system pomocy społecznej

Podobnie jak w odniesieniu do innych obszarów będących przedmiotem diagnozy w ramach Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030, wiedza na temat skutków pandemii na realizację zadań przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej (JOPS) jest fragmentaryczna i nie opiera się na danych statystycznych, do których można by się odnieść, ze względu na ich brak.

Pandemia wirusa SARS-CoV-2 wymagała od JOPS skoncentrowania działań w dwóch obszarach. Po pierwsze, zapewnienie ciągłości realizacji przypisanych jednostce działań, po drugie wdrożenie działań mających na celu niwelowanie niekorzystnych skutków pandemii, przy konieczności zadbania o bezpieczeństwo i ochronę zdrowia pracowników.

Wstępna analiza informacji zawartych w Ocenie Zasobów Pomocy Społecznej za rok 2020 pozwala na stwierdzenie, iż JOPS elastycznie dostosowały się do warunków będących pochodną pandemii. Obok zdalnych form kontaktu, które zostały uruchomione w jednostkach (telefon, mail, komunikatory internetowe, media społecznościowe), wprowadzono dyżury, monitorowano sytuację osób najbardziej potrzebujących wsparcia i prowadzono działania, by tego wsparcia udzielić, prowadzono kampanie informacyjne, mające na celu wzrost wiedzy na temat zagrożenia koronawirusem i sposobów niwelowania tego zagrożenia, jak i o formach pomocy udzielanej przez podmiot. Część spraw, jeśli było to możliwe, była procedowana w drodze kontaktu pośredniego, natomiast jeśli wymagały kontaktu bezpośredniego, organizowano spotkanie z zachowaniem zasad reżimu sanitarnego. Pracownicy socjalni diagnozowali potrzeby w zakresie wymaganych obszarów i form wsparcia. Osobom starszym, samotnym, w izolacji i kwarantannie oraz innym potrzebującym dostarczano artykuły pierwszej potrzeby oraz zapewniano środki ochrony przed wirusem, uruchamiano telefony wsparcia i zaufania.

Jednocześnie JOPS starały się zapewnić dostęp do świadczeń i usług na dotychczasowym poziomie. Część działań, mających charakter grupowy/zbiorowy, ze względu na uwarunkowania epidemiczne została ograniczona, zawieszona lub odwołana. Aktualnie, bez odniesienia do konkretnych danych statystycznych, trudno jednoznacznie określić skalę i głębię wpływu pandemii koronawirusa na realizację zadań przez system pomocy społecznej. Ważne wydaje się wzmacnianie kompetencji kadr służb społecznych w zakresie reagowania w sytuacjach kryzysowych o zasięgu ponadlokalnym, doposażenie w sprzęt i narzędzia służące zdalnej komunikacji oraz upowszechnianie metod mających na celu niwelowanie stresów i napięć związanych z wykonywaniem zadań w warunkach odbiegających od normy.

ANALIZA SWOT

MOCNE STRONY/SZANSE	SŁABE STRONY/ZAGROŻENIA
- dodatnie saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały	- spadkowy trend liczby ludności województwa
- wysoki poziom rozwoju gospodarczego	- pogłębiające się ujemne saldo przyrostu naturalnego
- wysoki poziom rozwoju przemysłu	- niekorzystny bilans demograficzny regionu; starzenie się populacji dolnośląskiej
- aktywna działalność stref i podstref ekonomicznych	- niekorzystne perspektywy demograficzne
- relatywnie wysoka atrakcyjność inwestycyjna regionu	- nierównomierne rozłożenie aktywności gospodarczej i społecznej w regionie
- występowanie dogodnych obszarów dla inwestycji gospodarczych i tworzenia miejsc pracy	- brak środków finansowych na aktywizację zawodową
- rozwinięta sieć instytucji otoczenia biznesu	- brak korelacji działań podejmowanych przez różne podmioty sektora finansów publicznych oraz podmioty III sektora
- niska stopa bezrobocia rejestrowanego	- duża liczba osób bezrobotnych w szczególnej sytuacji na rynku pracy
- znacząca pozycja Funduszy Europejskich, w tym Europejskiego Funduszu Społecznego, w zakresie działań na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym	- duży odsetek osób bezrobotnych z wykształceniem gimnazjalnym i niższym
- poprawa sytuacji gospodarczej i ekonomicznej w wymiarze globalnym i indywidualnym	- rosnące wraz z wiekiem osób bezrobotnych ryzyko pozostawania bez pracy
- dostępność środków zewnętrznych (unijnych) służących rozwiązywaniu konkretnych problemów społecznych	- duża liczba bezrobotnych kobiet i osób długotrwale bezrobotnych
- duży potencjał i doświadczenie projektodawców w korzystaniu ze środków zewnętrznych (unijnych) w zakresie działań na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym	- konieczność godzenia życia prywatnego z życiem zawodowym bezrobotnych kobiet
- upowszechnienie i rozwój narzędzi aktywnej integracji w codziennej pracy pracowników służb społecznych	- możliwe osłabienie gospodarcze regionu w wyniku pandemii SARS-COV-2
- zwiększający się odsetek dzieci objętych opieką żłobkową i przedszkolną	- możliwy negatywny wpływ pandemii SARS-COV-2 na regionalny rynek pracy

- zwiększająca się sieć żłobków i przedszkoli	- niedostateczna ilość krajowych środków finansowych na realizację zadań z zakresu włączenia społecznego
- wprowadzenie instrumentów systemowych mających na celu wspieranie dzieciństwa	- występowanie trwałych czynników zakłócających funkcjonowanie społeczności województwa: uzależnienia, bezrobocie, przemoc w rodzinie, rozpad więzi rodzinnych, bezdomność
- rosnąca liczba form wsparcia rodzin przeżywających problemy opiekuńczo-wychowawcze	- ograniczanie dzieciństwa przez rodziny
- zmniejszenie się liczby rodzin z dziećmi korzystających z systemu pomocy społecznej	- zróżnicowany i nierówny dostęp do usług umożliwiających rodzicom godzenie życia zawodowego z rolą rodzica/matki/ojca (dotyczy to zarówno usług świadczonych przez JST, jak i prywatnie)
- budowanie szerokiej współpracy lokalnych samorządów w zakresie edukacji. Tworzenie grup, konsorcjów sołectw, gmin lub powiatów	- niewystarczający rozwój infrastruktury wsparcia rodziny przeżywającej problemy opiekuńczo-wychowawcze
- tworzenie bazy placówek edukacyjnych do realizacji projektów – żłobki, przedszkola, szkoły podstawowe, szkolnictwo ponadpodstawowe, wyższe uczelnie- wydziały zamiejscowe	- nierównomierny rozwój infrastruktury wspomagającej rodzinę w prawidłowym pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych
- współpraca na rzecz edukacji z lokalnymi NGO-sami, powoływanie lokalnych inicjatyw na rzecz edukacji w ramach integracji społecznej	- niekorzystne dane informujące o pogarszającej się kondycji psychicznej dzieci i młodzieży
- inicjowanie przez Samorząd Województwa Dolnośląskiego tworzenia placówek terapeutycznych, systemowych oraz wspierających system edukacji	- mimo rozwoju społecznego i ekonomicznego, nierówna dostępność w województwie do oferty zajęć dodatkowych (popołudniowych) dla dzieci i młodzieży (duże miasta vs małe gminy i powiaty)
- silne zakorzenienie organizacji pozarządowych w społeczności lokalnej	- niepokojące sygnały od specjalistów o zbyt małej liczbie placówek terapeutycznych w systemie edukacji. I nietworzeniu nowych
- rozbudowa infrastruktury wspierającej i obsługującej III sektor i lokalną aktywność obywatelską	- ograniczone środki finansowe na tworzenie nowych placówek edukacyjnych; ograniczenia w pozyskiwaniu środków na ten cel z funduszy unijnych wynikające z priorytetów Unii Europejskiej oraz wewnętrznych uwarunkowań projektowych
- wykorzystanie potencjału organizacji pozarządowych przy realizacji działań związanych z niwelowaniem skutków pandemii	- brak stabilności i przewidywalności finansowania III sektora

oraz wspomagających grupy, które w jej wyniku najbardziej ucierpiały	
- prężnie działający w regionie sektor ekonomii społecznej	- problemy z zaangażowaniem oraz utrzymaniem zespołu pracowniczego i wolontariackiego w III sektorze
- rosnące zainteresowanie samorządów lokalnych rozwojem sieci usług środowiskowych	- duży udział organizacji pozarządowych, które w wyniku pandemii zawiesiły całość lub większość dotychczasowych działań
- rosnąca liczba placówek wsparcia środowiskowego	- brak możliwości realizacji wskutek pandemii już rozpoczętych zadań, problemy z dotrzymaniem harmonogramów działań i zapewnieniem ciągłości usług świadczonych na rzecz swoich beneficjentów
- rosnąca potrzeba aktywności osób starszych w przestrzeni publicznej, utrzymująca się chęć rozwoju osobistego	- zaprzestanie oraz ograniczenie działań realizowanych przez organizacje pozarządowe w okresie pandemii mogące skutkować odpływem kadr do innych sektorów gospodarki oraz znacznym zmniejszeniem liczby organizacji działających w niektórych branżach, na terenach wiejskich i w małych miastach
- rosnąca liczba klubów i innych miejsc spotkań dla seniorów	- niewystarczający rozwój usług środowiskowych
- duża aktywność dolnośląskich Uniwersytetów Trzeciego Wieku	- zwiększenie odpowiedzialności instytucji publicznych za zapewnienie opieki i wsparcia osobom starszym
- rosnąca liczba rad senioralnych	- niewystarczająca infrastruktura opieki nad osobami starszymi
- obecność na terenie województwa organizacji pozarządowych posiadających doświadczenie w zakresie świadczenia usług asystencji osobistej i opieki wythnieniowej	- rosnące koszty wsparcia systemowego kierowanego do osób starszych
- obecność na terenie województwa jednostek samorządu terytorialnego posiadających doświadczenie w zakresie pozyskiwania środków i współpracy w obszarze działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami	- niedostateczny rozwój form wsparcia opiekunów nieformalnych w pełnieniu funkcji opiekuńczych
- obecność w regionie rozwijających się ZAZ-ów i podmiotów deklarujących chęć utworzenia i prowadzenia takich zakładów	- niewystarczająca liczba podmiotów świadczących usługi w zakresie wspomagania osób z niepełnosprawnościami w ich niezależnym życiu
- kapitał ludzki w podmiotach publicznych i niepublicznych zaangażowanych w obszarze usług kierowanych do osób z niepełnosprawnościami i ich otoczenia	- nierówny i nierównomierny dostęp do usług w zakresie wspomagania osób z niepełnosprawnościami w ich niezależnym życiu

- kilka potencjalnych źródeł finansowania usług w zakresie wspomagania osób z niepełnosprawnościami w ich niezależnym życiu	- niewystarczająca infrastruktura do świadczenia usług w zakresie wspomagania osób z niepełnosprawnościami w ich niezależnym życiu
- wzrost świadomości osób z niepełnosprawnościami w zakresie swoich praw i uprawnień i ich opiekunów	- brak spersonalizowania usług (niedostosowanie usługi do indywidualnych potrzeb) w zakresie wspomagania osób z niepełnosprawnościami w ich niezależnym życiu
- wzrost działań państwa w zakresie wdrożenia postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych	- zbyt mała liczba miejsc rehabilitacji zawodowej dla osób z niepełnosprawnościami (np. miejsc w ZAZ, nierównomierny rozkład i mała liczba ZAZ)
- wykorzystanie potencjału merytorycznego i materialnego organizacji pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych	- niewystarczająca ilość środków oraz zagrożenie redukcji źródeł finansowania usług w zakresie wspomagania osób z niepełnosprawnościami w ich niezależnym życiu
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	- ograniczona trwałość programów, w ramach których podmioty je realizujące mogą zaplanować ciągłość działania, organizację wewnętrzną i rozwój w dłuższej perspektywie czasowej
- zaangażowanie oraz rosnąca liczba organizacji pozarządowych realizujących świadczenia w zakresie pomocy osobom z doświadczeniem choroby psychicznej	- obawa przed konsekwencjami niezależnego życia przez osoby z niepełnosprawnościami (bierna i roszczeniowa postawa osób z niepełnosprawnościami)
- bogate doświadczenie Samorządu Województwa Dolnośląskiego w restrukturyzacji organizacji ochrony zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego	- zagrożenie ryzykiem pogorszenia sytuacji społeczno-gospodarczej i implikacje tego pogorszenia dla osób z niepełnosprawnościami
- dokument przyjęty Uchwałą Zarządu Województwa Dolnośląskiego: „Obszary odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego dla Województwa Dolnośląskiego”	- nadopiekuńcza postawa otoczenia osób z niepełnosprawnościami ograniczająca ich autonomię
- zapewnianie kompleksowych, zintegrowanych i elastycznych usług w zakresie zdrowia psychicznego w środowiskach lokalnych	- brak wystarczająco wykwalifikowanej kadry medycznej realizującej świadczenia w zakresie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży
- większa świadomość społeczna w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego	- niska wycena świadczeń psychiatrycznych
- budowanie sieci placówek opieki zdrowotnej, w tym placówek zdrowia psychicznego	- niska jakość kooperacji między organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze zdrowia psychicznego
- wysoko wykwalifikowana istniejąca kadra prowadząca terapię dla osób uzależnionych	- niskie zainteresowanie pracodawców zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, w

	szczegółności z doświadczeniem choroby psychicznej
- oddział Podwójnej Diagnozy w Zakładzie Lecznictwa Odwykowego w Czarnym Borze jako jeden z 6 w Polsce	- ograniczone środki finansowe na modernizację wszystkich przestarzałych obiektów szpitalnych i na dostosowanie ich do obowiązujących norm i standardów
- od 2013r. znaczny wzrost liczby poradni terapii uzależnienia od alkoholu	- niska świadomość wśród mieszkańców województwa roli profilaktyki w zakresie zdrowia psychicznego oraz starzenia się
- spadek liczby osób HIV + używających narkotyków w iniekcjach	- niewystarczająca oferta programów redukcji szkód w gminach wiejskich i miejsko-wiejskich
- duża aktywność sektora pozarządowego w obszarze promocji zdrowia, profilaktyki uzależnień i redukcji szkód	- niski poziom realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych przez samorządy gminne
- większe zainteresowanie społeczne zdrowym stylem życia	- wzrost liczby uzależnień behawioralnych
- wzrost liczby placówek wsparcia osób doświadczających przemocy w rodzinie	- mała oferta szkoleń i edukacji publicznej z zakresu FAS/FASD
- rosnąca liczba osób doświadczających przemocy w rodzinie korzystających z poradnictwa psychologicznego, prawnego, zawodowego i rodzinnego oraz medycznego	- wyższe wskaźniki przekraczania progu nietrzeźwości u dziewcząt na Dolnym Śląsku w stosunku do wskaźników krajowych tej grupy
- stała liczba Zespołów Interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz rosnąca liczba Grup Roboczych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie	- znaczne rozpowszechnienie (tempo i zwiększony popyt) używania przetworów konopi w województwie dolnośląskim przekraczające poziom ogólnopolski
- rozwój form wsparcia kompetencji i umiejętności kadr pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie	- położenie Województwa Dolnośląskiego przy granicy z Republiką Czeską posiadającą bardziej liberalną politykę narkotykową – większa dostępność do meta amfetaminy (tzw. pico), która trafia do dystrybucji po polskiej stronie pogranicza
- utrzymująca się na zbliżonym poziomie liczba lokalnych kampanii społecznych na rzecz kształtowania świadomości społecznej w odniesieniu do zjawiska przemocy w rodzinie	- utrzymujący się na przestrzeni lat poziom liczby rodzin, wobec których wszczynana jest procedura Niebieskie Karty
- rosnący udział partnerów samorządowych w procesie profesjonalizacji kadr pomocy i integracji społecznej	- duża fluktuacja składu osobowego ZI i GR ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- spadek liczby osób objętych wsparciem w ramach systemu pomocy społecznej	- niewystarczające kompetencje i umiejętności kadr pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie

<p>- rosnąca liczba miejsc w placówkach pomocy i integracji społecznej</p>	<p>- niewystarczający zakres współpracy pomiędzy instytucjami działającymi w obszarze przeciwdziałania przemocy</p>
<p>- duże zaangażowanie samorządów lokalnych w pozyskiwanie środków finansowych na rozwój infrastruktury pomocy i integracji społecznej w ramach dostępnych funduszy unijnych</p>	<p>- uzależnienie procesu profesjonalizacji kadr pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie od środków finansowych z budżetu państwa</p>
<p>- mobilizacja zasobów i ukierunkowanie działań instytucji pomocy społecznej i integracji na niwelowanie skutków pandemii w społecznościach lokalnych województwa dolnośląskiego</p>	<p>- rosnący wpływ przemian demograficznych na korzystanie z systemu pomocy społecznej</p>
	<p>- brak instrumentów i instytucjonalnych możliwości koordynacji polityk społecznych między gminami, powiatami w ramach subregionu, lub regionalnie</p> <p>- zmniejszająca się liczba placówek pomocy i integracji społecznej prowadzonych przez podmioty inne niż JST</p> <p>- niewystarczający rozwój infrastruktury pomocy i integracji społecznej</p> <p>- rosnące koszty finansowe, organizacyjne i kadrowe prowadzenia infrastruktury pomocy i integracji społecznej</p> <p>- dysproporcje terytorialne w dostępności do infrastruktury pomocy i integracji społecznej</p> <p>- uzależnienie rozwoju infrastruktury pomocy i integracji społecznej od funduszy unijnych</p> <p>- ryzyko niskiego standardu usług oferowanych przez domy pomocy społecznej, będące wynikiem niedoinwestowania tej formy wsparcia</p> <p>- niewystarczające zainteresowanie podjęciem zatrudnienia w obszarze pomocy i integracji społecznej</p> <p>- duża fluktuacja zatrudnienia w jednostkach pomocy i integracji społecznej</p> <p>- ryzyko ograniczenia dostępu do usług i świadczeń społecznych wynikające ze skupienia się przez instytucje pomocy i integracji społecznej na niwelowaniu niekorzystnych skutków pandemii</p>

**CELE DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030 W RELACJI DO
CELÓW STRATEGII ROZWOJU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO 2030 –
ZESTAWIENIE**

Cele DSIS na lata 2021-2030	Cele SRWD 2030
<p>CEL GŁÓWNY DAŻENIE DO ZAPEWNIENIA DOLNOŚLĄZAKOM WYSOKIEJ JAKOŚCI ŻYCIA OPARTEJ NA INTEGRACJI SPOŁECZNEJ, LEPSZYM DOPASOWANIU USŁUG SPOŁECZNYCH DO POTRZEB MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ORAZ TWORZENIU WARUNKÓW DO HARMONIJNEGO ROZWOJU W ŻYCIU INDYWIDUALNYM I SPOŁECZNYM</p>	<p>2 i 3 (wybrane Cele Operacyjne i Przedsięwzięcia Strategiczne)</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 1 BUDOWA POTENCJAŁU RODZINY DOLNOŚLĄSKIEJ Cel operacyjny 1.1 Wzmacnianie rodziny w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych Cel operacyjny 1.2 Wzmacnianie potencjału rodziny wielodzietnej Cel operacyjny 1.3 Wsparcie rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym niewydolnych wychowawczo Cel operacyjny 1.4 Wsparcie działań na rzecz dzieci i młodzieży, w tym pochodzących z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym, przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym Cel operacyjny 1.5 Upowszechnianie i rozwój idei rodzicielstwa zastępczego jako formy wsparcia dzieci i młodzieży zagrożonej sieroctwem Cel operacyjny 1.6 Wspieranie i rozwój systemu adopcji</p>	<p>2.2.2 3.2.1 3.2.2</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 2 ROZWÓJ SPRZYJAJĄCY WYKORZYSTANIU ZASOBÓW NA RYNKU PRACY Cel operacyjny 2.1 Poprawa zatrudnienia osób znajdujących się w szczególnie niekorzystnej sytuacji na rynku pracy Cel operacyjny 2.2 Poprawa zdolności adaptacyjnych pracowników do zmian zachodzących w gospodarce Cel operacyjny 2.3 Godzenie życia prywatnego z życiem zawodowym Cel operacyjny 2.4 Rozwój ekonomii społecznej jako elementu rynku pracy i polityki społecznej</p>	<p>3.1.6 3.2.2 3.2.3 3.2.5 3.3.2 3.5.1 3.5.2</p>

<p>CEL STRATEGICZNY 3 PRZECIWDZIAŁANIE PAUPERYZACJI I WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU MIESZKAŃCÓW DOLNEGO ŚLĄSKA</p> <p>Cel operacyjny 3.1 Wspieranie działań na rzecz osób doświadczających ubóstwa i wykluczenia społecznego</p> <p>Cel operacyjny 3.2 Promocja aktywnej polityki społecznej jako narzędzia integracji społecznej</p>	<p>3.1.5 3.2.1 3.2.2</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 4 ZNOSZENIE NIERÓWNOŚCI WYNIKAJĄCYCH ZE ZRÓŻNICOWANEGO DOSTĘPU DO EDUKACJI I RÓŻNIC W KAPITALE SPOŁECZNYM POPRZEZ DIAGNOZĘ I REALIZACJĘ PROJEKTÓW ORAZ WSPARCIE SYSTEMOWE</p> <p>Cel operacyjny 4.1 Wzrost społecznej integracji</p> <p>Cel operacyjny 4.2 Wsparcie dzieci i młodzieży w rozwoju w ramach edukacji szkolnej i pozaszkolnej</p> <p>Cel operacyjny 4.3 Wsparcie systemu edukacji i opieki zdrowotnej poprzez realizację projektów</p>	<p>3.2.</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 5 WZMOCNIENIE REGIONALNEGO KAPITAŁU LUDZKIEGO I SPOŁECZNEGO</p> <p>Cel operacyjny 5.1 Kształtowanie postaw obywatelskich</p>	<p>3.1.4</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 6 UPOWSZECHNIANIE I ROZWÓJ USŁUG WSPIERAJĄCYCH FUNKCJONOWANIE OSÓB STARSZYCH I O OGRANICZONEJ SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ W ŻYCIU CODZIENNYM I SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ</p> <p>Cel operacyjny 6.1 Wspieranie i rozwój usług na rzecz osób starszych i osób o ograniczonej sprawności funkcjonalnej ukierunkowanych na wspomaganie ich samodzielności i zapewnienie im opieki</p> <p>Cel operacyjny 6.2 Wspieranie opiekunów nieformalnych w pełnieniu funkcji opiekuńczych nad osobami starszymi i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej</p> <p>Cel operacyjny 6.3 Wspieranie i rozwój usług na rzecz osób z zaburzeniami o charakterze otępiennym</p>	<p>2.2.3 3.2.1 3.2.2 3.2.4</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 7 POBUDZANIE I WSPIERANIE AKTYWNOŚCI SENIORÓW W PERSPEKTYWIE INDYWIDUALNEJ I SPOŁECZNEJ</p> <p>Cel operacyjny 7.1 Propagowanie zasad „dobrego starzenia się”, wspomagających jak najdłuższe zachowanie sprawności funkcjonalnej, samodzielności i aktywności w życiu społecznym i zawodowym</p>	<p>3.5.1 3.2.1 3.6.3</p>

<p>Cel operacyjny 7.2 Wspieranie i popularyzacja oferty spędzania czasu wolnego, rozwoju intelektualnego, aktywności fizycznej</p> <p>Cel operacyjny 7.3 Wzmacnianie znaczenia osób starszych w życiu społeczności lokalnych, rozwój potencjału osób starszych w perspektywie indywidualnej i społecznej</p> <p>Cel operacyjny 7.4 Upowszechnianie i wspieranie rozwoju „srebrnej gospodarki” (<i>silver economy</i>)</p>	
<p>CEL STRATEGICZNY 8 WZMOCNIENIE AUTONOMII I PRAWA DO SAMOSTANOWIENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</p> <p>Cel operacyjny 8.1 Rozwój usług umożliwiających osobom z niepełnosprawnościami prowadzenie aktywnego i niezależnego życia w dotychczasowym środowisku lokalnym</p> <p>Cel operacyjny 8.2 Minimalizowanie barier w dostępie do usług, w szczególności osobom z niepełnosprawnościami</p>	<p>2.2.3</p> <p>3.1.5</p> <p>3.2.1</p> <p>3.2.2</p> <p>3.4.3</p> <p>3.5.2</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 9 ZAPEWNIENIE OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI WIELOSTRONNEJ OPIEKI ADEKWATNEJ DO ICH POTRZEB</p> <p>Cel operacyjny 9.1 Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej</p> <p>Cel operacyjny 9.2 Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego</p> <p>Cel operacyjny 9.3 Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi</p> <p>Cel operacyjny 9.4 Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy</p>	<p>2.3.3</p> <p>3.6.3</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 10 INTEGRACJA NA RZECZ PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ</p> <p>Cel operacyjny 10.1 Wspieranie i rozwój programów profilaktycznych oraz podnoszenie wiedzy ogółu społeczeństwa w zakresie problematyki uzależnień i profilaktyki HIV/AIDS</p> <p>Cel operacyjny 10.2 Doskonalenie kompetencji kadr zaangażowanych w działania profilaktyczne i lecznicze</p> <p>Cel operacyjny 10.3 Zwiększenie dostępności do usług terapeutycznych i leczniczych dla osób uzależnionych</p> <p>Cel operacyjny 10.4</p>	<p>2.3.3</p> <p>3.6.3</p>

Monitorowanie zjawiska problemów w obszarze uzależnień na terenie województwa	
<p>CEL STRATEGICZNY 11 PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY W RODZINIE</p> <p>Cel operacyjny 11.1 Ograniczanie zjawiska przemocy w rodzinie poprzez działania profilaktyczne</p> <p>Cel operacyjny 11.2 Wsparcie i rozwój działań na rzecz osób doświadczających przemocy, w tym przemocy w rodzinie</p> <p>Cel operacyjny 11.3 Wsparcie i rozwój działań ukierunkowanych na osoby stosujące przemoc w rodzinie</p> <p>Cel operacyjny 11.4 Wsparcie podmiotów pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie</p>	<p>3.2.1</p> <p>3.2.2</p>
<p>CEL STRATEGICZNY 12 WSPIERANIE I ROZWÓJ POTENCJAŁU INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ</p> <p>Cel operacyjny 12.1 Wzmacnianie potencjału zawodowego kadr służb społecznych, w tym również organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy i integracji społecznej</p> <p>Cel operacyjny 12.2 Doskonalenie procesów świadczenia usług przez podmioty działające w obszarze pomocy i integracji społecznej</p> <p>Cel operacyjny 12.3 Doskonalenie procesów współpracy pomiędzy podmiotami działającymi w obszarze pomocy i integracji społecznej w oparciu o zasady partnerstwa i komplementarności działań</p> <p>Cel operacyjny 12.4 Wsparcie instytucji pomocy i integracji społecznej w niwelowaniu społecznych skutków kryzysów o charakterze ponadlokalnym, w tym pandemii</p>	<p>2.3.7</p> <p>3.2.1</p> <p>3.2.2</p>

CELE DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030

CEL GŁÓWNY

DAŻENIE DO ZAPEWNIENIA DOLNOŚLĄZAKOM WYSOKIEJ JAKOŚCI ŻYCIA OPARTEJ NA INTEGRACJI SPOŁECZNEJ, LEPSZYM DOPASOWANIU USŁUG SPOŁECZNYCH DO POTRZEB MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ORAZ TWORZENIU WARUNKÓW DO HARMONIJNEGO ROZWOJU W ŻYCIU INDYWIDUALNYM I SPOŁECZNYM

CEL STRATEGICZNY 1

BUDOWA POTENCJAŁU RODZINY DOLNOŚLĄSKIEJ

Cel operacyjny 1.1

Wzmacnianie rodziny w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych

Rodzaje działań:

- Tworzenie i upowszechnianie rozwiązań służących kształtowaniu kompetencji opiekuńczo-wychowawczych rodziców oraz budowaniu pozytywnych relacji rodzic- dziecko
- Upowszechnianie wiedzy na temat opieki i wychowania dzieci i młodzieży, wspierającej rodziców w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych i umacnianiu więzi rodzinnych
- Promowanie rodziny jako wartości w życiu człowieka
- Kształtowanie świadomości społecznej w odniesieniu do ważnych zagadnień mogących mieć wpływ na funkcjonowanie rodziny i zadania przezeń spełnianie
- Promowanie równości kobiet i mężczyzn w życiu rodzinnym i zawodowym
- Upowszechnianie form współpracy instytucji publicznych i społecznych na rzecz tworzenia programów i projektów służących budowaniu i wzmacnianiu rodziny i więzi rodzicielskich
- Rozpoznawanie potrzeb i problemów rodziny współczesnej, służące wsparciu jej funkcjonowania oraz dopasowania usług społecznych do jej potrzeb

Cel operacyjny 1.2

Wzmacnianie potencjału rodziny wielodzietnej

Rodzaje działań

- Budowanie w świadomości społecznej pozytywnego wizerunku „dużej rodziny”, wolnego od negatywnych stereotypów i uprzedzeń
- Upowszechnianie wiedzy na temat rozwiązań instytucjonalnych dostępnych dla rodzin wielodzietnych, mających na celu wsparcie ich w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych
- Rozpoznawanie specyficznych potrzeb i problemów rodzin wielodzietnych, mające na celu wsparcie jej funkcjonowania oraz dopasowania usług społecznych do ich potrzeb
- Upowszechnianie innowacyjnych rozwiązań służących wspieraniu funkcjonowania rodzin wielodzietnych
- Wspieranie aktywności samorządów lokalnych w celu tworzenia kompleksowych rozwiązań na rzecz rodzin wielodzietnych w pełnionych przez nie funkcjach opiekuńczo-wychowawczych

Cel operacyjny 1.3

Wsparcie rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym niewydolnych wychowawczo

Rodzaje działań:

- Rozpoznawanie głównych problemów współczesnej rodziny i tworzenie programów i projektów, mających na celu ich przezwyciężanie
- Rozwój i wsparcie poradnictwa specjalistycznego wspomagającego rodzinę w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych
- Rozwój i wsparcie interwencji kryzysowej służącej pomocą osobom i rodzinom w kryzysie
- Poszukiwanie i popularyzacja nowatorskich rozwiązań służących wzmacnianiu potencjału rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym
- Upowszechnianie metod pracy w oparciu o wewnętrzne zasoby rodziny oraz społeczności lokalnej
- Wspieranie podmiotów prowadzących działania na rzecz rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym poprzez podnoszenie ich kompetencji zawodowych

Cel operacyjny 1.4

Wsparcie działań na rzecz dzieci i młodzieży, w tym pochodzących z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym, przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym

Rodzaje działań:

- Promocja i rozwój działań wspierających prawidłowy psychofizyczny i psychospołeczny rozwój dzieci i młodzieży
- Wspieranie i rozwój działań profilaktycznych mających na celu poprawę społecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym
- Kształtowanie postaw społecznych młodych ludzi opartych na godności, odpowiedzialności, szacunku dla siebie i innych uczestników życia społecznego
- Upowszechnianie, rozwój i wsparcie przedsięwzięć służących nabyciu przez dzieci i młodzież umiejętności lepszego funkcjonowania w społeczeństwie, rodzinie i środowisku rówieśniczym
- Diagnoza zachowań ryzykownych podejmowanych przez dzieci i młodzież, w tym prostytucji nieletnich
- Zwiększanie poziomu świadomości społecznej związanej z zachowaniami ryzykownymi wśród dzieci i młodzieży
- Upowszechnianie wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych, emocjonalnych, psychicznych i społecznych wynikających z zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, w tym prostytucji nieletnich
- Upowszechnianie, rozwój i wspieranie form wsparcia dla dzieci i młodzieży podejmujących zachowania ryzykowne, w tym w Internecie

Cel operacyjny 1.5

Upowszechnianie i rozwój idei rodzicielstwa zastępczego jako formy wsparcia dzieci i młodzieży zagrożonej sieroctwem

Rodzaje działań:

- Popularyzacja idei rodzicielstwa zastępczego jako alternatywy wobec opieki instytucjonalnej
- Wspieranie i rozwój kompleksowego systemu pomocy i opieki dla dzieci dotkniętych sieroctwem
- Upowszechnianie i tworzenie form wsparcia dla usamodzielnianych wychowanków instytucji pieczy zastępczej w celu kształtowania ich umiejętności społecznych oraz lepszego adaptacji i integracji ze społeczeństwem
- Wspieranie i rozwój poradnictwa specjalistycznego oraz form wsparcia i samopomocy dla osób pełniących funkcję rodziny zastępczej

- Kształtowanie postaw społecznych sprzyjających świadomemu macierzyństwu i rodzicielstwu

Cel operacyjny 1.6

Wspieranie i rozwój systemu adopcji

Rodzaje działań:

- 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

CEL STRATEGICZNY 2

ROZWÓJ SPRZYJAJĄCY WYKORZYSTANIU ZASOBÓW NA RYNKU PRACY

Cel operacyjny 2.1

Poprawa zatrudnienia osób znajdujących się w szczególnie niekorzystnej sytuacji na rynku pracy

Rodzaje działań:

- Wspieranie osób młodych w wejściu i utrzymaniu się na rynku pracy
- Wspieranie i aktywizacja osób starszych
- Zwiększenie zatrudnienia i utrzymania się na rynku pracy osób niepełnosprawnych
- Popularyzowanie elastycznych form zatrudnienia oraz nowoczesnych metod organizacji pracy
- Integracja i reintegracja zawodowa osób w szczególnej sytuacji na rynku pracy
- Wspieranie działań aktywizujących i podnoszących kompetencje i kwalifikacje zawodowe
- Indywidualizowanie wsparcia dla grup szczególnego ryzyka
- Reorientacja zawodowa osób zagrożonych procesami restrukturyzacyjnymi
- Zwiększenie mobilności zawodowej i terytorialnej
- Wspieranie przedsiębiorczości i samozatrudnienia
- Przeciwdziałanie i zwalczanie bezrobocia, w tym długotrwałego bezrobocia
- Promocja aktywnej polityki rynku pracy poprzez wsparcie grup szczególnego ryzyka
- Wspieranie podmiotów reintegracyjnych oraz innych instytucji i organizacji działających na rzecz aktywizacji zawodowej w regionie z celu zapewnienia im stabilności funkcjonowania
- Rozwój i modernizacja instrumentów i usług rynku pracy
- Poprawa efektywności instytucji rynku pracy
- Koordynacja kierunków kształcenia i szkolenia z potrzebami rynku pracy
- Prowadzenie działań służących wzmocnieniu współpracy międzysektorowej w obszarze reintegracji
- Rozwój działań partnerskich na rzecz aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych i biernych zawodowo
- Informowanie pracodawców o możliwości ubiegania się o dofinansowanie wynagrodzenia pracownika z niepełnosprawnością ze środków PFRON w ramach SODiR

Cel operacyjny 2.2

Poprawa zdolności adaptacyjnych pracowników do zmian zachodzących w gospodarce

Rodzaje działań:

- Wspieranie konkurencyjności przedsiębiorstw i przedsiębiorców
- Wspieranie mobilności zawodowej i terytorialnej pracowników
- Poprawa jakości pracy oraz samozatrudnienia
- Usprawnienie procesów lub obszaru działania przedsiębiorstw poprzez częściową lub całkowitą zmianę profilu działalności gospodarczej
- Kontynuowanie upowszechniania elastycznych form zatrudnienia
- Doskonalenie kadr przedsiębiorstw
- Wspieranie rozwoju usług realizowanych w ramach bazy usług rozwojowych

Cel operacyjny 2.3

Godzenie życia prywatnego z życiem zawodowym

Rodzaje działań:

- Wspieranie aktywności zawodowej kobiet wchodzących i/lub powracających na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i/lub wychowaniem dziecka
- Tworzenie i rozwijanie bezpłatnych lub niedrogich miejsc opieki nad dziećmi do lat 3
- Popularyzowanie elastycznych form zatrudnienia oraz nowoczesnych metod organizacji pracy
- Propagowanie stosowania elastycznych form zatrudnienia oraz nowoczesnych metod organizacji pracy
- Zwiększenie dostępu oraz podniesienie jakości usług społecznych, w tym usług opiekuńczych i ochrony zdrowia
- Eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy
- Wsparcie zasobów i potencjału podmiotów ekonomii społecznej świadczących usługi społeczne użyteczności publicznej

Cel operacyjny 2.4

Rozwój ekonomii społecznej jako elementu rynku pracy i polityki społecznej

Rodzaje działań:

- Zwiększenie udziału instytucji oraz podmiotów wspierających ekonomię społeczną w kształtowaniu i realizacji polityki rynku pracy w województwie dolnośląskim
- Zwiększenie zatrudnienia w podmiotach ekonomii społecznej
- Tworzenie i rozwój podmiotów ekonomii społecznej jako miejsc pracy zatrudniających osoby doświadczające wykluczenia społecznego
- Podejmowanie działań służących wzmocnieniu potencjału podmiotów ekonomii społecznej poprzez prowadzenie przyjaznej polityki lokalnej służącej zapewnieniu stałego finansowania (m.in. poprzez zlecanie usług użyteczności publicznej, przekazywania zasobów lokalowych na preferencyjnych warunkach) w szczególności w małych miejscowościach, w których występuje deficyt pes
- Wspieranie aktywizacji zawodowej osób w najtrudniejszej sytuacji społeczno-zawodowej poprzez tworzenie nowych podmiotów reintegracyjnych oraz wspieranie potencjału już istniejących placówek w zakresie sprzedaży produktów i usług, wytwarzanych z udziałem osób zagrożonych wykluczeniem społecznym
- Wzmocnienie działań wspierających popyt na produkty i usługi oferowane przez podmioty ekonomii społecznej prowadzonych przez instytucje wsparcia ekonomii społecznej, instytucji rynku pracy i pomocy społecznej

- Przygotowanie przedstawicieli instytucji rynku pracy i pomocy społecznej do wspierania miejsc pracy w podmiotach ekonomii społecznej
- Wzmocnienie działań edukacyjne służących przygotowaniu menagerów podmiotów ekonomii społecznych
- Rozwój działalności ośrodków wsparcia ekonomii społecznej na rzecz tworzenia miejsc pracy w podmiotach ekonomii społecznej
- Zwiększenie efektywności podmiotów ekonomii społecznej w obszarze aktywizacji zawodowej osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy
- Inicjowanie działań zmierzających do deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz włączenie podmiotów sektora ekonomii społecznej w aktywną realizację tych usług
- Inicjowanie działań zmierzających do tworzenia centrów usług społecznych i włączenie podmiotów sektora ekonomii społecznej w ich działalność
- Popularyzowanie społecznie odpowiedzialnych zamówień publicznych w samorządach oraz wśród podmiotów ekonomii społecznej
- Przygotowanie przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego do aktywnego wspierania podmiotów ekonomii społecznej poprzez zlecanie zadań publicznych
- Edukacja przedstawicieli samorządów w obszarze współdziałania i kooperacji zwłaszcza z lokalnymi podmiotami ekonomii społecznej w procesie rozwiązywania problemów społecznych
- Zwiększenie partycypacji podmiotów ekonomii społecznej w procesie kształtowania polityki społecznej i budowania rozwoju lokalnego
- Promowanie podmiotów ekonomii społecznej jako społecznie odpowiedzialnych pracodawców
- Wzmacnianie i budowanie trwałych powiązań pomiędzy podmiotami sektora ekonomii społecznej a instytucjami rynku pracy i pomocy społecznej w procesie reintegracji i aktywizacji zawodowej grup dewaloryzowanych na rynku pracy
- Upowszechnianie wśród samorządów modeli tworzenia własnej infrastruktury podmiotów ekonomii społecznej; powoływanie podmiotów ekonomii społecznej z udziałem innych samorządów oraz współtworzenia podmiotów ekonomii społecznej z istniejącymi podmiotami ekonomii społecznej w celu realizacji zadań własnych samorządu i przeciwdziałaniu bezrobociu wśród społeczności lokalnej
- Inicjowanie i rozwój partnerstwa na rzecz rynku pracy z udziałem podmiotów ekonomii społecznej
- Realizacja działań zwiększających rolę biznesu w rozwoju podmiotów ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstw społecznych, poprzez inicjowanie współpracy z sektorem prywatnym w ramach społecznej odpowiedzialności biznesu (csr)
- Budowanie opartej na relacjach biznesowych współpracy, pomiędzy sektorem prywatnym a podmiotami ekonomii społecznej
- Inicjowanie nowych projektów/ działań we współpracy biznesu i podmiotów ekonomii społecznej
- Prowadzenie polityki sprzyjającej podejmowaniu wspólnych działań inwestorów prywatnych oraz podmiotów ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstw społecznych poprzez animowanie i organizację spotkań tych środowisk
- Podejmowanie działań służących wzmocnieniu potencjału kadr podmiotów ekonomii społecznej i solidarnej poprzez szkolenia i inne formy wsparcia podnoszące kompetencje społeczne i zawodowe pracowników

CEL STRATEGICZNY 3

PRZECIWDZIAŁANIE PAUPERYZACJI I WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU MIESZKAŃCÓW DOLNEGO ŚLĄSKA

Cel operacyjny 3.1

Wspieranie działań na rzecz osób doświadczających ubóstwa i wykluczenia społecznego

Rodzaje działań:

- Aktywizacja zawodowa osób niezatrudnionych, w tym wspieranie samozatrudnienia

- Stosowanie aktywnych form integracji społeczno-zawodowej klientów pomocy społecznej
- Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób w wieku aktywności zawodowej
- Podnoszenie jakości edukacji formalnej
- Aktywizacja społeczno-zawodowa osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin
- Promocja i wspieranie rozwiązań na rzecz przeciwdziałania bezdomności
- Przeciwdziałanie dyskryminacji i marginalizacji osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym

Cel operacyjny 3.2

Promocja aktywnej polityki społecznej jako narzędzia integracji społecznej

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie, wspieranie i rozwój instrumentów aktywnej polityki społecznej wśród podmiotów odpowiedzialnych za jej wdrażanie
- Pobudzanie i wspieranie rozwiązań na rzecz aktywności osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym
- Kreowanie pozytywnych postaw wobec aktywizacji społecznej
- Animacja środowisk lokalnych, pobudzanie i wspieranie potencjału społeczności lokalnych poprzez wykorzystywanie jej wewnętrznych zasobów
- Upowszechnianie wiedzy, umiejętności, narzędzi i technik ukierunkowanych na rozwiązywanie specyficznych problemów społeczności lokalnych

CEL STRATEGICZNY 4

ZNOSZENIE NIERÓWNOŚCI WYNIKAJĄCYCH ZE ZRÓŻNICOWANEGO DOSTĘPU DO EDUKACJI I RÓŻNIC W KAPITALE SPOŁECZNYM POPRZEZ DIAGNOZĘ I REALIZACJĘ PROJEKTÓW ORAZ WSPARCIE SYSTEMOWE

Cel operacyjny 4.1

Wzrost społecznej integracji

Rodzaje działań:

- Wdrażanie programów niwelujących nierówności w edukacji, gminy i powiaty wiejskie
- Działania wdrażające upowszechnianie wolontariatu i działań społecznych
- Działania wspierające integrację społeczną
- Tworzenie warunków do podejmowania działań przez społeczności lokalne w zakresie szeroko pojętej oferty zajęć dodatkowych dla dzieci i młodzieży

Cel operacyjny 4.2

Wsparcie dzieci i młodzieży w rozwoju w ramach edukacji szkolnej i pozaszkolnej

Rodzaje działań:

- Działania wdrażające powszechny dostęp do dodatkowych zajęć edukacyjnych dla uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych
- Rozwój form wsparcia edukacji pozaszkolnej oraz popołudniowej
- Edukacja promująca zdrowe żywienie skierowana do całych rodzin
- Realizacja działań promocyjnych, dolnośląskich kampanii z wykorzystaniem walorów regionu oraz promocji produktów sezonowych
- Edukacja w zakresie wykorzystywania nowych technologii

- Edukacja promująca zdrowy styl życia w wymiarze fizycznym i psychologicznym
- Działania wdrażające upowszechnianie sportu i kultury fizycznej
- Promocja i wsparcie wolontariatu
- Promocja i wsparcie samopomocy rówieśniczej
- Przeciwdziałanie wszelkim formom dyskryminacji oraz przemocy
- Promocja i rozwój talentów, zwłaszcza w zakresie kultury i twórczości młodych ludzi

Cel operacyjny 4.3

Wsparcie systemu edukacji i opieki zdrowotnej poprzez realizację projektów

Rodzaje działań:

- Współpraca finansowa i pozafinansowa z gminami i powiatami w zakresie upowszechniania pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla dzieci i młodzieży
- Podejmowanie inicjatyw związanych z powoływaniem nowych placówek, wypełniających lukę w obecnie istniejącym systemie edukacji
- Podjęcie inicjatywy dot. wykorzystania obiektów szkolnych do systemowych i pozasystemowych zajęć popołudniowych ze szczególnym uwzględnieniem zajęć prowadzonych przez organizacje pozarządowe
- Działania wdrażające powszechny dostęp do dodatkowych zajęć edukacyjnych dla uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych
- Rozwój form wsparcia edukacji pozaszkolnej oraz popołudniowej
- Edukacja promująca zdrowe żywienie
- Edukacja promująca zdrowy styl życia w wymiarze fizycznym i psychologicznym
- Działania wdrażające upowszechnianie sportu i kultury fizycznej oraz rekreacji

CEL STRATEGICZNY 5

WZMOCNIENIE REGIONALNEGO KAPITAŁU LUDZKIEGO I SPOŁECZNEGO

Cel operacyjny 5.1

Kształtowanie postaw obywatelskich

Rodzaje działań:

- Wspieranie organizacji pozarządowych oraz sieci działających na rzecz tych organizacji
- Rozwój i wsparcie wolontariatu oraz grup nieformalnych
- Wzmocnienie dialogu i współpracy samorządu z organizacjami pozarządowymi poprzez powołanie i rozwój działalności Dolnośląskiej Rady Działalności Pożytku Publicznego
- Rozwój współpracy pomiędzy Młodzieżowym Sejmikiem Województwa Dolnośląskiego i Dolnośląską Społeczną Radą Senioralną
- Wspieranie rozwoju organizacji pozarządowych, ich aktywności oraz kompetencji poprzez prowadzenie doradztwa
- Wspieranie rozwoju i aktywności rad senioralnych, młodzieżowych na wszystkich szczeblach samorządowych

CEL STRATEGICZNY 6

UPOWSZECHNIANIE I ROZWÓJ USŁUG WSPIERAJĄCYCH FUNKCJONOWANIE OSÓB STARSZYCH I O OGRANICZONEJ SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ W ŻYCIU CODZIENNYM I SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ

Cel operacyjny 6.1

Wspieranie i rozwój usług na rzecz osób starszych i osób o ograniczonej sprawności funkcjonalnej ukierunkowanych na wspomaganie ich samodzielności i zapewnienie im opieki

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie wiedzy na temat dostępnych form wsparcia osób starszych i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej
- Wspieranie rozwoju kompleksowego systemu opieki nad osobami starszymi i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej, nakierowanego na jak najdłuższe zachowanie samodzielności i niezależności życiowej
- Wspieranie rozwoju usług środowiskowych, wspomagających osoby starsze i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej w codziennym funkcjonowaniu i zaspokajaniu istotnych potrzeb życiowych
- Wspieranie rozwoju sieci ośrodków wsparcia dziennego dla osób starszych i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej
- Wspieranie rozwoju placówek pobytu całodobowego dla osób starszych i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej
- Rozpoznawanie potrzeb osób starszych i niesamodzielnych, w celu dopasowania do nich usług wspierających te osoby
- Upowszechnianie i promocja wykorzystania ICT w świadczeniu usług opiekuńczych wobec osób starszych i niesamodzielnych
- Upowszechnianie innowacyjnych rozwiązań w obszarze opieki nad osobą starszą i niesamodzielną
- Wspieranie, tworzenie i rozwój programów osłonowych w zakresie wspomaganie funkcjonowania osób starszych w środowisku lokalnym i rodzinnym
- Wspieranie i rozwój usług asystenckich dla seniorów i osób o ograniczonej sprawności funkcjonalnej

Cel operacyjny 6.2

Wspieranie opiekunów nieformalnych⁹² w pełnieniu funkcji opiekuńczych nad osobami starszymi i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie wiedzy na temat dostępnych form wsparcia dla osób starszych i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej
- Upowszechnianie wiedzy na temat opieki świadczonej w warunkach domowych oraz kształtowanie umiejętności opiekuńczych opiekunów nieformalnych
- Poszukiwanie i upowszechnianie innowacyjnych metod opieki nad osobą starszą i niesamodzielną w warunkach domowych
- Wspieranie i rozwój opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób starszych i o ograniczonej sprawności funkcjonalnej
- Przeciwdziałanie wypaleniu opiekunów

Cel operacyjny 6.3

Wspieranie i rozwój usług na rzecz osób z zaburzeniami o charakterze otępiennym

⁹² Opiekun nieformalny – osoba pełnoletnia, najczęściej członek rodziny, sprawująca opiekę nad osobą o ograniczonej sprawności funkcjonalnej wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca za swoje czynności wynagrodzenia.

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń o charakterze otępiennym i promocja działań profilaktycznych w tym zakresie
- Upowszechnianie wiedzy na temat form wsparcia osób z zaburzeniami o charakterze otępiennym
- Kształtowanie pozytywnych postaw społecznych wobec osób cierpiących na zaburzenia o charakterze otępiennym
- Wspieranie rozwoju infrastruktury zdrowotnej, opiekuńczej i wspomagającej dla osób z zaburzeniami o charakterze otępiennym
- Wspieranie działań służących poprawie funkcjonowania osób z zaburzeniami o charakterze otępiennym w życiu zawodowym i społecznym
- Wspieranie opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami cierpiącymi na zaburzenia o charakterze otępiennym
- Rozpoznawanie potrzeb osób z zaburzeniami o charakterze otępiennym oraz ich bliskich

CEL STRATEGICZNY 7

POBUDZANIE I WSPIERANIE AKTYWNOŚCI SENIORÓW W PERSPEKTYWIE INDYWIDUALNEJ I SPOŁECZNEJ

Cel operacyjny 7.1

Propagowanie zasad „dobrego starzenia się”, wspomagających jak najdłuższe zachowanie sprawności funkcjonalnej, samodzielności i aktywności w życiu społecznym i zawodowym

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie wiedzy na temat istotnych kwestii związanych z problematyką starzenia się organizmu i radzenia sobie z niekorzystnymi aspektami tego procesu
- Promocja i wspieranie działań profilaktycznych mających na celu opóźnienie wystąpienia zmian geriatrycznych
- Tworzenie, rozwój i wspieranie programów na rzecz aktywizacji zawodowej i społecznej seniorów
- Promocja i upowszechnianie zasad zdrowego trybu życia w całościowym cyklu życia człowieka

Cel operacyjny 7.2

Wspieranie i popularyzacja oferty spędzania czasu wolnego, rozwoju intelektualnego, aktywności fizycznej seniorów

Rodzaje działań:

- Wspieranie rozwiązań na rzecz zwiększania 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
- Upowszechnianie komunikacji cyfrowej w środowisku senioralnym i edukacja przeciwdziałająca wykluczeniu cyfrowemu seniorów

Cel operacyjny 7.3

Wzmacnianie znaczenia osób starszych w życiu społeczności lokalnych, rozwój potencjału osób starszych w perspektywie indywidualnej i społecznej

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie i wspieranie idei funkcjonowania rad senioralnych w społecznościach lokalnych

- Powołanie Dolnośląskiej Społecznej Rady Senioralnej
- Popularyzacja i wspieranie idei tworzenia uniwersytetów trzeciego wieku jako modelowych placówek rozwoju i aktywizacji w wieku senioralnym
- Promocja i wspieranie wolontariatu senioralnego
- Monitoring problemów i potrzeb osób starszych
- Budowanie pozytywnego wizerunku osób starszych w świadomości społecznej
- Popularyzacja idei i rozwiązań służących wykorzystaniu potencjału osób starszych jako istotnego zasobu społeczności lokalnej

Cel operacyjny 7.4

Upowszechnianie i wspieranie rozwoju „srebrnej gospodarki” (*silver economy*)

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie wiedzy na temat „srebrnej gospodarki”
- Popularyzacja informacji o podmiotach i ofercie „srebrnej gospodarki”
- Wspieranie rozwoju doradztwa dla osób i podmiotów zainteresowanych aktywnością w obszarze „srebrnej gospodarki”
- Promocja i wspieranie aktywności zawodowej osób w wieku senioralnym
- Monitoring stanu i kierunków rozwoju „srebrnej gospodarki”
- Upowszechnianie „dobrych praktyk” służących rozwojowi „srebrnej gospodarki”

CEL STRATEGICZNY 8

WZMOCNIENIE AUTONOMII I PRAWA DO SAMOSTANOWIENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Cel operacyjny 8.1

Rozwój usług umożliwiających osobom z niepełnosprawnościami prowadzenie aktywnego i niezależnego życia w dotychczasowym środowisku lokalnym

Rodzaje działań:

- Rozwój usług asystencji osobistej
- Zwiększenie dostępności miejsc rehabilitacji zawodowej (m.in. w ZAZ)
- Tworzenie oferty usług dla opiekunów formalnych i nieformalnych (m.in. opieka prenatalna i poporodowa dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami, przerwa wytchnieniowa – sieć ośrodków)
- Wsparcie finansowe i pozafinansowe podmiotów działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, w szczególności ich aktywizacji
- Promowanie i wdrażanie innowacji społecznych dla osób z niepełnosprawnościami poprzez dostarczenie zasobów materialnych i wsparcia merytorycznego

Cel operacyjny 8.2

Minimalizowanie barier w dostępie do usług, w szczególności osobom z niepełnosprawnościami

Rodzaje działań:

- Zwiększenie dostępności przestrzeni publicznej i obiektów będących w zarządzie samorządu województwa
- Wspieranie merytoryczne i finansowe utrzymania i rozwoju obiektów, w których realizowana jest rehabilitacja społeczna i zawodowa
- Wspieranie działań polegających na zwiększeniu dostępności cyfrowej jednostek samorządu województwa

- Wdrażanie nowych technologii w obszarze likwidacji barier środowiska społecznego, zawodowego i dostępnej przestrzeni publicznej

CEL STRATEGICZNY 9

ZAPEWNIENIE OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI WIELOSTRONNEJ OPIEKI ADEKWATNEJ DO ICH POTRZEB

Cel operacyjny 9.1

Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Rodzaje działań:

- Aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa. Wojewódzki program może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
- Opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych. Opracowany dokument może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
- Wspieranie wdrażania planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa

Cel operacyjny 9.2

Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Rodzaje działań:

- Aktualizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego
- Wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zapewnienie ciągłości działaniom skutecznym

Cel operacyjny 9.3

Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Rodzaje działań:

- Zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
- Aktualizacja i wdrażanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
- Prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej, adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi

Cel operacyjny 9.4

Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy

Rodzaje działań:

- Opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
- Realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa
- Przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w oparciu o informacje przekazane przez samorządy powiatowe, w wersji elektronicznej lub papierowej

CEL STRATEGICZNY 10

INTEGRACJA NA RZECZ PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ

Cel operacyjny 10.1

Wspieranie i rozwój programów profilaktycznych oraz podnoszenie wiedzy ogółu społeczeństwa w zakresie problematyki uzależnień i profilaktyki HIV/AIDS

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie programów profilaktyki uniwersalnej adresowanej do dzieci, rodziców i nauczycieli ze szczególnym uwzględnieniem programów z *Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*.
- Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych na temat szkód społecznych i zdrowotnych wynikających z używania, używania nadmiernego i uzależnienia od alkoholu, narkotyków i uzależnienia od czynności.
- Wspieranie programów profilaktyki HIV/AIDS
- Poszerzanie oferty programów w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP (tzw. nowych narkotyków – dopalaczy)
- Wspieranie interwencji i programów profilaktyki ukierunkowanej na osoby demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, substancji psychoaktywnych i NSP

Cel operacyjny 10.2

Doskonalenie kompetencji kadr zaangażowanych w działania profilaktyczne i lecznicze

Rodzaje działań:

- Zwiększenie dostępności szkoleń dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą dotyczących skutecznych strategii profilaktycznych
- Szkolenia grup zawodowych w szczególności takich jak lekarze POZ, psychiatry, pielęgniarki, położne, specjaliści terapii uzależnień, psycholodzy, pedagodzy i inni w zakresie tematyki uzależnień oraz skutecznych interwencji
- Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji, samorządów, organizacji pozarządowych, innych służb i podmiotów działających w obszarze profilaktyki uzależnień, przeciwdziałania przemocy, profilaktyki HIV/AIDS

Cel operacyjny 10.3

Zwiększenie dostępności do usług terapeutycznych i leczniczych dla osób uzależnionych

Rodzaje działań:

- Wspieranie rozwoju placówek lecznictwa odwykowego, zakup sprzętu, wyposażenia oraz modernizacja istniejących i nowopowstałych placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych
- Finansowanie programów terapeutycznych uzupełniających ofertę świadczeń zdrowotnych NFZ
- Wspieranie programów leczenia substytucyjnego
- Upowszechnianie informacji na temat placówek udzielających wsparcia
- Wspieranie działalności środowisk abstynenckich
- Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów

Cel operacyjny 10.4

Monitorowanie zjawiska problemów w obszarze uzależnień na terenie województwa

Rodzaje działań:

- Zlecenie do realizacji badań społecznych dotyczących alkoholu i narkotyków w populacji mieszkańców Dolnego Śląska
- Udział w ogólnopolskich badaniach ankietowych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej

CEL STRATEGICZNY 11

PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY W RODZINIE

Cel operacyjny 11.1

Ograniczanie zjawiska przemocy w rodzinie poprzez działania profilaktyczne

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie, skutków jej stosowania w perspektywie indywidualnej i społecznej oraz odpowiedzialności instytucji i osób w obliczu przemocy w rodzinie
- Budowanie świadomości społecznej opartej na wzorcach nieprzemocowych zachowań w życiu indywidualnym i społecznym
- Prowadzenie i udział w kampaniach społecznych, służących ograniczaniu skali występowania przemocy w rodzinie
- Upowszechnianie i promowanie narzędzi służących ograniczaniu w życiu codziennym zachowań przemocowych na rzecz tych o charakterze nieprzemocowym

Cel operacyjny 11.2

Wsparcie i rozwój działań na rzecz osób doświadczających przemocy, w tym przemocy w rodzinie

Rodzaje działań:

- Tworzenie i upowszechnianie ramowych programów ośłonowych dla osób doświadczających przemocy w rodzinie
- Upowszechnianie wiedzy na temat dostępnych form pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie
- Upowszechnianie wiedzy na temat mechanizmów przemocy oraz jej dewastacyjnego wpływu na życie jednostki w perspektywie indywidualnej i społecznej
- 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

Cel operacyjny 11.3

Wsparcie i rozwój działań ukierunkowanych na osoby stosujące przemoc w rodzinie

Rodzaje działań:

- Tworzenie i upowszechnianie ramowych programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie
- Upowszechnianie wiedzy na temat dostępnych form oddziaływań służących ograniczaniu stosowania przemocy

Cel operacyjny 11.4

Wsparcie podmiotów pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Rodzaje działań:

- Prowadzenie działań mających na celu profesjonalizację kadr pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym szkoleń, warsztatów, spotkań, konferencji itp.
- Upowszechnianie wiedzy na temat form i metod pracy z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie oraz stosującymi przemoc w rodzinie
- Upowszechnianie wiedzy i promowanie innowacyjnych form i metod pracy z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie oraz stosującymi przemoc w rodzinie
- Prowadzenie działań służących wzmocnieniu kompetencji zawodowych i przeciwdziałaniu niekorzystnym psychicznym skutkom pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym wypaleniu zawodowemu
- Wspieranie i umacnianie współpracy pomiędzy różnymi podmiotami działającymi w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- Wspieranie działań podejmowanych przez samorządy lokalne oraz podmioty niepubliczne na rzecz ograniczania skali występowania zjawiska przemocy

CEL STRATEGICZNY 12

WSPIERANIE I ROZWÓJ POTENCJAŁU INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

Cel operacyjny 12.1

Wzmacnianie potencjału zawodowego kadr służb społecznych, w tym również organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy i integracji społecznej

Rodzaje działań:

- 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 diagnostyczno-analitycznych kadr służb społecznych
- Upowszechnianie, wspieranie i tworzenie rozwiązań, mających na celu przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu kadr służb społecznych
- Upowszechnianie i wspieranie doradztwa zawodowego i specjalistycznego dla kadr służb społecznych
- Kształtowanie pozytywnego wizerunku kadr służb społecznych w świadomości społecznej
- Promocja zatrudnienia w kadrach służb społecznych

Cel operacyjny 12.2

Doskonalenie procesów świadczenia usług przez podmioty działające w obszarze pomocy i integracji społecznej

Rodzaje działań:

- Monitorowanie i diagnoza procesów i zjawisk społecznych mających wpływ na jakość życia mieszkańców regionu
- Upowszechnianie, wspieranie i tworzenie systemów świadczenia usług społecznych opartych na partnerstwie, komplementarności i wykorzystaniu dostępnych zasobów
- Poszukiwanie i inspirowanie nowatorskich rozwiązań w obszarze polityki społecznej

- Upowszechnianie „dobrych praktyk”, mające na celu wzmocnienie potencjału instytucji i organizacji prowadzących działania w obszarze polityki społecznej (ze szczególnym uwzględnieniem pomocy i integracji społecznej)
- Wspieranie i inspirowanie rozwiązań mających na celu zwiększenie efektywności świadczenia usług społecznych
- Monitoring skuteczności, efektywności i jakości świadczonych usług w relacji do potrzeb społecznych
- Upowszechnianie i wspieranie rozwoju usług dopasowanych do cyklu życia człowieka

Cel operacyjny 12.3

Doskonalenie procesów współpracy pomiędzy podmiotami działającymi w obszarze pomocy i integracji społecznej w oparciu o zasady partnerstwa i komplementarności działań

Rodzaje działań:

- Upowszechnianie, wspieranie i wzmocnianie współpracy pomiędzy samorządami lokalnymi, instytucjami administracji rządowej oraz organizacjami pozarządowymi w działaniach z obszaru pomocy i integracji społecznej
- Upowszechnianie, wspieranie i wzmocnianie współpracy ze środowiskami biznesu na rzecz realizacji działań z obszaru pomocy i integracji społecznej
- Upowszechnianie i wzmocnianie współpracy międzynarodowej, ukierunkowanej na wymianę doświadczeń oraz tworzenie wspólnych nowatorskich rozwiązań w obszarze polityki społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

Cel operacyjny 12.4

Wspieranie instytucji pomocy i integracji społecznej w niwelowaniu społecznych skutków kryzysów o charakterze ponadlokalnym, w tym pandemii

Rodzaje działań:

- Wspieranie infrastruktury instytucji pomocy i integracji społecznej w realizacji działań na rzecz niwelowania społecznych skutków kryzysów o charakterze ponadlokalnym
- Upowszechnianie wiedzy o zjawiskach kryzysowych i metodach radzenia sobie z ich skutkami
- Wspieranie potencjału pracowników kadr pomocy i integracji społecznej w redukowaniu niekorzystnych skutków kryzysów o charakterze ponadlokalnym

RAMY FINANSOWE

Wśród głównych źródeł finansowania działań strategicznych ujętych w Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030 wskazać można środki finansowe pochodzące z funduszy europejskich w ramach nowej perspektywy finansowej 2021-2027 oraz międzynarodowych instytucji finansowych, 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 budżetu Województwa Dolnośląskiego, ze szczególnym uwzględnieniem kwot ujętych w Wieloletniej Prognozie Finansowej Województwa Dolnośląskiego oraz środki Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na ich ostateczną wielkość, jak i sposób alokacji oddziaływać 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 oraz innymi partnerami publicznymi i niepublicznymi 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.

Doświadczenia lat poprzednich, wynikające z realizacji zapisów DSIS za lata 2014-2020 wskazują, iż polityka wspólnej realizacji działań i związanego z tym współdzielenia kosztów sprzyja nie tylko zmniejszeniu obciążenia finansowego każdego z partnerów, ale również buduje wzajemne zaufanie, poczucie wspólnoty celów i umacnia pozycję partnerów w społeczności lokalnej, jak również pozwala na zidentyfikowanie i mobilizację wewnętrznych zasobów społeczności lokalnej. Wypracowane w tym zakresie zasady i regulacje współpracy pozwalają przypuszczać, iż także w perspektywie lat 2021-2030, realizacja zadań z zakresu integracji społecznej w partnerstwie publiczno-publicznym lub w ramach innych partnerstw będzie jednym z ważnych elementów realizacji celów DSIS na lata 2021-2030.

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.

ZASADY REALIZACJI DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030

SYSTEM WDRAŻANIA

Dokumentem nadrzędnym wobec Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030 jest Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030, stąd też założenia wdrożeniowe określone dla SRWD 2030 odnoszą się również do DSIS na lata 2021-2030. Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021-2030 realizowana będzie w oparciu o zasady:

- **pomocniczości (subsydiarności)** polegającej na poszanowaniu autonomii partnerów podejmujących działania w obszarze pomocy i integracji społecznej na poziomie lokalnym i powstrzymaniu się od ingerencji w zadania, które mogą być z powodzeniem realizowane przez podmioty działające lokalnie przy jednoczesnej otwartości na współpracę tam, gdzie konsolidacja sił może przynieść lepszy efekt
- **partnerstwa i współdziałania** polegającej na harmonijnym włączeniu lokalnych partnerów samorządowych, organizacji pozarządowych i sektora prywatnego w skuteczną i efektywną realizację celów DSIS
- **spójności** polegającej na adekwatności podejmowanych działań z zapisami strategicznych dokumentów szczebla unijnego, krajowego i wojewódzkiego służącymi skutecznej i efektywnej realizacji założonych celów DSIS
- **otwartości** polegającej na uwzględnianiu przy realizacji celów DSIS dynamiki uwarunkowań społeczno-gospodarczych, dopasowywanie realizowanych zadań do ewoluujących potrzeb i problemów społecznych
- **mobilizacji i konsolidacji zasobów** polegającej na uwzględnianiu i włączaniu endogennych zasobów posiadanych przez podmioty zaangażowane w realizację celów DSIS w celu zwiększenia skuteczności i efektywności podejmowanych działań
- **oparciu o dowody** polegającej na realizacji celów DSIS w oparciu o zgromadzoną wiedzę, zdobyte doświadczenie, posiadane dane, przy uwzględnieniu rekomendacji i wniosków wynikających z analizy procesu wdrażania zapisów DSIS
- **zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami**, określonych w Ustawie z dnia 19 lipca 2019r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej stanowi dokument o charakterze operacyjno-wdrożeniowym dla Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030. Ze względu na zakres merytoryczny ma wymiar horyzontalny, obejmuje bowiem swoim zakresem różne obszary aktywności i integracji społecznej. Uwarunkowania te niosą ze sobą zagrożenia, wynikające z konieczności uwzględnienia w procesach wdrażania odrębności potrzeb i interesów podmiotów zaangażowanych w realizację celów DSIS, a jednocześnie dają szansę na spójne połączenie sił i zasobów posiadanych przez partnerów w celu ich lepszego i pełniejszego wykorzystania na rzecz rozwoju społeczności dolnośląskiej.

Podsystem instytucjonalny

Zakres działań, objętych Dolnośląską Strategią Integracji Społecznej na lata 2021-2030 powiązany jest ściśle ze sferą społeczną, stąd podmiotami odpowiedzialnymi za wdrażanie i realizację celów DSIS będą wydziały Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego i jednostki organizacyjne samorządu województwa działające w obszarze ochrony zdrowia, rynku pracy, edukacji, 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 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego, Zarządu Województwa Dolnośląskiego oraz pozostałych wydziałów UMWD i jednostek organizacyjnych Województwa Dolnośląskiego.

Partnerami regionalnymi w realizacji zadań strategicznych będą lokalne samorządy, instytucje pomocy i integracji społecznej, instytucje ochrony zdrowia, edukacji, rynku pracy, jednostki 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 podmiotów 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 2021-2030.

Podsystem programowania

Dokumentem nadrzędnym, wyznaczającym kierunki i zakres działań w odniesieniu do sfery społecznej jest Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030. Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021-2030 jest wobec niej dokumentem uzupełniającym, precyzującym i uszczegóławiającym zakres podmiotowych działań w odniesieniu do tej sfery.

Cele DSIS na lata 2021-2030 realizowane będą poprzez szereg programów wojewódzkich, projektów oraz zadań strategicznych, które przyczyniają się do rozwoju społecznego województwa, pogłębiania wewnętrznej spójności i integracji regionu oraz zapewniania wysokiej jakości życia jego mieszkańców.

Programy służące realizacji celów DSIS na lata 2021-2030:

- Regionalny Plan Działań na Rzecz Zatrudnienia
- Regionalny program rozwoju ekonomii społecznej w województwie dolnośląskim
- Program współpracy Samorządu Województwa Dolnośląskiego z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego na Dolnym Śląsku
- Wojewódzki Program wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej
- Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
- Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień
- Wojewódzki program przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska

Projekty:

„Dolnośląska Sieć Placówek Dziennego Wsparcia”

Tworzenie sieci placówek dziennego wsparcia, to odpowiedź na zwiększające się potrzeby systemu edukacji i opieki pozaszkolnej (popołudniowej). W systemie przybywa dzieci z orzeczeniami, czyli uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Wśród tych uczniów, są dzieci, które są pod stałą opieką psychiatryczną a kierowanie ich do zespołów integracyjnych sprzyja wykluczeniu a nie integracji z pozostałymi uczniami oraz społeczeństwem.

W Polsce z sukcesem działają placówki pozasystemowej opieki popołudniowej, gdzie oprócz dzieci z tzw. dobrych domów, są też wychowankowie rodzinnej pieczy zastępczej, wsparcia rodzin adopcyjnych a także dzieci kierowane przez kuratorów, pedagogów szkolnych i Sądy Powszechno Rodzinne. Wiele z tych placówek, wychodząc naprzeciw współczesnym problemom, realizuje koncepcję ujęcia systemowego – rodziny jako systemu, z którego każdy „element” musi funkcjonować dobrze. Podopieczni otrzymują szeroki wachlarz zajęć

dotychczasowych: języki obce, sport, muzyka, fotografia, turystyka, korepetycje, odrabianie lekcji etc. Jedną z wiodących reguł jest to, że wychowanek placówki, powinien funkcjonować na wysokim poziomie społecznym i kulturalnym. W ofercie są możliwości atrakcji, których często nie mają dzieci w domach rodzinnych. Poza tym w trakcie kierowania dzieckiem, współpracę podejmuje: Rodzina- Szkoła-MOPS-Parafia-Sąd.

„Wychowanie Poprzez Sport”

Realizacja powszechnej aktywności fizycznej dla dzieci i młodzieży w Województwie Dolnośląskim. Program oparty na idei wychowania poprzez i dla sportu oraz na doświadczeniu wieloletniej pracy nauczycieli, trenerów, wychowawców. Powszechność sportu daje możliwość selekcji przyszłych mistrzów, ale przede wszystkim zdrowszego i szczęśliwszego społeczeństwa.

Od lat mówi się o zmniejszającej się sprawności fizycznej kolejnych pokoleń dzieci i młodzieży. System edukacji mierzy się z uczniami, którzy wiele godzin spędzają na aktywnościach związanych z obsługą: smartfonów, tabletów, komputerów i telewizorów. Bez realizacji dedykowanych programów, za kilka lat będziemy społeczeństwem schorowanym, potrzebującym wsparcia systemu opieki zdrowotnej.

„Dolnośląska Edukacja Dwujęzyczna”

Dwujęzyczne Dzieci 2.0

Program przewiduje naukę języka ojczystego oraz języka obcego jednocześnie. W założeniach teoretycznych, język obcy nie jest przeciwstawą języka ojczystego, rozpatrując język ojczysty w kategorii nośnika wartości oraz kultury. Dwujęzyczność pojmowana jest, jako szansa na start w społeczeństwo innowacyjne. Uniwersalizm języków obcych powoduje, że są one swoistym „oknem na Świat”, przełamując barierę komunikacyjną. Program jest bardzo potrzebny w systemie polskiej edukacji. Dotychczas, nauczanie języków opierało się głównie na przekazaniu zasad gramatycznych oraz nauki słownictwa. Nieliczne szkoły średnie oraz uczelnie wyższe wprowadzały tzw. nauczanie wykładowe w języku obcym. System nie gwarantował nauczania z native speakerem, czyli w zasadzie programy nie nauczały mówienia w języku obcym. Ten stan rzeczy powinien się zmienić i jak obserwujemy, ewoluje od lat w dobrym kierunku. Ostatni element programu, to powszechność jego stosowania, z zapewnieniem odpowiednio przygotowanej kadry oraz programów nauczania.

„Świadome Żywnienie Dolnośląskich Uczniów”

Projekt zakłada odtworzenie kuchni i stołówek szkolnych, a tam gdzie to niemożliwe, jedną kuchnię na dwie lub trzy szkoły. To program oparty na rozwiązaniu systemowym z Brazylii. Wspiera dzieci i młodzież w formie codziennego, pełnowartościowego dwudaniowego posiłku. Dobrze odżywiony młody człowiek, to dobrze uczący się uczeń i zdrowy obywatel. Ponadto, w zadaniach programu, zawarta jest edukacja uczniów w zakresie zdrowego odżywiania. Nowatorskim rozwiązaniem jest wsparcie lokalnego rolnictwa czyli producentów żywności. System realizuje dopłaty dla producentów żywności nieprzetworzonej oraz ekologicznej. Zapewnia również odbiorców w postaci szkół i placówek edukacyjnych.

„Powoływanie Placówek Wsparcia Systemu Edukacji i Opieki Zdrowotnej”

Projekt zakłada powoływanie placówek lub inicjowanie miejsc wsparcia psychologicznego dla dzieci, rodziców oraz rodzin. Od wielu lat w środowisku specjalistów zajmujących się pomocą psychologiczno-pedagogiczną, postulowane są zmiany systemowe w tym zakresie:

1. zwiększenie dostępności do szkół terapeutycznych, miejsc terapii oraz zwiększenie ich liczby
2. zwiększenie dostępności do szkół specjalnych oraz zwiększenie ich liczby
3. utworzenie placówek specjalistycznych lub pozasystemowych miejsc wsparcia dla dzieci, które nie kwalifikują się do szkoły terapeutycznej ani szkoły specjalnej.

„Dolnośląskie Półkolonie”

To program dofinansowania zimowego i letniego wypoczynku stacjonarnego. Komercyjna oferta wakacyjna dla dzieci i młodzieży jest przede wszystkim zbyt droga. Koszt tygodniowego pobytu za jedno dziecko przewyższa możliwości wielu gospodarstw domowych. Niewiele szkół organizuje półkolonie letnie i zimowe a zapotrzebowanie na tę formę opieki jest ogromne. W realizacji zadania, zaleca się współpracę z partnerami społecznymi np. stowarzyszeniami oraz lokalnymi instytucjami oraz samorządem. Organizacja półkolonii przez placówki to również możliwość zakupu dodatkowego sprzętu sportowego oraz materiałów do świetlicy.

„#CODE – DOLNY ŚLĄSK ” Kreatywna Przestrzeń Nowoczesnych Technologii.

OD KODOWANIA DO PROGRAMOWANIA

#CODE- Dolny Śląsk to program, który łączy w sobie teorię z praktyką. Jest to nie tylko podnoszenie kompetencji w zakresie informatyki ale przede wszystkim sposób na przygotowanie i uwrażliwienie młodych ludzi do dalszego życia. Szczególny algorytm myślenia o nowych technologiach, które mogą być zastosowane praktycznie w życiu każdego z nas. Realizowane warsztaty są inspiracją do tego, jak technologia, może być nam przydatna w życiu oraz jak możemy wykorzystać zdobyte kompetencje i umiejętności w przyszłej aktywności zawodowej. To także idea zrównoważonego rozwoju, której celem jest troska o jakość życia przyszłych pokoleń i to nie tylko na płaszczyźnie globalnej, ale także w regionie, mieście, gminie, szkole i na podwórku. Celem projektu jest wdrożenie młodzieży szkół średnich Województwa Dolnośląskiego do korzystania z nowoczesnych technologii. Projekt jest odpowiedzią na współczesne potrzeby młodych ludzi, uzupełnieniem kształcenia dostępnego w ramach istniejącego systemu edukacji, który w zakresie nowych technologii, jest jeszcze niewystarczający. W dużej mierze jest to związane z bazą techniczną szkół, jak również z niewystarczającą ilością godzin w zakresie nauczania informatyki oraz niewystarczającym przygotowaniem nauczycieli do wdrażania tego typu działań. Sektor edukacji powszechnej, głównie z przyczyn finansowych, jak również organizacyjnych, pozostał poza strefą wpływów Gospodarki 4.0, czyli kolejnych rewolucji techniczno-przemysłowych. W obecnej sytuacji rynku pracy, powoduje to dużą lukę w zakresie pozyskiwania przez pracodawców wykwalifikowanych pracowników lub pracowników, którzy byłoby otwarci na zdobywanie kolejnych kwalifikacji oraz umiejętności. Na szczególną uwagę zasługują właśnie branże technologiczne, w których o zatrudnienie mogliby się starać uczniowie, którzy posiadają kompetencje oraz umiejętności zdobyte w ramach realizacji powyższego programu.

Działania strategiczne:

Działania na rzecz osób z niepełnosprawnościami, w tym:

- Utrzymanie i rozbudowa sieci obiektów służących rehabilitacji w ramach poprawy dostępności infrastruktury publicznej z uwzględnieniem projektowania uniwersalnego, w tym realizacja zadania dofinansowania robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji – zwiększanie dostępu do otwartej edukacji, usług rehabilitacji społecznej i zawodowej.
- Rozwój usług specjalistycznych w zakresie wspomaganie osób z niepełnosprawnościami w ich niezależnym życiu oraz w zakresie świadczenia usług asystencji osobistej i przerwy wytchnieniowej.
- Wspieranie uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami we wszystkich sferach życia społecznego w najszerszym możliwym zakresie m.in. sporcie, kulturze, turystyce, podnoszeniu kwalifikacji.
- Analiza, monitorowanie i działania koordynatora ds. dostępności w obszarze architektonicznym, cyfrowym i organizacyjnym w celu zapewnienia dostępności usług świadczonych przez jednostki samorządu.
- Kampanie i informacje medialne w obszarze szerokopojętej niezależności i możliwości prowadzenie aktywnego i niezależnego życia w dotychczasowym środowisku lokalnym osoby z niepełnosprawnością.

- Organizacja otwartych konkursów ofert, pozyskiwanie grantów, kampanie informacyjne, cykliczne szkolenia bezpośrednie lub z wykorzystaniem technologii cyfrowych

Wojewódzki Program „Nestor” – zespół działań strategicznych Samorządu Województwa Dolnośląskiego ukierunkowanych na wsparcie i aktywizację dolnośląskich seniorów. Program realizowany jest od 2006 roku przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej.

Celem Programu jest:

- promocja i wspieranie systemu aktywizacji i integracji osób starszych poprzez tworzenie i propagowanie zasad „dobrego starzenia się”, jako czasu sprzyjającego jak najdłuższej samodzielności i aktywności seniorów;
- diagnoza kondycji życiowej dolnośląskich seniorów w wybranych aspektach;
- zwiększanie roli osób starszych w społeczności lokalnej, rozwój potencjału osób starszych w perspektywie indywidualnej i społecznej;
- wspieranie i popularyzacja oferty spędzania czasu wolnego, rozwoju intelektualnego, aktywności fizycznej.

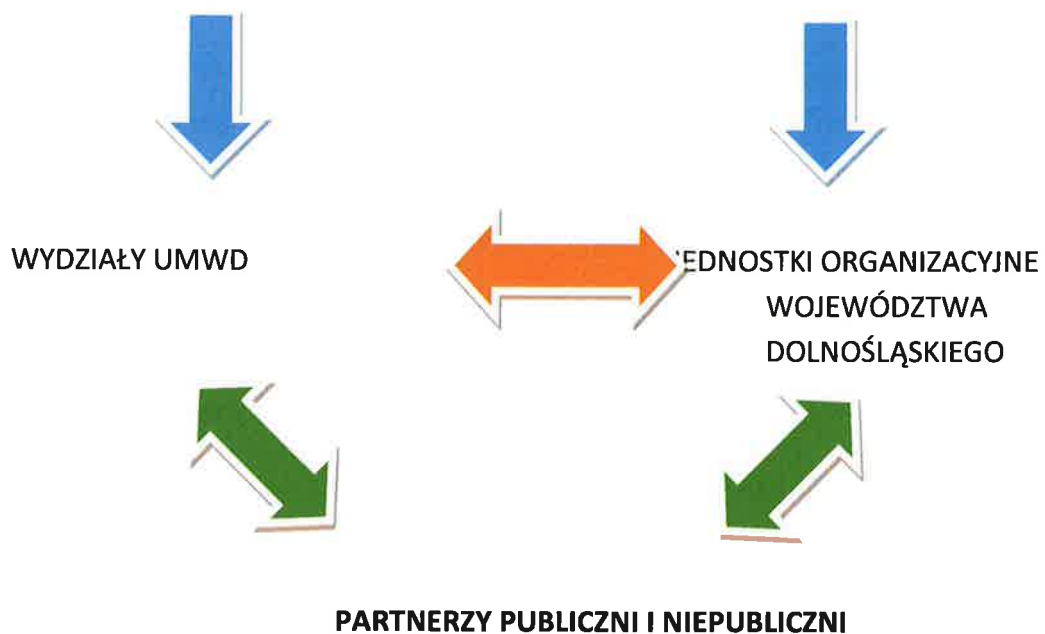
Podejmowane w ramach Programu NESTOR działania są kierowane głównie do osób w wieku senioralnym (60+), jednakże część z nich może być atrakcyjna również dla osób znajdujących się na przedpolu starości – wiek 50+ (np. publikacje, szkolenia dla opiekunów nieformalnych).

Podsystem koordynacji

Podmiotem nadzorującym realizację Dolnośląskiej Strategii na lata 2021-2030 jest Zarząd Województwa Dolnośląskiego. Głównymi realizatorami i podmiotami koordynującymi realizację zadań określonych w DSIS będą wydziały Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego oraz jednostki organizacyjne Samorządu Województwa Dolnośląskiego. Proces koordynacji zapisów Strategii uwzględnia także partnerów publicznych i niepublicznych, w relacjach z którymi zachodzi swoiste sprzężenie zwrotne. Z jednej strony będą bowiem odbiorcami/współrealizatorami działań strategicznych, z drugiej zaś pośrednio lub bezpośrednio współuczestniczyć będą w tworzeniu mechanizmów wdrażania celów DSIS na lata 2021-2030 i ostatecznym kształcie realizowanych zadań.

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

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO



MONITORING I EWALUACJA

Dla prawidłowej realizacji celów Strategii konieczne jest prowadzenie stałych działań monitorujących i 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 2021-2030 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.

Monitoring i ewaluacja Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030 prowadzone będą na zasadach zgodnych z zasadami monitoringu i ewaluacji SRWD 2030, ze szczególnym uwzględnieniem zasad określonych w Planie Wykonawczym SRWD 2030.

Głównym narzędziem monitoringu i ewaluacji DSIS będzie corocznie przygotowywany materiał sprawozdawczy opisujący zakres i charakter działań zrealizowanych w obszarze obejmowanym celami DSIS na lata 2021-2030, stanowiący „wkład” merytoryczny z obszaru pomocy i integracji społecznej do **Raportu o stanie województwa**.

Ponadto elementem monitoringu i ewaluacji będzie opis zrealizowanych działań w obszarze obejmowanym zapisami DSIS na lata 2021-2030 przygotowywany w cyklu trzyletnim do dokumentów monitoringowo-ewaluacyjnych SRWD 2030:

- **Raport o stanie zagospodarowania przestrzennego i rozwoju społeczno-gospodarczym województwa dolnośląskiego**
- **Raport z realizacji Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030.**

Ewaluacja końcowa DSIS na lata 2021-2030 uwzględnić będzie wymienione powyżej materiały sprawozdawcze, odniesienia do wskaźników określonych dla celów strategicznych, pozwalających „zmierzyć” poziom zaawansowania ich realizacji oraz kierunek zmian wynikających bezpośrednio lub pośrednio z działań podejmowanych w ramach Strategii oraz odniesienia do danych statystyki publicznej (GUS, BDL GUS) i statystycznych baz branżowych. Ewaluacja końcowa, poza podsumowaniem realizacji celów DSIS na lata 2021-2030, będzie także pomocna we wskazaniu problemów i potrzeb społeczne, które powinny stać się przedmiotem oddziaływania Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach dokumentu strategicznego z tego obszaru w kolejnej perspektywie czasowej.

WSKAŹNIKI REALIZACJI DOLNOŚLĄSKIEJ STRATEGII INTEGRACJI SPOŁECZNEJ NA LATA 2021-2030

L.p.	Rodzaj wskaźnika	Oczekiwana wartość wskaźnika rok 2030	Źródło weryfikacji wskaźnika
1.	Liczba przedsięwzięć na rzecz rodziny mających na celu wzmocnienie funkcji opiekuńczo-wychowawczych	20	Dane wewnętrzne DOPS
2.	Liczba kampanii społecznych związanych z istotnymi kwestiami społecznymi	3	Dane wewnętrzne DOPS i Wydziałów UMWD
3.	Liczba badań empirycznych dotyczących istotnych kwestii społecznych	3	Dane wewnętrzne DOPS i Wydziałów UMWD
4.	Liczba procedur adopcyjnych	1 500	Dane wewnętrzne DOPS
5.	Liczba szkoleń dla kandydatów do przysposobienia dziecka	70	Dane wewnętrzne DOPS
6.	Liczba uczestników szkoleń dla kandydatów do przysposobienia dziecka	1 090	Dane wewnętrzne DOPS
7.	Liczba dzieci przysposobionych – orzeczenie prawomocne	1 400	Dane wewnętrzne DOPS
8.	Liczba udzielonego wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dla klientów ośrodka (spotkania, wsparcie, konsultacje)	30 000	Dane wewnętrzne DOPS
9.	Wskaźnik zagrożenia ubóstwem relatywnym [%]	9,0	GUS
10.	Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym [%]	17*	GUS
11.	Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 20-64 lata wg BAEL [%]	73,0	GUS
12.	Procentowy udział bezrobotnych kobiet w ogólnej liczbie bezrobotnych	51%	Dane wewnętrzne DWUP
13.	Procentowy udział długotrwale bezrobotnych (pow. 12 miesięcy) w ogólnej liczbie bezrobotnych	33%	Dane wewnętrzne DWUP
14.	Procentowy udział osób w szczególnej sytuacji na rynku pracy w ogólnej liczbie bezrobotnych	75%	Dane wewnętrzne DWUP
15.	Liczba JST, które w swojej strategii rozwoju uwzględniają Ekonomię Społeczną	100	GUS, dane wewnętrzne DOPS
16.	Liczba przedstawicieli PES i JST, którzy uzyskali wsparcie w zakresie wykorzystywania ekonomii społecznej do rozwiązywania problemów społecznych	300	Dane wewnętrzne DOPS i OWES
17.	Liczba przedstawicieli JST objętych wsparciem w zakresie zlecania zadań podmiotom ekonomii społecznej z zastosowaniem społecznie	180	Dane wewnętrzne DOPS i OWES

	odpowiedzialnych zamówień publicznych, w tym klauzul społecznych.		
18.	Liczba PES, które skorzystały z wsparcia w obszarze działań wzmacniających markę/produkt/usługę.	80	Dane wewnętrzne DOPS i OWES
19.	Liczba nagród i certyfikatów jakości przyznanych produktom i usługom wytwarzanym przez PES.	30	Dane wewnętrzne DOPS i OWES, dane MRiPS
20.	Liczba podmiotów, które włączyły się w działania sieci współpracy lub partnerstw zawiązanych na rzecz rozwoju ekonomii społecznej	55	Dane wewnętrzne DOPS i OWES
21.	Liczba dzieci w wieku przedszkolnym, uczestnicząca w projektach edukacyjnych	Coroczne zwiększenie wskaźników o 5%	Dane z placówek
22.	Liczba NGO zaangażowanych w projekty edukacyjne	Coroczne zwiększenie wskaźników o 5%	Dane wewnętrzne WE i dane z NGO
23.	Liczba ogłoszonych w danym roku budżetowym otwartych konkursów ofert na realizację zadań publicznych	170	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego i Wydziałów UMWD
24.	Liczba umów podpisanych z podmiotami Programu w danym roku budżetowym w trybie konkursowym i pozakonkursowym (na podstawie art. 19a ustawy)	4 800	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego i Wydziałów UMWD
25.	Liczba umów podpisanych na zadania dedykowane seniorom w danym roku budżetowym w trybie konkursowym, pozakonkursowym (na podstawie art. 19a ustawy) oraz na podstawie innych przepisów prawa	150	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego i Wydziałów UMWD
26.	Wysokość środków finansowych wykorzystanych przez podmioty Programu, wg stanu na dzień 31 grudnia w danym roku budżetowym, w trybie konkursowym i pozakonkursowym (na podstawie art. 19a ustawy)	50 000 000	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego i Wydziałów UMWD
27.	Liczba wspólnych podmiotów o charakterze opiniodawczo-doradczym	12	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego i Wydziałów UMWD
28.	Liczba szkoleń dla nieformalnych opiekunów osób starszych	100	Dane wewnętrzne DOPS
29.	Liczba uczestników szkoleń dla nieformalnych opiekunów osób starszych	2000	Dane wewnętrzne DOPS
30.	Liczba publikacji dotyczących problematyki senioralnej	5	Dane wewnętrzne DOPS

31.	Liczba uczestników przedsięwzięć kulturalnych kierowanych do seniorów	1000	Dane wewnętrzne DOPS
32.	Wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej	25	BAEL, GUS
33.	Liczba zakładów aktywności zawodowej	12	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego UMWD
34.	Liczba osób z niepełnosprawnościami zatrudnionych w zakładach aktywności zawodowej	530	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego UMWD
35.	Liczba ofert złożonych przez organizacje pozarządowe, na realizację zadań publicznych w obszarze działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami	1200	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego UMWD
36.	Liczba ofert organizacji pozarządowych, które otrzymały wsparcie finansowe na realizację zadań publicznych w obszarze działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami	700	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego UMWD
37.	Liczba ofert złożonych przez jednostki sektora publicznego i niepublicznego, na dofinansowanie przystosowania obiektów służących rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami	150	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego UMWD
38.	Liczba ofert złożonych przez jednostki sektora publicznego i niepublicznego, na dofinansowanie przystosowania obiektów służących rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami, które otrzymały dofinansowanie	120	dane wewnętrzne Wydziału Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego UMWD
39.	Opracowanie Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	2	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
40.	Liczba wspartych CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa	5	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
41.	Liczba przedsięwzięć adresowanych do osób zaburzeniami psychicznymi	10	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
42.	Liczba aktualizacji przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi	10	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
43.	Liczba wspartych programów profilaktyki uzależnień	50	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
44.	Liczba uczestników programów profilaktyki uzależnień	2 500	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD

45.	Liczba szkoleń z zakresu profilaktyki uzależnień	10	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
46.	Liczba uczestników szkoleń z zakresu profilaktyki uzależnień	500	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
47.	Liczba wspartych programów w placówkach leczenia odwykowego	150	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
48.	Liczba osób objętych wsparciem w placówkach leczenia odwykowego	12 000	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
49.	Liczba osób objętych wsparciem Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych	6 000	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
50.	Liczba raportów i publikacji dotyczących problematyki uzależnień	12	Dane wewnętrzne Wydziałów UMWD
51.	Liczba szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie	30	Dane wewnętrzne DOPS i Wydziałów UMWD
52.	Liczba uczestników szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie	540	Dane wewnętrzne DOPS i Wydziałów UMWD
53.	Liczba superwizji z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie	60	Dane wewnętrzne DOPS
54.	Liczba uczestników superwizji z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie	360	Dane wewnętrzne DOPS
55.	Liczba szkoleń dla kadr pomocy i integracji społecznej	10	Dane wewnętrzne DOPS
56.	Liczba uczestników szkoleń dla kadr pomocy i integracji społecznej	200	Dane wewnętrzne DOPS

* Oczekiwana wartość wskaźnika jest zbieżna z szacunkiem ujętym w Umowie Partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce

Przewodniczący
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego



Andrzej Jaroń