

## 1. Wykluczenie społeczne osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ustawodawstwo regulujące problematykę reintegracji społecznej i zawodowej osób wykluczonych społecznie.</li> <li>2. Zróżnicowany system instytucji pomocy społecznej.</li> <li>3. Ujęcie problematyki wykluczenia społecznego w programach aktywizacji zawodowej.</li> <li>4. Monitoring niekorzystnych zjawisk i problemów społecznych.</li> <li>5. Współpraca pomiędzy instytucjami rządowymi i samorządowymi a organizacjami pozarządowymi.</li> <li>6. Wprowadzanie standardów usług w instytucjonalnych placówkach pomocy społecznej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niewystarczająca infrastruktura środowiskowa, zwłaszcza na terenach wiejskich.</li> <li>2. Niewystarczająca liczba miejsc pracy dla osób wykluczonych społecznie.</li> <li>3. Problemy ekonomiczne związane z funkcjonowaniem spółdzielni socjalnych, centrów i klubów integracji społecznej.</li> <li>4. Niski poziom wykształcenia osób zagrożonych i wykluczonych społecznie.</li> <li>5. Wysoki odsetek osób bezrobotnych pozostających bez prawa do zasiłku, korzystających z pomocy społecznej.</li> <li>6. Psychospołeczne czynniki ograniczające powrót osób wykluczonych do aktywności społeczno – zawodowej, w tym uzależnienie od pomocy społecznej.</li> </ol>

SZANSE	ZAGROŻENIA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Możliwość uzupełnienia lub zmiany kwalifikacji zawodowych poprzez edukację ustawiczną.</li> <li>2. Rozwój sektora ekonomii społecznej (spółdzielnie socjalne, kluby i centra integracji społecznej).</li> <li>3. Możliwość korzystania z funduszy unijnych przeznaczonych na realizację programów reintegracji społecznej i zawodowej.</li> <li>4. Możliwość korzystania z dobrych wzorców prowadzenia reintegracji w krajach Unii Europejskiej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pogorszenie sytuacji gospodarczej.</li> <li>2. Osłabienie więzi rodzinnych (wzrost rozwodów i liczby rodzin niepełnych) a w konsekwencji rozwój dysfunkcji społecznych.</li> <li>3. Dyskryminacja na rynku pracy osób w wieku produkcyjnym niemobilnym (45-59/64 lat).</li> <li>4. Przeciążenie pracowników socjalnych ilością zadań oraz procedurami, które ograniczają prowadzenie pracy socjalnej.</li> <li>5. Niechęć gmin do realizacji projektów na rzecz wykluczonych</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Zwiększenie mobilności zawodowej i geograficznej.</li> <li>6. Dostęp do świadczeń rodzinnych z systemów zabezpieczenia społecznego krajów Unii Europejskiej.</li> <li>7. Popularyzacja nowatorskich i efektywnych metod przeciwdziałania wykluczeniu.</li> <li>8. Wykorzystanie potencjału naukowego w przygotowywaniu i realizacji programów wsparcia.</li> <li>9. Działalność Obserwatorium Integracji Społecznej przy Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Opolu.</li> </ol>	<p>społecznie w oparciu o środki z Unii Europejskiej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ograniczenie środków finansowych przeznaczonych na wypłatę fakultatywnych świadczeń z pomocy społecznej.</li> </ol>
--	---

## 2. Wyrównywanie szans życiowych osób niepełnosprawnych

<b>Mocne strony</b>	<b>Słabe strony</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funkcjonowanie placówek instytucjonalnej pomocy niepełnosprawnym w zakresie rehabilitacji leczniczej, zawodowej i społecznej.</li> <li>2. Wzrost wiedzy i umiejętności kadry pracującej z osobami niepełnosprawnymi.</li> <li>3. Wzrost akceptacji społecznej dla potrzeb osób niepełnosprawnych.</li> <li>4. Dostępność do pozyskiwania środków unijnych w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych oraz ich integracji społecznej i zawodowej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Słaba koordynacja działalności instytucjonalnych placówek pomocy niepełnosprawnym.</li> <li>2. Niski poziom wykształcenia osób niepełnosprawnych.</li> <li>3. Niska aktywność znacznej liczby organizacji pozarządowych w sferze działalności na rzecz osób niepełnosprawnych.</li> <li>4. Bariery architektoniczne i komunikacyjne.</li> <li>5. Niedostateczne przestrzeganie prawa budowlanego w zakresie przepisów uwzględniających potrzeby osób niepełnosprawnych.</li> <li>6. Mała ilość miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych.</li> <li>7. Niewystarczające środki finansowe na realizację zadań na rzecz osób niepełnosprawnych.</li> </ol>

	8. Mała liczba funkcjonujących w województwie zakładów aktywności zawodowej.
--	--

<b>Szanse</b>	<b>Zagrożenia</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funkcjonowanie organizacji pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych.</li> <li>2. Integracja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych.</li> <li>3. Wzrost poziomu wykształcenia osób niepełnosprawnych.</li> <li>4. Możliwość pozyskiwania środków z funduszy Unii Europejskiej.</li> <li>5. Możliwość pozyskiwania i zwiększania aktywności wolontariuszy w organizacjach pozarządowych działających na rzecz środowisk osób niepełnosprawnych.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wykluczenie osób niepełnosprawnych z życia społecznego oraz z rynku pracy.</li> <li>2. Brak środków własnych na realizację programów unijnych.</li> <li>3. Niewykorzystanie w pełni środków przeznaczonych na pomoc osobom niepełnosprawnym.</li> <li>4. Niska aktywność osób niepełnosprawnych i ich rodzin.</li> <li>5. Brak współpracy pomiędzy administracją publiczną a organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych.</li> </ol>

### 3. Przeciwdziałanie marginalizacji osób starszych

<b>MOCNE STRONY</b>	<b>SŁABE STRONY</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wydłużenie czasu trwania życia.</li> <li>2. Zaangażowanie w działalność organizacji pozarządowych.</li> <li>3. Upowszechnianie wiedzy na temat procesu starzenia się i jego konsekwencji (profilaktyka starzenia).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wzrost udziału osób starszych w strukturze demograficznej.</li> <li>2. Utrudniony dostęp do specjalistycznego leczenia i rehabilitacji.</li> <li>3. Mieszkania o gorszym standardzie.</li> <li>4. Bariery urbanistyczne, architektoniczne oraz w komunikacji.</li> <li>5. Zmiana modelu rodziny na jedno, dwupokoleniowe (osłabienie funkcji opiekuńczych nad osobami starszymi).</li> <li>6. Duży odsetek osób niepełnosprawnych wśród seniorów.</li> <li>7. Samotność i izolacja społeczna</li> </ol>

	osób starszych. 8. Niska aktywność społeczna osób starszych.
--	---

<b>SZANSE</b>	<b>ZAGROŻENIA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dostosowanie standardów opieki do wymogów Unii Europejskiej.</li> <li>2. Rozwój organizacji pozarządowych i wolontariatu działających na rzecz osób starszych.</li> <li>3. Aktywność osób starszych w organizacjach samopomocowych.</li> <li>4. Postęp medycyny poprawiający sytuację zdrowotną osób starszych.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niedostosowanie do potrzeb społecznych rynku usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych.</li> <li>2. Niedostosowanie infrastruktury domów pomocy społecznej do obowiązujących standardów.</li> <li>3. Różnice kulturowe między pokoleniami.</li> <li>4. Dyskryminacja osób starszych.</li> <li>5. Nadumieralność mężczyzn.</li> <li>6. Migracje ludzi młodych.</li> <li>7. Patologiczne relacje pokoleniowe w rodzinach, wykorzystywanie ekonomiczne i emocjonalne osób starszych.</li> <li>8. Ubóstwo wśród osób starszych.</li> </ol>

#### **4. Opieka nad dzieckiem i rodziną**

<b>MOCNE STRONY</b>	<b>SŁABE STRONY</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wzrost aspiracji edukacyjnych.</li> <li>2. Wzrastająca popularność wolontariatu wśród dzieci i młodzieży.</li> <li>3. Ustawodawstwo określające działania w zakresie opieki nad dzieckiem i rodziną.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niedostatecznie rozwinięty system rodzinnej opieki zastępczej – zbyt mała liczba rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka.</li> <li>2. Niewystarczająca liczba ośrodków wsparcia dla rodzin w kryzysie.</li> <li>3. Migracje zagraniczne jednego lub obojga rodziców – zjawisko eurosieroctwa.</li> <li>4. Niewystarczająca oferta spędzania czasu wolnego dla dzieci.</li> <li>5. Niewystarczająca liczba specjalistów do pracy z rodziną.</li> </ol>

<b>SZANSE</b>	<b>ZAGROŻENIA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozwój rodzinnych form opieki nad dzieckiem.</li> <li>2. Kampanie społeczne na rzecz rodzinnych form opieki nad dzieckiem.</li> <li>3. Rozwój szkolnictwa wyższego.</li> <li>4. Współpraca pomiędzy instytucjami udzielającymi pomocy dziecku i rodzinie.</li> <li>5. Wczesna profilaktyka rodzin – wsparcie rodzin naturalnych.</li> <li>6. Promowanie wartości prorodzinnych.</li> <li>7. Działalność organizacji pozarządowych na rzecz wsparcia rodziny i dziecka.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zagrożenia funkcjonowania rodziny (rozpad więzi rodzinnych, bezrobocie, przemoc w rodzinie, ubóstwo, uzależnienia, niezaradność życiowa, niewydolność opiekuńczo-wychowawcza, kryzys wartości).</li> <li>2. Uzależnienie od pomocy społecznej, wyuczona bezradność.</li> <li>3. Pogorsząca się sytuacja gospodarcza.</li> <li>4. Malejąca liczba żłobków i przedszkoli.</li> </ol>

### 5. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych

<b>MOCNE STRONY</b>	<b>SŁABE STRONY</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Świadomość społeczna problemów i zagrożeń związanych z alkoholem.</li> <li>2. Regulacje prawne w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.</li> <li>3. Źródła finansowania profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w gminach.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niewystarczające finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez jednostki lecznictwa odwykowego.</li> <li>2. Niewystarczająca oferta terapeutyczna adresowana do dorosłych i nieletnich członków rodzin osób uzależnionych.</li> <li>3. Deficyty w zakresie kadry merytorycznej lecznictwa odwykowego.</li> <li>4. Znaczna liczba osób uzależnionych nie objętych leczeniem odwykowym.</li> <li>5. Duża dostępność i promocja napojów alkoholowych.</li> </ol>

<b>SZANSE</b>	<b>ZAGROŻENIA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozwój jakościowy i ilościowy oferty terapeutycznej leczenia odwykowego.</li> <li>2. Podnoszenie kwalifikacji merytorycznych pracowników leczenia odwykowego.</li> <li>3. Realizacja programów profilaktycznych i interwencyjnych przez jednostki podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.</li> <li>4. Realizacji programów profilaktycznych przez organizacje pozarządowe.</li> <li>5. Rozwój inicjatyw związanych z funkcjonowaniem pozytywnych liderów młodzieżowych i wolontariatu.</li> <li>6. Zwiększenie poziomu egzekwowania prawa w zakresie problemów alkoholowych.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dysfunkcje rodzin z problemem alkoholowym.</li> <li>2. Zagrożenie marginalizacją i wykluczeniem społecznym osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin.</li> <li>3. Szkody społeczne i ekonomiczne związane z nadużywaniem alkoholu oraz wynikające z nich obciążenia budżetu państwa i samorządów terytorialnych.</li> <li>4. Problemy rodzin związane z zarobkowymi wyjazdami za granicę.</li> <li>5. Przyzwolenie na spożywanie alkoholu w środkach komunikacji publicznej i w miejscach publicznych.</li> <li>6. Sprzedaż alkoholu osobom nieletnim.</li> </ol>

## 6. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

<b>MOCNE STRONY</b>	<b>SŁABE STRONY</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukacja społeczna dotycząca przemocy w rodzinie.</li> <li>2. Zwiększająca się ilość informacji dotycząca oferty pomocowej dla osób doświadczających przemocy.</li> <li>3. Stosowanie przez policję i inne instytucje procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie „Niebieskie Karty”.</li> <li>4. Ustawowe uregulowanie w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mało rozwinięta sieć placówek interwencyjno – opiekuńczych dla osób doświadczających przemocy w rodzinie.</li> <li>2. Zbyt mała oferta pomocy psychologicznej i terapii adresowana do osób doświadczających przemocy oraz do sprawców przemocy.</li> <li>3. Niechęć do ujawniania przemocy u osób poszkodowanych.</li> <li>4. Niedoskonałe instrumentarium prawne dotyczące ochrony osób doświadczających przemocy.</li> <li>5. Długotrwałość procedur wymiaru sprawiedliwości.</li> </ol>

	6. Problemy z izolacją osób doznających przemocy od sprawców.
--	---

<b>SZANSE</b>	<b>ZAGROŻENIA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tworzenie międzyinstytucjonalnych i interdyscyplinarnych zespołów zajmujących się konkretnymi przypadkami przemocy w rodzinie.</li> <li>2. Podnoszenie kwalifikacji pracowników instytucji stykających się z przemocą w rodzinie.</li> <li>3. Zwiększenie aktywności gmin w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.</li> <li>4. Tworzenie grup wsparcia i samopomocowych dla osób doświadczających przemocy w rodzinie.</li> <li>5. Zwiększenie dostępności i skuteczności programów terapeutycznych dla ofiar przemocy w rodzinie</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obojętność społeczna wobec przemocy w rodzinie.</li> <li>2. Dysfunkcje rodzin spowodowane m. in. rozpadem więzi, ubóstwem, przemocą i przejmowaniem negatywnych wzorców.</li> <li>3. Niebezpieczeństwo marginalizacji i wykluczenia społecznego osób i rodzin dotkniętych przemocą.</li> <li>4. Deficyty w zakresie skutecznej ochrony osób doznających przemocy.</li> <li>5. Bezkarność części sprawców przemocy w rodzinie.</li> </ol>

## 7. Przeciwdziałanie narkomanii

<b>MOCNE STRONY</b>	<b>SŁABE STRONY</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uregulowanie prawne i finansowe zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii (ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r.).</li> <li>2. Funkcjonowanie gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.</li> <li>3. Możliwość finansowania zadań z opłat za koncesje alkoholowe.</li> <li>4. Współpraca samorządu województwa z samorządami gminnymi i powiatowymi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niedostateczna infrastruktura w zakresie leczenia i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków (szczególnie w leczeniu ambulatoryjnym).</li> <li>2. Brak wyspecjalizowanych struktur w administracji samorządów gminnych i powiatowych odpowiedzialnych za przeciwdziałanie narkomanii.</li> <li>3. Niski poziom zaangażowania społecznego w zakresie profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii.</li> <li>4. Brak wystarczających źródeł</li> </ol>

<p>5. Wykorzystanie funduszy unijnych.</p> <p>6. System adekwatnych oddziaływań profilaktycznych (m.in. rozbudowana sieć profilaktyki rówieśniczej i działalność wolontariuszy).</p> <p>7. Współpraca samorządu województwa z instytucjami i organizacjami pozarządowymi na poziomie ogólnopolskim i lokalnym.</p>	<p>finansowania działań profilaktycznych i leczniczych.</p>
--	---

<b>SZANSE</b>	<b>ZAGROŻENIA</b>
<p>1. Rozwój infrastruktury w profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji.</p> <p>2. Rozwój sieci ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków.</p> <p>3. Wdrażanie programów i działań ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych.</p> <p>4. Zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat narkomanii i związanych z nią problemów.</p>	<p>1. Wysoka liczba osób uzależnionych; (szczególnie młodzieży).</p> <p>2. Obniżanie się granicy wieku inicjacji narkotykowych wśród młodzieży.</p> <p>3. Wzrost dostępności młodzieży do środków psychoaktywnych (m. in. dopalacze).</p> <p>4. Wzrost ilości zachowań ryzykownych wśród młodzieży związanych z używaniem narkotyków.</p> <p>5. Współwystępowanie różnych form zachowań aspołecznych.</p>

#### **8. Współdziałanie sektora pozarządowego w kreowaniu i realizacji polityki społecznej samorządu**

<b>MOCNE STRONY</b>	<b>SŁABE STRONY</b>
<p>1. Ustawodawstwo regulujące zasady działania i współpracy.</p> <p>2. Doświadczenia wynikające z realizacji programu współpracy województwa z organizacjami pozarządowymi.</p>	<p>1. Niewystarczająca liczba organizacji pozarządowych.</p> <p>2. Niewystarczająca infrastruktura w zakresie bazy lokalowej i kadry utrudniająca prowadzenie działalności społecznej.</p> <p>3. Niewystarczające środki na dofinansowanie zadań</p>



	<p>realizowanych przez organizacje pozarządowe.</p> <p>4. Niewielkie zainteresowanie działalnością społeczną.</p>
--	---

<b>SZANSE</b>	<b>ZAGROŻENIA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pozyskiwanie środków z Unii Europejskiej na realizację programów sektora pozarządowego.</li> <li>2. Aktywizacja sektora pozarządowego w niezagospodarowanych dotąd obszarach życia społecznego.</li> <li>3. Wprowadzenie nowatorskich rozwiązań w działalności sektora pozarządowego poprzez pomoc w kontaktach międzynarodowych i udział w szkoleniach.</li> <li>4. Pozyskiwanie do współpracy przez administrację publiczną nowych partnerów społecznych.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pogorszenie sytuacji gospodarczej – ograniczenie środków finansowych na działalność sektora pozarządowego.</li> <li>2. Niewystarczająca informacja na temat działających organizacji pozarządowych.</li> <li>3. Występowanie zjawiska apatii i bierności społecznej.</li> </ol>

### 9. Kształcenie i doskonalenie kadr pomocy i integracji społecznej

<b>MOCNE STRONY</b>	<b>SŁABE STRONY</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Możliwość pozyskania środków UE z przeznaczeniem na podnoszenie kwalifikacji pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej w systemie pozaszkolnym – komponent regionalny.</li> <li>2. Możliwość podnoszenia kwalifikacji pracowników instytucji pomocy społecznej w systemie szkolnym (studia, w tym podyplomowe) – komponent centralny.</li> <li>3. Wysoka motywacja pracowników socjalnych do podnoszenia kwalifikacji poprzez kształcenie ustawiczne i szkolenia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brak odpowiedniej liczby pracowników socjalnych w stosunku do wymaganego standardu (1 pracownik socjalny na 2 tys. mieszkańców, nie mniej niż 3 pracowników socjalnych w ośrodku pomocy społecznej).</li> <li>2. Niewystarczająca liczba pracowników socjalnych lub doradców specjalizujących się w wsparciu osób niepełnosprawnych w powiecie.</li> <li>3. Zbyt mała liczba pracowników pomocy społecznej oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych funkcjonujących w obszarze pomocy społecznej</li> </ol>

<p>4. Duże zapotrzebowanie na szkolenie z zakresu specjalizacji II stopnia w zawodzie pracownik socjalny.</p> <p>5. Opieka merytoryczna regionalnej kadry naukowej.</p> <p>6. Wieloletnie doświadczenie w zakresie organizowania kształcenia zawodowego kadr pomocy i integracji społecznej.</p>	<p>mogących realizować zadania z wykorzystaniem środków UE.</p> <p>4. Brak uprawnionego podmiotu szkolącego w zakresie II stopnia specjalizacji.</p> <p>5. Brak własnego zaplecza technicznego w formie sal wykładowych.</p>
--	--

<b>SZANSE</b>	<b>ZAGROŻENIA</b>
<p>1. Możliwość zwiększenia zatrudnienia kadr pomocy społecznej – pracowników socjalnych i doradców specjalizujących się w wsparciu osób niepełnosprawnych – w ramach upowszechnienia aktywnej integracji i pracy socjalnej w regionie poprzez wzmocnienie kadrowe służb pomocy – dająca przesłanki do istotnego podwyższenia jakości usług w zakresie minimalizacji zjawiska wykluczenia społecznego.</p> <p>2. Zaangażowanie i uczestnictwo w różnego rodzaju szkoleniach i warsztatach organizowanych dla kadr pomocy społecznej.</p> <p>3. Sprawnie funkcjonujący system szkolenia ustawicznego w zakresie podnoszenia kwalifikacji i wykształcenia służb pomocy społecznej w regionie.</p> <p>4. Możliwość uzyskania uprawnień zakresie prowadzenia II stopnia specjalizacji przez z jeden z podmiotów edukacyjnych funkcjonujących w regionie</p>	<p>1. Niedostateczne doświadczenie kadr pomocy społecznej w zakresie pozyskiwania i wykorzystywania środków z UE.</p> <p>2. Przeciążenie pracowników socjalnych ilością dodatkowych zadań wynikających z realizacji projektów finansowanych ze środków UE.</p> <p>3. Małe zapotrzebowanie na szkolenie z zakresu specjalizacji I stopnia w zawodzie pracownik socjalny.</p> <p>4. Zbyt duża ilość szkoleń oraz możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych w jednym czasie, mogąca spowodować trudność w rekrutacji uczestników.</p>

**WOJEWÓDZKI PROGRAM POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ  
NA LATA 2010 – 2015**

**OPOLE, WRZESIEŃ 2009 ROK**

## Spis treści

I. Wstęp .....	3
II. Diagnoza sytuacji społeczno – demograficznej województwa opolskiego – wybrane zagadnienia .....	5
III. Kierunki działań .....	18
1. Wsparcie osób niepełnosprawnych .....	18
2. Opieka nad dzieckiem i rodziną .....	23
3. Wsparcie osób starszych .....	30
4. Rozwój przedsiębiorczości społecznej .....	35
5. Kształcenie i szkolenie zawodowe kadr pomocy i integracji społecznej .....	40
6. Inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej ...	44
7. Grupy docelowe .....	47
8. Realizatorzy Programu .....	47
9. Finansowanie Programu .....	47
10. Spodziewane efekty realizacji Programu .....	48
11. Ewaluacja .....	48
IV. Podsumowanie .....	49

## **I. Wstęp**

Podstawę do opracowania *Wojewódzkiego Programu Pomocy i Integracji Społecznej na lata 2010 – 2015* będącego integralną częścią *Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2002 - 2015* stanowi zapis art. 21 pkt 1 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, który mówi, iż zadaniem samorządu województwa jest – opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.

Niniejszy dokument określa kierunki działań obejmujące swym obszarem opiekę nad dzieckiem i rodziną, wsparcie osób niepełnosprawnych i starszych, rozwój przedsiębiorczości społecznej, rozwój systemu kształcenia kadr pomocy i integracji społecznej oraz inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej.

Na podstawę prawną tworzenia *Wojewódzkiego Programu Pomocy i Integracji Społecznej na lata 2010 – 2015*, poza ustawą o pomocy społecznej, składają się następujące ustawy:

- 1) z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie wojewódzkim (Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1590 ze zm.),
- 2) z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2008, nr 14, poz. 92 ze zm.),
- 3) z 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. 2003, nr 122, poz. 1143 ze zm.),
- 4) z 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. 2006, nr 94, poz. 651 ze zm.),
- 5) z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. 2005, nr 180, poz. 1493),
- 6) z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2003, nr 228, poz. 2255 ze zm.),
- 7) z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2003, nr 96, poz. 873 ze zm.).

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

- 1) Strategii Polityki Społecznej na lata 2007 – 2013,
- 2) Programu Zatrudnienie i Integracja Społeczna,
- 3) Założeń do Strategii Rozwoju Kraju 2007 – 2015,

- 4) Karty Praw Osób Niepełnosprawnych z 1997 r.,
- 5) Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych z 1993 r.,
- 6) Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2006 – 2016,
- 7) Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego na lata 2000 – 2015,
- 8) Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2007-2013,
- 9) Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007 – 2013.

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

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

### ***Wojewódzki Program Pomocy i Integracji Społecznej na lata 2010 – 2015 w aspekcie europejskiej polityki społecznej***

Europejska polityka społeczna została określona podczas Szczytu Lizbońskiego w 2000 r. Najistotniejszą kwestią z punktu widzenia zagadnień społecznych jest postulat spójności społecznej (kształtowanie nowego aktywnego państwa socjalnego). Kraje członkowskie UE uznały, że zwalczanie ubóstwa i wykluczenia społecznego będzie centralnym punktem w procesie modernizacji europejskiego modelu społecznego. Celem jest nie tylko samo zwalczanie wykluczenia społecznego i ubóstwa, ale przede wszystkim tworzenie solidarności w społeczeństwie, tak aby minimalizować zakres tych niekorzystnych zjawisk. Priorytety europejskiego modelu społecznego koncentrują się na realizacji dwóch głównych celów: pełnego zatrudnienia i spójności społecznej.

*Wojewódzki Program Pomocy i Integracji Społecznej na lata 2010 – 2015* koresponduje z obszarami wsparcia uwzględnianymi przez fundusze strukturalne, w tym Europejski Fundusz Społeczny, w ramach którego realizowany jest Program Operacyjny Kapitał Ludzki na lata 2007 – 2013. Poprzez uwzględnianie reguł realizacji funduszy strukturalnych, do których należy m. in. zwalczanie nierówności

społecznych oraz promowanie równości kobiet i mężczyzn, wpisuje się w Europejski Model Polityki Społecznej.

## **II. Diagnoza sytuacji społeczno – demograficznej województwa opolskiego – wybrane zagadnienia**

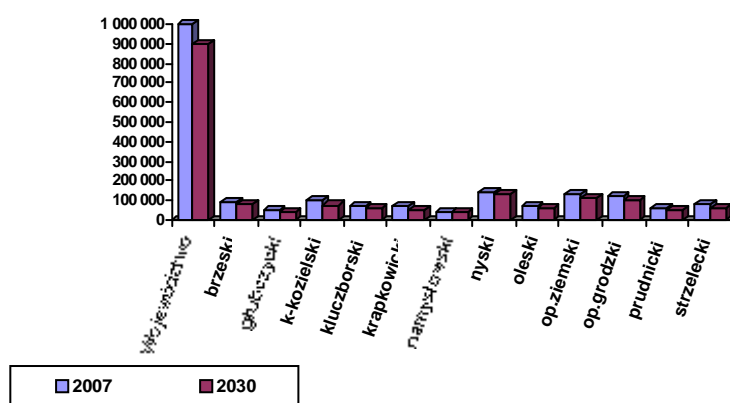
Według danych Urzędu Statystycznego w Opolu, Opolszczyznę zamieszkuje 1 037 088 osób (stan na 31 XII 2007 r.). Stanowi to 2,7% ludności Polski. Ostatnie lata okazały się okresem utrwalania wielu niekorzystnych tendencji w strukturze demograficznej przejawiających się w spadku liczebności mieszkańców województwa, starzeniu się jego struktury i wzroście liczby osób niepełnosprawnych.

Region zajmuje przedostatnie miejsce w kraju pod względem liczby ludności. Już od 2000 r. w województwie opolskim można zaobserwować największy w odniesieniu do pozostałych województw procentowy spadek liczby ludności o – 4,4% w porównaniu z rokiem 2007. Na przestrzeni tego okresu zmniejszeniu uległa liczba mieszkańców regionu o 47 577 osób. Wyjątkowo niekorzystnie kształtuje się prognoza ludności dla województwa opolskiego, przewiduje się, że w roku 2030 Opolszczyznę będzie zamieszkiwało zaledwie 866 508 osób, czyli o ponad 170 tys. osób mniej niż w roku 2007.

Tabela 1. Prognoza ludności do roku 2030

Powiaty	Rok					
	2007	2010	2015	2020	2025	2030
brzeski	92 090	90 757	89 477	88 049	86 168	83 830
głubczycki	49 818	49 364	48 161	47 060	45 972	44 636
kędzierzyńsko-kozielski	101 291	97 480	92 660	87 624	82 126	76 573
kluczborski	69 479	68 475	66 857	65 063	62 989	60 673
krapkowicki	67 244	63 870	60 137	56 559	53 001	49 637
namysłowski	43 795	43 521	43 083	42 640	41 991	41 036
nyski	145 017	143 576	140 758	137 541	134 000	129 530
oleski	67 705	66 662	64 767	62 811	60 882	58 606
opolski grodzki	126 748	124 161	118 892	112 530	105 321	97 503
opolski ziemski	134 696	131 146	127 045	123 206	118 813	113 922
prudnicki	59 354	57 793	55 494	53 335	51 158	48 780
strzelecki	79 851	76 702	72 777	69 105	65 467	61 782
<b>województwo</b>	<b>1 037 088</b>	<b>1 013 507</b>	<b>980 108</b>	<b>945 523</b>	<b>907 888</b>	<b>866 508</b>

Wykres 1. Prognoza ludności do roku 2030



W strukturze demograficznej mieszkańców – podobnie jak w latach ubiegłych – notuje się stałą dysproporcję między liczbą kobiet i mężczyzn - dominują kobiety stanowiące 51,7% populacji. Wskaźnik feminizacji mówiący o liczbie kobiet przypadających na 100 mężczyzn wyniósł 107. Mieszkańcy miast stanowili 52,5% (średni wskaźnik urbanizacji w Polsce – 61,1%).

Od 1995 roku notuje się stały już spadek liczby ludności regionu implikowany zmniejszającym się przyrostem naturalnym oraz niekorzystnym wskaźnikiem migracji.

Tabela 2. Urodzenia i zgony w latach 2005 – 2007

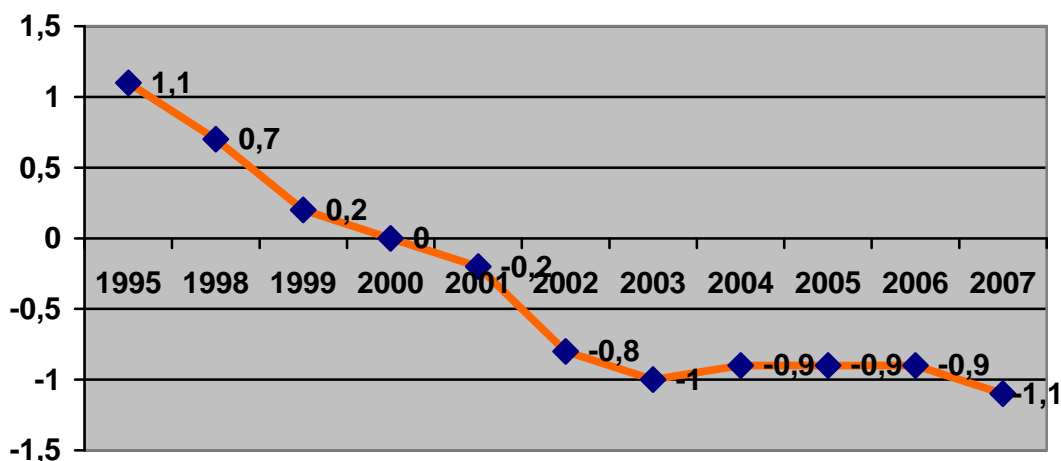
Lata	Urodzenia żywe ogółem	Zgony
2005	8 496	9 471
2006	8 460	9 421
2007	8 493	9 622

Podstawowy wskaźnik decydujący o potencjale ludnościowym regionu, jakim jest „dzietność kobiet” jest jednym z najniższych w kraju i od lat ulega ciągłemu zmniejszeniu. W 2007 r. „wskaźnik dzietności” w województwie opolskim był najniższy w kraju i ukształtował się na poziomie 1,042, podczas gdy średnia w kraju wyniosła 1,306.

Niekorzystne tendencje demograficzne skutkują stale słabnącym tempem przyrostu naturalnego. Od roku 2001 w województwie opolskim występuje ujemny przyrost naturalny. W roku 2007 wskaźnik przyrostu naturalnego osiągnął w województwie najniższy wskaźnik i wyniósł -1,1. Wskaźnik przyrostu naturalnego na 1 000 mieszkańców od 1995 r. prezentuje poniższy wykres.



Wykres 2. Wskaźnik przyrostu naturalnego



Niezależnie od zastosowanej metody szacowania prognozy demograficznej starości należy uznać, że region nasz zamieszkuje społeczność ludzi starych.

Tabela 3. Ludność w wieku nieprodukcyjnym w stosunku do ludności ogółem w roku 2007

Ogółem	Ludność w wieku			
	Przedprodukcyjnym	Produkcyjnym	Poprodukcyjnym	Nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym
1 037 088	189 279	678 151	169 658	53

Wskaźnik „demograficznej młodości”, liczony jako stosunek ludności w wieku przedprodukcyjnym do ludności w wieku aktywności zawodowej, ukształtował się w roku 2007 na poziomie 27,9% (w 2004 r. wyniósł on 31,6%, w 1999 r. 39,5% a w 1994 r. - 44,7%). Na przestrzeni 3 lat od 31 XII 2004 r. do 31 XII 2007 r. wskaźnik demograficznej młodości obniżył się w regionie o 3,7%. Jest to niepokojące zjawisko, które przy uwzględnieniu wzrostu liczby ludności w wieku produkcyjnym świadczy o postępującym procesie starzenia się populacji województwa. Proces starzenia się ludności regionu wpływa na zmianę struktury ludności według wieku oraz na bardzo znaczące obciążenie ludności produkcyjnej ludnością nieprodukcyjną. Poniższa tabela prezentuje prognozę ludności w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym w województwie opolskim do roku 2030.

Tabela 4. Prognoza ludności w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym \*

Rok	Liczba osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym - tzw. wskaźnik obciążenia ekonomicznego
2010	51
2015	55
2020	62
2025	69
2030	74

\* wiek nieprodukcyjny – 0-17 lat i od 65 lat (mężczyźni) i 60 lat (kobiety), wiek produkcyjny – 18-64 lat (mężczyźni) i 18-59 lat (kobiety)

Według szacunków demograficznych seniorzy do 2030 roku będą stanowić na terenie województwa opolskiego od 23-30 % populacji mieszkańców i będzie to jeden z najwyższych wskaźników w kraju.

Wydłuża się przeciętne trwanie życia ludności województwa opolskiego – zarówno kobiet, jak mężczyzn. Niepokoją jednak duże różnice pomiędzy trwaniem życia obu grup, które wynoszą ok. 8 lat. W najlepiej rozwiniętych krajach świata wynoszą one 3-5 lat.

Tabela 5. Przeciętne dalsze trwanie życia ludności województwa opolskiego w latach 2005 – 2007

Lata	Kobiety	Mężczyźni
2005	79,5	71,9
2006	79,9	71,8
2007	80,0	72,1

Mając na uwadze powyższe zmiany demograficzne oraz postępujący udział osób starszych w społeczeństwie Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu przeprowadził badania socjologiczne dotyczące sytuacji osób starszych. Badania miały na celu zgłębić wiedzę w zakresie funkcjonowania seniorów w społeczności lokalnej, ich potrzeb zarówno fizycznych, psychicznych, jak i społecznych. Z przeprowadzonych badań wynika, iż pomimo funkcjonowania organizacji pozarządowych oraz instytucji zajmujących się problematyką osób starszych, m. in. aktywizacją społeczną seniorów, zaledwie 16% emerytów aktywnie uczestniczy w życiu społecznym poprzez przynależność do sektora pozarządowego. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują również na deficyt środowiskowego oraz

specjalistycznego systemu wsparcia dla osób w wieku poprodukcyjnym. Brakuje mieszkań chronionych, świetlic środowiskowych, dziennych domów pobytu dla osób starszych, rodzinnych domów pomocy społecznej, hospicjów, domów pomocy społecznej oraz placówek dziennego pobytu dla osób chorych na Alzheimera.

Badania dotyczące potrzeb osób emerytowanych wskazują na duże trudności finansowe osób starszych. Uzyskiwane dochody pozwalają jedynie z dużymi ograniczeniami realizować ponoszone koszty utrzymania. Ponadto osoby starsze mają problemy z uzyskaniem wizyty domowej lekarza rodzinnego czy problemy związane z brakiem możliwości wykupienia niezbędnych leków, niejednokrotnie problemem jest otrzymanie skierowania na kompleksowe badania. Tego typu zaniedbania prowadzą do nierozpoznania wielu chorób, którym można byłoby wcześniej zapobiec. Brak możliwości skorzystania w odpowiednim czasie ze specjalistycznych badań, nie daje szans starszym pacjentom na utrzymanie sprawności funkcjonalnej, powodując tym samym wzrost w tej grupie liczby osób długotrwale chorych i niepełnosprawnych.

Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego 2002 liczbę osób niepełnosprawnych na Opolszczyźnie szacuje się na 106 753 osoby (10% ogółu ludności województwa).

Tabela 6. Osoby niepełnosprawne w województwie opolskim

<b>Powiaty</b>	<b>Ogółem</b>	<b>% w stosunku do liczby niepełnosprawnych w województwie</b>
<b>brzeski</b>	10 977	10,3
<b>głubczycki</b>	6 294	5,9
<b>kędzierzyńsko – kozielski</b>	10 388	9,7
<b>kluczborski</b>	7 542	7,1
<b>krapkowicki</b>	4 897	4,6
<b>namysłowski</b>	4 947	4,6
<b>nyski</b>	16 448	15,4
<b>oleski</b>	6 490	6,1
<b>opolski grodzki</b>	13 288	12,5
<b>opolski ziemski</b>	11 150	10,4
<b>prudnicki</b>	6 816	6,4
<b>strzelecki</b>	7 516	7,0
<b>województwo</b>	<b>106 753</b>	<b>100 %</b>

Wśród osób niepełnosprawnych dominują osoby starsze. Najwięcej osób niepełnosprawnych na Opolszczyźnie odnotowano w wieku 65 lat i więcej – 43,5 tys. (40,7%). Osoby młode, nie przekraczające 35 lat stanowiły 12,6% ogółu

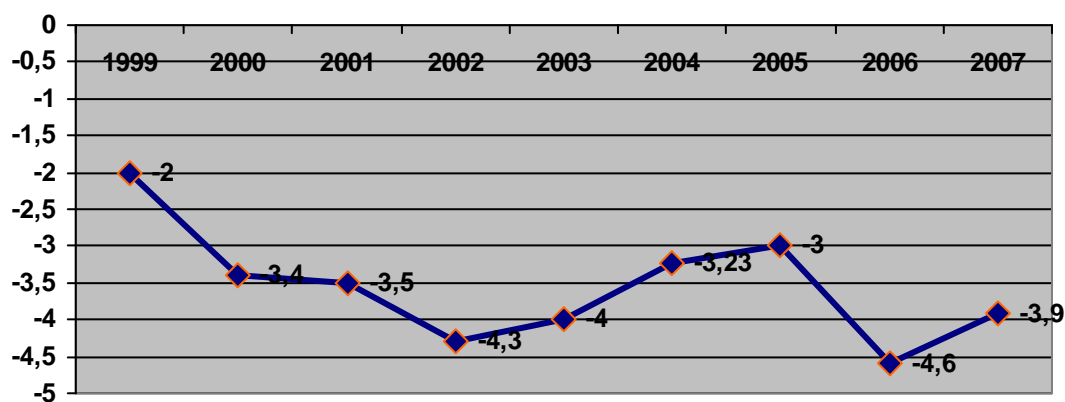
niepełnosprawnych. W województwie, wśród osób niepełnosprawnych przeważają kobiety – 51,8% ogólnej liczby niepełnosprawnych, mężczyźni – 48,2%.

Osoby niepełnosprawne są znacznie gorzej wykształcone niż osoby sprawne. Z analizy danych Urzędu Statystycznego wynika, iż wśród osób niepełnosprawnych ponad 50 % ogólnej liczby niepełnosprawnych w województwie opolskim stanowią osoby z wykształceniem podstawowym bądź bez żadnego wykształcenia, wykształcenie średnie posiada 19,6 % osób niepełnosprawnych, a wyższe jedynie 3,8 %.

Niepełnosprawność jest jednym z głównych powodów przyznawania świadczeń z pomocy społecznej. W 2008 r. pomoc z tego tytułu otrzymało 7 384 rodzin, w których żyło 16 310 osób (według danych MPiPS-03 za 2008 r.).

W regionie występuje ujemne saldo migracji. W 2007 r. Opolszczyznę opuściło 16 954 osób, z czego 4 385 osób wyjechało za granicę, natomiast napłynęło 12 892 osób, z czego 1 068 z zagranicy. Saldo migracji krajowych i zagranicznych wyłącznie na pobyt stały (liczone na 1 000 mieszkańców regionu) przedstawia wykres 3.

Wykres 3. Saldo migracji w latach 1999 – 2007



Ostatnie lata przyniosły istotne zmiany w funkcjonowaniu i strukturze rodziny. Wśród tendencji destabilizujących rodzinę należy wymienić rozwody oraz śmierć jednego ze współmałżonków. Tabela poniżej przedstawia liczbę zawartych i rozwiązanych małżeństw w województwie opolskim w latach 2004 - 2007 r.

Tabela 7. Małżeństwa zawarte i rozwiązane w województwie opolskim w latach 2004 - 2007

Wyszczególnienie	Małżeństwa zawarte	Małżeństwa rozwiązane			
		ogółem	przez śmierć		przez rozwód
			męża	żony	
2004 r.	4 618	5 696	2 995	1 163	1 538
2005 r.	4 969	6 021	3 060	1 113	1 848
2006 r.	5 598	6 273	3 063	1 119	2 091
2007 r.	5 856	6 074	3 059	1 145	1 870

Na przestrzeni ostatnich lat można zaobserwować tendencję wzrostową w liczbie rozwodów, poza rokiem 2007, kiedy to po raz pierwszy od lat zanotowano spadek liczby rozwodów w porównaniu z rokiem poprzednim.

W związku z tym, iż brak pracy lub niewystarczająca liczba ofert pracy mają zasadniczy wpływ na zjawisko ubóstwa, zagrożone są nim przede wszystkim osoby, które zostały wyparte z rynku pracy na skutek bezrobocia. Na koniec 2008 roku w województwie opolskim było zarejestrowanych 35 698 bezrobotnych. Jednakże począwszy od listopada 2008 r. poziom bezrobocia w województwie opolskim po okresie spadku zaczął systematycznie wzrastać. Według stanu na koniec czerwca 2009 r. zarejestrowanych było 40 586 bezrobotnych. Tabela poniżej prezentuje liczbę bezrobotnych oraz stopę bezrobocia w poszczególnych powiatach województwa.

Tabela 8. Bezrobocie w woj. opolskim w okresie od 2007 r. do 30 czerwca 2009 r.

Powiaty	Liczba bezrobotnych			Stopa bezrobocia w %		
	2007 r.	2008 r.	30 czerwca 2009 r.	2007 r.	2008 r.	30 czerwca 2009 r.
	<b>brzeski</b>	6 566	5 270	5 601	20,8	17,2
<b>głubczycki</b>	2 455	2 177	2 390	14,2	12,6	13,6
<b>kędzierzyńsko-kozielski</b>	4 309	3 040	3 674	12,1	8,8	10,5
<b>kluczborski</b>	2 935	2 450	2 730	13,7	11,4	12,4
<b>krapkowicki</b>	2 222	2 068	2 361	9,3	8,5	9,6
<b>namysłowski</b>	2 415	1 926	2 387	16,6	12,9	15,4
<b>nyski</b>	7 742	6 416	7 143	16,6	14,0	15,3
<b>oleski</b>	1 599	1 400	1 811	6,8	5,8	7,4

<b>opolski grodzki</b>	3 670	3 047	3 563	5,4	4,4	5,2
<b>opolski ziemski</b>	3 917	3 147	3 979	10,7	8,5	10,5
<b>prudnicki</b>	3 143	2 608	2 583	16,0	13,6	13,5
<b>strzelecki</b>	2 365	2 149	2 364	11,3	9,9	10,7
<b>województwo</b>	<b>43 338</b>	<b>35 698</b>	<b>40 586</b>	<b>12,0</b>	<b>9,9</b>	<b>11,2</b>

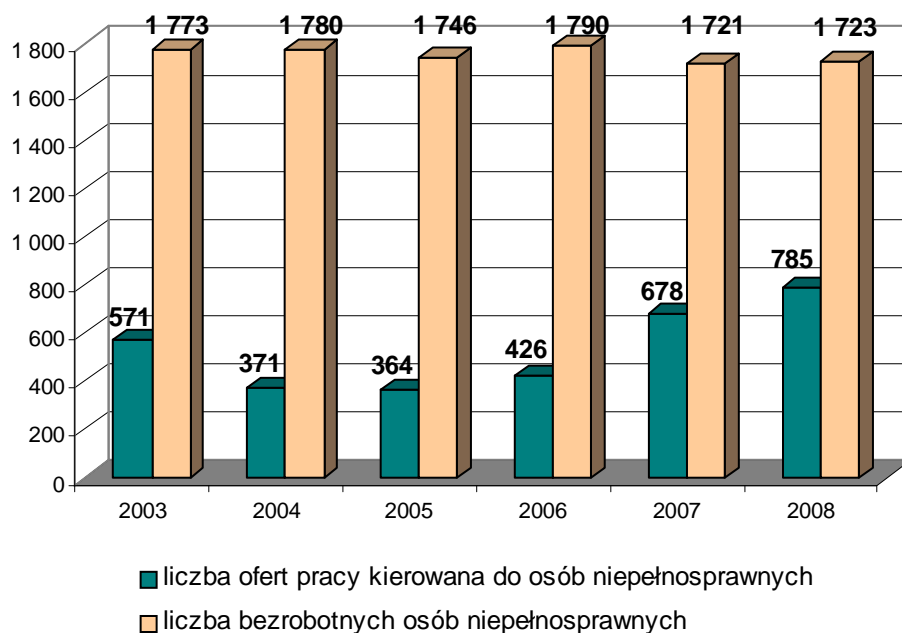
Pod względem wielkości wskaźnika natężenia bezrobocia Opolszczyzna zajmuje 8 miejsce w kraju. Cechą charakterystyczną zjawiska bezrobocia w województwie opolskim jest znaczne zróżnicowanie terytorialne. Na koniec czerwca 2009 r. stopa bezrobocia w poszczególnych powiatach wahała się od 5,2% w powiecie opolskim grodzkim do 18,0% w powiecie brzeskim. Od lat najtrudniejsza sytuacja ma miejsce w powiatach brzeskim, namysłowskim, nyskim, głubczyckim i prudnickim. Szczególnie trudną sytuację powrotu do pracy posiadają osoby długotrwale bezrobotne. Według zmian wprowadzonych w 2005 r. za osoby długotrwale bezrobotne należy uważać bezrobotnych, którzy w ciągu ostatnich 24 miesięcy przez okres minimum 12 miesięcy posiadali status osoby bezrobotnej. Na koniec czerwca 2009 r. w województwie opolskim takich osób było 15 695, co stanowiło 38,7% ogółu bezrobotnych. Biorąc pod uwagę dane dotyczące bezrobocia w środowisku osób niepełnosprawnych, to według informacji otrzymanych z powiatowych urzędów pracy, w naszym regionie na koniec grudnia 2008 r. zarejestrowane były 1 723 osoby niepełnosprawne (5,6 % ogółu bezrobotnych).

Tabela 9. Liczba bezrobotnych osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy w latach 2003 - 2008

Powiaty	Liczba bezrobotnych niepełnosprawnych						Dynamika 2003/2008
	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	
<b>brzeski</b>	380	414	350	323	325	279	73,4
<b>głubczycki</b>	90	99	87	96	107	107	118,8
<b>kędzierzyńsko – kozielski</b>	142	164	181	195	179	209	147,2
<b>kluczborski</b>	139	136	121	110	107	124	89,2
<b>krapkowicki</b>	65	60	63	61	64	75	115,4
<b>namysłowski</b>	144	134	118	119	113	132	91,6
<b>nyski</b>	277	229	253	299	232	244	88,1
<b>oleski</b>	59	63	67	69	51	60	101,7
<b>opolski (grodzki i ziemski)</b>	307	306	305	329	335	272	88,6
<b>prudnicki</b>	65	65	88	81	98	109	167,7
<b>strzelecki</b>	105	110	113	108	110	112	106,7
<b>województwo</b>	<b>1 773</b>	<b>1 780</b>	<b>1 746</b>	<b>1 790</b>	<b>1 721</b>	<b>1 723</b>	<b>97,2</b>

Dla przybliżenia sytuacji osób niepełnosprawnych na lokalnym rynku pracy posłużyć się można liczbą niepełnosprawnych bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy, jak również liczbą ofert pracy skierowanych do tej grupy – dane za lata 2003 - 2008 przedstawia wykres 4.

Wykres 4. Liczba ofert pracy kierowanych do niepełnosprawnych osób bezrobotnych w latach 2003 - 2008



Według otrzymanych zestawień dotyczących ofert pracy dla osób niepełnosprawnych w 2008 roku najbardziej poszukiwanymi pracownikami były osoby mogące pracować m. in. w następujących zawodach: pracownik ochrony, sprzątaczką, sprzedawca, robotnik gospodarczy, portier, dozorca, magazynier, pracownik administracyjny, szwaczka, krawcowa.

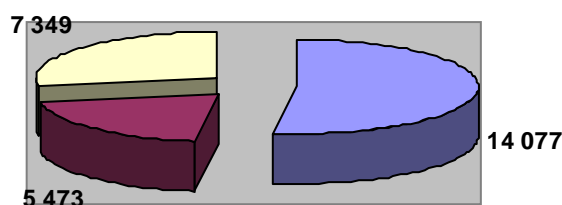
Na potrzeby osób długotrwale bezrobotnych, które zaliczają się do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym bądź wykluczonych społecznie, odpowiadają cele i priorytety ekonomii społecznej. Z nowych form organizacyjnych gospodarki społecznej na Opolszczyźnie działają, m. in. 4 spółdzielnie socjalne (Byczyna, Strzelce Opolskie, Kędzierzyn-Koźle, Nysa), 2 Centra Integracji Społecznej (Byczyna, Strzelce Opolskie), 2 Zakłady Aktywności Zawodowej (Opole, Branice), 12 klubów integracji społecznej. Do grona podmiotów gospodarki społecznej należy zaliczyć również 26 Zakładów Pracy Chronionej oraz organizacje pozarządowe działające w obszarze pomocy i integracji społecznej

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. w województwie

opolskim było 289,1 tys. rodzin, z tej liczby 55,5 tys. to rodziny niepełne (19,2% ogółu rodzin). Wśród rodzin niepełnych 29,2 tys., tj. 52,6% posiadało na utrzymaniu dzieci do 24 roku życia. Wyniki spisu wykazały, że w rodzinach było 399,3 tys. dzieci. Na utrzymaniu rodzin było 290,3 tys. dzieci w wieku poniżej 25 lat. Rodziny z jednym dzieckiem do 24 lat pozostającym na utrzymaniu stanowiły 46,5%, z dwójką dzieci – 36,4%, a z trojgiem lub większą liczbą dzieci – 17,1%.

Na podstawie sprawozdawczości MPIP-03 wynika, iż w 2008 r. pomocą społeczną w województwie opolskim objętych było 32 585 rodzin, co stanowi ok. 11% ogółu rodzin w regionie. Ponad 43% rodzin korzystających ze wsparcia stanowią rodziny z dziećmi, 22,5% rodziny emerytów i rencistów a 17% rodziny niepełne.

Wykres 5. Struktura rodzin objętych pomocą w 2008 r.



■ rodziny z dziećmi    ■ rodziny niepełne    □ rodziny emerytów i rencistów

Od lat wiodącym powodem przyznawania pomocy jest bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego. W 2008 r. pomoc z tego tytułu otrzymało 4 717 rodzin, w tym 67% to rodziny niepełne a 32,5% rodziny wielodzietne.

Rodzinom mającym trudności w wypełnianiu swoich zadań przysługuje pomoc w formie poradnictwa rodzinnego, terapii rodzinnej i pracy socjalnej. Zadania z zakresu opieki rodzicielskiej dla dzieci jej pozbawionych lub niedostosowanych społecznie realizują powiaty. Zobowiązane są one do zapewnienia opieki i wychowania w formie zastępczej opieki rodzinnej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

W 2008 r. w powiatowych centrach pomocy rodzinie zarejestrowano 1 239 rodzin zastępczych, które utrzymały pomoc pieniężną na bieżące utrzymanie 1 797 dzieci, w tym było:

- 1033 rodzin spokrewnionych z dzieckiem (1 332 dzieci),



- 206 rodzin niespokrewnionych z dzieckiem (384 dzieci).

Na terenie województwa opolskiego funkcjonuje ogółem 18 placówek opiekuńczo-wychowawczych (stan na 31.12.2008 r.), w których dzieci pozbawione częściowo lub całkowicie opieki rodzicielskiej mają zapewnioną całodobową opiekę, w tym:

- **13 placówek socjalizacyjnych** (domów dziecka), które zapewniają całodobową opiekę i wychowanie dzieciom całkowicie lub częściowo pozbawionym opieki rodzicielskiej, dla których nie znaleziono rodzinnej opieki zastępczej,
- **1 placówka rodzinna** (Rodzinny Dom Dziecka „Bona Familia w Ozimku), zapewniająca dzieciom częściowo lub całkowicie pozbawionym opieki rodziców całodobową opiekę i wychowanie w warunkach zbliżonych do domu rodzinnego, do czasu powrotu dziecka do rodziny, umieszczenia go w rodzinie adopcyjnej lub jego usamodzielnienia,
- **3 placówki wielofunkcyjne** (Pogotowie Opiekuńcze w Opolu, Pogotowie Interwencji Społecznych w Nysie, Dom Dziecka w Turawie), łączące działania interwencyjne, socjalizacyjne i inne na rzecz pomocy dziecku i rodzinie,
- **1 placówka interwencyjna** (Placówka Interwencyjna „Gniazdo” w Głubczycach) przyjmująca dzieci do 11 roku życia, przygotowująca diagnozę stanu psychofizycznego dziecka i rodziny, w celu ustalenia czy dziecko może wrócić do rodziny, czy też konieczne jest zapewnienie opieki instytucjonalnej, pobyt w placówce nie powinien być dłuższy niż 3 miesiące.

W ww. placówkach przebywało ogółem **607 dzieci** na **612 miejsc** (stan na 31.12.2008 r.), z tego:

- 464 dzieci w placówkach o profilu socjalizacyjnym,
- 118 dzieci w placówkach o profilu wielofunkcyjnym,
- 21 dzieci w placówkach o profilu interwencyjnym,
- 4 dzieci w placówce o profilu rodzinnym.

Do najważniejszych przyczyn umieszczenia dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej należą:

- dysfunkcje środowiska rodzinnego spowodowane uzależnieniami psychofizycznymi (np. alkoholizm rodziców),
- bezradność opiekuńczo-wychowawcza (zaniedbywanie dzieci, niezaradność życiowa, pobyt w zakładzie karnym),
- trudna sytuacja materialno - bytowa (wynikająca z braku stałej pracy, długotrwałego bezrobocia, złych warunków mieszkaniowych),
- przemoc w rodzinie,
- śmierć rodziców.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu przeprowadził badania socjologiczne dotyczące zjawiska eurosieroctwa w województwie opolskim, tj. pozostawiania w Polsce dzieci przez wyjeżdżających do pracy za granicę jednego lub oboje rodziców. W skali województwa sytuacja taka dotyczy 9 666 dzieci. Jest to szacunkowa liczba eurosierot, gdyż jednostki organizacyjne pomocy społecznej a także placówki oświatowe, które uczestniczyły w badaniach, często nie są informowane o tego typu zdarzeniach. Szczegółowe informacje odnośnie liczby eurosierot w podziale na poszczególne powiaty zawarte są w tabeli 10.

Tabela 10. Liczba eurosierot w poszczególnych powiatach województwa opolskiego w roku 2008

Powiaty	Liczba dzieci pozostawionych przez rodziców, wyjeżdżających za granicę		
	Nieobecność jednego rodzica	Nieobecność obojga rodziców	Ogółem
<b>brzeski</b>	501	84	585
<b>głubczycki</b>	213	32	245
<b>kędzierzyńsko - kozielski</b>	864	63	927
<b>kluczborski</b>	637	78	715
<b>krapkowicki</b>	985	47	1032
<b>namysłowski</b>	532	35	567
<b>nyski</b>	1244	141	1385
<b>oleski</b>	721	53	774
<b>opolski grodzki</b>	501	94	595
<b>opolski ziemski</b>	1408	91	1499
<b>prudnicki</b>	367	35	402
<b>strzelecki</b>	837	103	940
<b>województwo</b>	<b>8 810</b>	<b>856</b>	<b>9 666</b>

Największe natężenie zjawiska eurosieroctwa występuje w powiecie opolskim ziemskim - 1 499 dzieci, następnie w powiecie nyskim - 1 385 dzieci oraz krapkowickim - 1 032 dzieci. Najmniej eurosierot występuje w powiatach: głubczyckim – 245, prudnickim - 402 i namysłowskim – 567.

Zdecydowanie najczęściej migruje jeden z rodziców – 91,4% wszystkich przypadków. Pozostałe 8,6% przypadków dotyczy sytuacji, w której za granicą przebywają oboje rodzice.

Migracja zarobkowa ma głównie na celu polepszenie sytuacji bytowej w rodzinie. W wyniku przeprowadzonych badań można zauważyć, iż jest ona również źródłem dysfunkcji rodziny. W skrajnych przypadkach jest powodem umieszczania dzieci w rodzinach zastępczych oraz w placówkach opiekuńczo – wychowawczych. W latach 2006 - 2007 i w I półroczu 2008 r. z powodu nieobecności rodziców spowodowanej wyjazdami zarobkowymi na terenie naszego województwa ustanowiono 30 rodzin zastępczych dla 49 dzieci w wieku od 3 - 17 lat. W analogicznym okresie z tego samego powodu 18 dzieci w wieku od 3 -17 lat zostało umieszczonych w placówkach opiekuńczo – wychowawczych.

W województwie opolskim systematycznie zmniejsza się liczba przedszkoli, natomiast liczba żłobków, po okresie spadku, od kilku lat utrzymuje się na stałym poziomie. Organizowanie opieki nad dzieckiem w żłobkach oraz placówkach wychowania przedszkolnego jest jednym z najważniejszych instrumentów polityki rodzinnej ułatwiających godzenie obowiązków rodzinnych z zawodowymi. Poza tym placówki te pełnią bardzo ważną rolę w zakresie wyrównywania szans dla dzieci z ubogich i problemowych rodzin.

Tabela 11. Liczba żłobków i przedszkoli w województwie opolskim w latach 2004 -2007

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Żłobki</b>	<b>Oddziały żłobkowe</b>	<b>Przedszkola</b>	<b>Oddziały przedszkolne przy szkołach podstawowych</b>
2004/2005	14	11	372	109
2005/2006	13	10	364	110
2006/2007	13	10	354	114
2007/2008	13	10	341	116

W jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej województwa opolskiego według danych MPiPS – 03 za 2008 r. zatrudnionych jest łącznie 3 392 osoby z tego:

- 1 190 w ośrodkach pomocy społecznej,
- 145 w powiatowych centrach pomocy rodzinie,
- 1 560 w domach pomocy społecznej,
- 312 w placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
- 12 w ośrodkach adopcyjno-opiekuńczych,
- 19 w ośrodkach interwencji kryzysowej,  
134 w ośrodkach wsparcia (środowiskowych domach samopomocy, dziennych domach pobytu, noclegowniach),
- 12 w Wydziale Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu,
- 8 w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Opolu.

W ośrodkach pomocy społecznej w województwie opolskim na stanowisku pracownik socjalny zatrudnionych jest ogółem 389 osób (stan na 30.06.2009 r.). W grupie tej przeważają osoby z wykształceniem średnim zawodowym posiadające dyplom studium dla pracowników socjalnych lub kolegium służb społecznych (163 osób) oraz pracownicy z wykształceniem wyższym kierunkowym magisterskim (127 osób). W analizowanym okresie 64 osoby podnoszą kwalifikacje zawodowe, stanowi to 17% ogółu zatrudnionych. Chęć podjęcia nauki w latach 2009 - 2010 zadeklarowało 73 pracowników socjalnych (19%).

### **III. Kierunki działań**

#### **1. Wsparcie osób niepełnosprawnych**

##### **1.1 Wprowadzenie**

Osoby niepełnosprawne w życiu codziennym napotykać na wiele barier, które nie pozwalają na pełne zaspokojenie ich praw oraz na realizację potrzeb społecznych i zawodowych. Niepełnosprawność na skutek uprzedzeń i stereotypów, które funkcjonują w społeczeństwie, marginalizacji społecznej

spowodowanej także poprzez bariery komunikacyjne w dużej mierze utrudnia uzyskanie pracy, wykształcenia, samorealizacji osób niepełnosprawnych. Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych powinna zatem uwzględniać wiele dziedzin życia społeczno – gospodarczego i realizować kompleksowe działania z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej tej grupy osób. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku umożliwiło wprowadzenie wielu zmian w zakresie dostosowania do zasad i standardów unijnych polskiego prawa, a tym samym do pełniejszego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Podstawą prawną działań na rzecz osób niepełnosprawnych, realizowanych w oparciu o niniejszy program jest ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, gdzie określono zadania samorządu województwa, których głównym celem jest wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu oraz pomoc w zakresie zatrudniania osób niepełnosprawnych.

## **1.2 Cele strategiczne**

1. Kształtowanie świadomości społecznej wobec niepełnosprawności.
2. Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu.
3. Integracja i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych.

### **1.2.1 Cel strategiczny: Kształtowanie świadomości społecznej wobec niepełnosprawności**

Kształtowanie świadomości społeczeństwa na temat osób niepełnosprawnych, ich praw, potrzeb, możliwości, a także udziału w życiu społecznym jest istotnym czynnikiem w procesie wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. Wzrost świadomości społeczeństwa na temat niepełnosprawności sprzyja integracji społecznej osób niepełnosprawnych i przeciwdziałaniu ich wykluczeniu społecznemu. Jednocześnie ważnym procesem jest wzrost świadomości samych osób niepełnosprawnych dotyczącej praw i obowiązków umożliwiających im pełne uczestnictwo w życiu społecznym.

## **Cele szczegółowe**

1. Wzrost świadomości społeczeństwa na temat niepełnosprawności.
2. Przeciwdziałanie marginalizacji i dyskryminacji osób niepełnosprawnych.
3. Upowszechnianie problematyki dotyczącej osób niepełnosprawnych – ich praw, potrzeb, możliwości i udziału w życiu społecznym.
4. Inicjowanie działań profilaktycznych, promocyjnych i informacyjnych dotyczących osób niepełnosprawnych.
5. Promowanie aktywności społecznej osób niepełnosprawnych.

## **Zadania**

- współpraca w organizowaniu konferencji, szkoleń, imprez integracyjnych,
- promowanie twórczości artystycznej osób niepełnosprawnych,
- współpraca z samorządami, organizacjami pozarządowymi i mediami w zakresie działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

### **1.2.2 Cel strategiczny: Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu**

Integracja zawodowa i społeczna osób zaliczonych do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym stanowi jedno z największych wyzwań dla polskich instytucji zajmujących się szeroko rozumianą polityką społeczną. Jest to związane z narastającym zjawiskiem pauperyzacji społeczeństwa, ze zjawiskiem długotrwałego bezrobocia oraz brakiem dostosowania osób z grup szczególnego ryzyka do potrzeb rynku pracy. Na szczególne ryzyko narażone są przede wszystkim osoby niepełnosprawne, długotrwanie korzystające ze świadczeń pomocy społecznej, które pomimo podejmowanych wysiłków nie są w stanie samodzielnie przezwyciężyć trudności życiowych, znaleźć zatrudnienia i usamodzielnić się. Potrzebują one kompleksowego wsparcia, stworzenia warunków do integracji ze społeczeństwem i pomocy w przezwyciężeniu problemów, którymi są obarczone.

## **Cele szczegółowe**

1. Zwiększenie dostępu osób niepełnosprawnych do kształcenia i podnoszenia kwalifikacji.

2. Ograniczenie zjawiska marginalizacji społecznej i przygotowanie osób niepełnosprawnych narażonych na wykluczenie społeczne do aktywnego życia społecznego i zawodowego.

3. Zwiększenie dostępu osób niepełnosprawnych do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym.

### **Zadania**

- wspieranie działań zmierzających do likwidacji barier funkcjonalnych – architektonicznych, transportowych i w komunikowaniu się,
- dofinansowywanie robót budowlanych w obiektach służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
- dofinansowywanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej,
- dostosowywanie obiektów użyteczności publicznej do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- promowanie i wspieranie działań w sprawach dotyczących podnoszenia poziomu wykształcenia i kwalifikacji osób niepełnosprawnych,
- wspieranie działań związanych z tworzeniem i działalnością ośrodków szkoleniowo – rehabilitacyjnych,
- prowadzenie badań dotyczących problematyki osób niepełnosprawnych,
- prowadzenie działań w ramach programów PFRON, w szczególności programu „Wyrównywanie Różnic Między Regionami”, w tym dofinansowanie wyposażenia obiektów służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny,
- prowadzenie działań na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków unijnych i z innych środków przeznaczonych na ten cel,
- współpraca z organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych, w tym wsparcie finansowe w ramach organizowanego corocznie otwartego konkursu ofert ze środków PFRON pozostających w dyspozycji Samorządu Województwa Opolskiego.

### **1.2.3 Cel strategiczny: Integracja i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych**

Z analizy danych wynika, że osoby niepełnosprawne są obecne na rynku pracy w stopniu daleko niewystarczającym. Niski poziom wykształcenia w sposób bezpośredni przekłada się na wysokie bezrobocie, szczególnie długotrwałe. Niewielki też jest w tej grupie odsetek osób korzystających ze szkoleń i przekwalifikowania zawodowego. Na przeszkodzie w uzyskaniu pracy przez te osoby stoją też uprzedzenia i stereotypy. Wiedza pracodawców, zarówno w zakresie rozwiązań prawnych wspierających zatrudnianie osób niepełnosprawnych, jak też problemów wynikających z niepełnosprawności jest zdecydowanie niewystarczająca. Zmiana stosunku pracodawców i pełnosprawnych pracowników do osób niepełnosprawnych jest jednym z warunków procesu wyrównywania szans i integracji zawodowej.

#### **Cele szczegółowe**

1. Promowanie i wspieranie zatrudniania osób niepełnosprawnych na chronionym i otwartym rynku pracy.
2. Pomoc osobom niepełnosprawnym w przystosowaniu się i funkcjonowaniu na rynku pracy.

#### **Zadania**

- monitoring rynku pracy osób niepełnosprawnych w województwie opolskim,
- wspieranie elastycznych i alternatywnych form zatrudnienia osób niepełnosprawnych (telepraca, praca na żądanie, praca na telefon),
- wspieranie pracodawców tworzących i utrzymujących miejsca pracy osób niepełnosprawnych w ramach programów, w tym ze środków PFRON,
- udzielanie wsparcia organizacjom pożytku publicznego, które zajmują się organizowaniem miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych,
- prowadzenie poradnictwa i szkoleń osób niepełnosprawnych w celu zwiększenia ich aktywności zawodowej, podniesienia kwalifikacji,
- tworzenie i aktualizacja baz danych dotyczących niepełnosprawności (m. in. osób niepełnosprawnych, służb, instytucji i organizacji działających na rzecz tych osób, infrastruktury i jej przystosowania),



- wspieranie, w tym finansowe i rzeczowe inicjatyw lokalnych w zakresie szerzenia dobrych praktyk.

## **2. Opieka nad dzieckiem i rodzina**

### **2.1 Wprowadzenie**

Rodzina jest podstawową grupą społeczną ze względu na szereg istotnych funkcji, które spełnia na rzecz społeczeństwa. Zaspokaja równocześnie istotne potrzeby swoich członków. A zatem wypełnia dwojakiego rodzaju zadania: wobec społeczeństwa i wobec jednostek wchodzących w jej skład. Do najważniejszych należy stwarzanie podstaw ekonomicznych egzystencji rodziny i zabezpieczenie podstaw bytowych jej członków oraz zapewnienie ciągłości biologicznej społeczeństwa. Poza tym rodzina wywiera niebagatelny wpływ na kształtowanie się postaw, aspiracji życiowych, systemów wartości ludzkich osobowości, a przez to – kształtuje całość życia społecznego. Kształtowanie ładu społecznego opartego na poszanowaniu praw człowieka, akceptacji wartości rodziny, realizacji zasady pomocniczości i dbałości państwa o dobro wspólne – wymaga aktywnej polityki prorodzinnej państwa. Polityka prorodzinna ma na celu zapewnienie trwania i rozwoju rodziny oraz poszanowania należnych jej praw.

### **2.2 Cele strategiczne**

1. Wspieranie rodziny w jej prawidłowym funkcjonowaniu.
2. Wypracowanie spójnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną w sytuacjach kryzysowych.
3. Rozwój opieki w środowisku jako alternatywa dla form instytucjonalnych.

#### **2.2.1 Cel strategiczny: Wspieranie rodziny w jej prawidłowym funkcjonowaniu**

Aby rodzina mogła w prawidłowy sposób wypełniać swoje funkcje, niezwykle istotne znaczenie mają działania prewencyjne, których celem jest zapobieganie dysfunkcjom rodziny. W odniesieniu do pomocy rodzinie takie działania dotyczą najważniejszych struktur systemu usług socjalnych, które mają na celu zaspokajanie podstawowych potrzeb – zapewnienie opieki zdrowotnej, edukacji, pomocy socjalnej i godziwych warunków mieszkaniowych.

Do ważnych świadczeń i usług mających na celu wspieranie rodzin z dziećmi należą dodatki i zasiłki rodzinne, urlopy macierzyńskie, rodzicielskie i wychowawcze a także stosowna do występujących potrzeb liczba żłobków, przedszkoli. Ważnymi instrumentami ułatwiającymi godzenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym są elastyczne godziny pracy oraz urlopy przyznawane z przyczyn rodzinnych, na przykład z powodu choroby dziecka.

Istotnym elementem są działania edukacyjne zwiększające świadomość społeczną dotyczącą występujących problemów, które wywierają negatywny wpływ na właściwe funkcjonowanie rodziny, między innymi alkoholizm i narkomania rodziców, zaburzenia psychospołeczne, przemoc domowa, migracja zarobkowa jednego lub obojga rodziców, wykorzystywanie seksualne dzieci - problemy, które zaburzają rozwój dziecka i pogarszają jakość jego życia.

Innym, ważnym aspektem jest podnoszenie świadomości wśród profesjonalistów pracujących z dziećmi i rozwijanie ich kompetencji poprzez umożliwienie udziału w specjalistycznych szkoleniach.

### **Cele szczegółowe**

1. Aktywna polityka prorodzinna polegająca na tworzeniu warunków sprzyjających powstawaniu rodzin – zawieraniu małżeństw i realizacji planów prokreacyjnych.
2. Tworzenie warunków sprzyjających umacnianiu więzi i trwałości rodziny.
3. Polepszanie jakości życia rodzin, w tym m. in. sytuacji materialnej.
4. Wzmacnianie finansowe, prawne i organizacyjne instytucji samorządowych, pozarządowych wspomagających rodzinę w realizacji jej zadań.
5. Zapewnienie opieki zdrowotnej, edukacji, pomocy socjalnej i godziwych warunków mieszkaniowych.
6. Działania edukacyjne zwiększające świadomość społeczną w zakresie występujących w rodzinie dysfunkcji.
7. Inicjowanie i promowanie samopomocowych form wspierania rodziny.

### **Zadania**

- organizowanie konferencji, seminariów promujących wartości rodzinne,
- organizowanie kampanii społecznych aktywizujących środowisko lokalne na rzecz wspierania rodzin,
- propagowanie w mediach pozytywnych przykładów życia rodzinnego,

- stymulowanie rozwoju placówek opieki nad dzieckiem i rodziną,
- edukacja na rzecz promocji wielodzielności,
- prowadzenie badań dotyczących sytuacji społeczno – ekonomicznej rodziny oraz monitoringu.

### **2.2.2 Cel strategiczny: Wypracowanie spójnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną w sytuacjach kryzysowych**

Rodzinie mającej trudności w wypełnianiu swoich zadań oraz dziecku z tej rodziny udziela się pomocy, w szczególności w formie poradnictwa rodzinnego, terapii rodzinnej, pracy socjalnej i zapewnienia dzieciom opieki i wychowania poza rodziną.

Większość dzieci narażonych na ryzyko instytucjonalizacji, tzn. przebywania w placówkach opiekuńczo – wychowawczych lub rodzinach zastępczych to ofiary złych warunków społecznych, rozpadu rodziny, ubóstwa, nałogów, braku umiejętności wychowawczych, zaburzeń psychologicznych i psychiatrycznych, problemów z zachowaniem oraz krzywdzenia i zaniedbywania. Środowiska te stwarzają ogromne zagrożenie dla dobra dzieci, ponieważ często wywodzą się z nich młodociani przestępcy, dzieci alkoholizujące się i narkotyzujące, mające poważne problemy z nauką a w konsekwencji nie potrafiące w dorosłym życiu odnaleźć się na rynku pracy.

Jako nowy problem pojawia się pozostawianie dzieci przez rodziców wyjeżdżających do pracy za granicę, czyli zjawisko „eurosieroctwa”. Jednakże zauważalny jest również brak podstawowych usług socjalnych i oferty pomocowej dla rodzin – usług, które powinny być świadczone przez jednostki samorządowe a także funkcjonujące organizacje pozarządowe. Ich rozwój może w znacznej mierze przyczynić się do zniwelowania występujących w rodzinach dysfunkcji.

Żyjąca w ubóstwie rodzina to pod wieloma względami niesprzyjające środowisko socjalizacyjne. Skutkiem różnych niedoborów może być zagrożony rozwój biologiczny, intelektualny, społeczny i kulturalny dzieci. Jednym z wymiarów życia w biedzie jest niepewność, poczucie braku perspektyw, lęki i obawy o codzienność, jakie towarzyszą dorosłym członkom rodziny, a czego świadkiem, obserwatorem i uczestnikiem jest dziecko. Jeżeli rodzice dysponują niewystarczającymi środkami finansowymi, to bardzo szybko skutki tego negatywnego stanu rzeczy przenoszą się na dzieci. Wszelkie działania

zapobiegające „dziedziczeniu” biedy, braku pracy, braku kwalifikacji i niskiego poziomu edukacji wymagają wzmocnienia, by przerwać zagrażające w kolejnych pokoleniach odtwarzanie się podobnej sytuacji.

W celu skuteczniejszego przeciwdziałania pojawiającym się i pogłębiającym kryzysom rodziny niezbędne jest stworzenie systemu, umożliwiającego rodzinie uzyskanie specjalistycznego wsparcia w formie poradnictwa i niezbędnej pomocy psychologicznej oraz prawnej a także wsparcie w postaci pomocy materialnej i rzeczowej. Działania skierowane do dzieci powinny odbywać się na zasadzie programów profilaktycznych w szkołach, zajęć terapeutycznych, działalności placówek opiekuńczo – wychowawczych, pomocy organizacji pozarządowych i wolontariuszy mającej na celu dostarczanie pozytywnych wzorców zachowań dzieciom z rodzin dysfunkcyjnych, naukę prospołecznych wartościowych form spędzania czasu wolnego, organizowanie imprez plenerowych, pomoc w nauce szkolnej i niwelowaniu deficytów edukacyjnych, kształtowanie poczucia własnej wartości.

Usługi socjalne i wsparcie dla rodzin powinny stanowić integralną część działań prewencyjnych na rzecz dzieci zagrożonych instytucjonalizacją i przebywających w placówkach opiekuńczych. Rodzinie należy zapewnić wszelkie dostępne formy wsparcia, aby dopomóc jej w pokonaniu problemów.

Systematyczna i skuteczna praca socjalna z rodzinami niewydolnymi wychowawczo, rozwój poradnictwa rodzinnego, tworzenie placówek opiekuńczo – wychowawczych wsparcia dziennego mogą przynieść wymierne efekty w postaci zmniejszającej się liczby dzieci wymagających umieszczenia w rodzinach zastępczych i placówkach. Niezbędne jest także edukowanie społeczeństwa poprzez opracowywanie i wdrażanie programów psychoedukacyjnych promujących prawidłowe relacje rodzinne oraz stała obecność problematyki rodzinnej w lokalnych mediach.

Tak postawione przed pomocą społeczną zadania wymagają nowoczesnego systemu kształcenia kadry pomocy społecznej, opartego o interdyscyplinarne i wieloaspektowe podejście do problemów społecznych. Głównym celem takiego systemu kształcenia jest dążenie do poszukiwania dobrych rozwiązań programowych, które podnoszą kwestię konkretnych umiejętności.

## **Cele szczegółowe**

1. Inicjowanie i wsparcie działań polegających na wczesnej profilaktyce rodzin w zakresie rozpoznawania dysfunkcji rodzin.
2. Pomoc rodzinom w sytuacjach kryzysowych.
3. Wsparcie oraz realizacja programów i działań mających na celu kompleksową, interdyscyplinarną pomoc, w tym terapeutyczną skierowaną do rodzin problemowych, zagrożonych niedostosowaniem i dysfunkcjami społecznymi.
4. Wzmocnienie sieci poradnictwa rodzinnego.
5. Poprawa skuteczności i efektywności pracy socjalnej.
6. Rozwijanie różnych form współpracy pomiędzy instytucjami działającymi na rzecz dziecka i rodziny.
7. Propagowanie nowatorskich rozwiązań w zakresie wsparcia rodzin problemowych.

## **Zadania**

- wspieranie i stymulowanie działań samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych w zakresie: profilaktyki i wczesnego interweniowania w rodzinach zagrożonych dysfunkcją, rozwoju sieci placówek interwencji kryzysowej (placówki poradnictwa, terapii i wsparcia, czasowego pobytu), tworzenia i rozwoju placówek opiekuńczo – wychowawczych wsparcia dziennego (świetlice i kluby środowiskowe, ośrodki wsparcia, ogniska wychowawcze), w tym wsparcie finansowe organizacji pozarządowych w ramach organizowanego corocznie otwartego konkursu ofert,
- promowanie i wspieranie organizacji różnych form spędzania wolnego czasu dzieci i młodzieży (np. kolonii, półkolonii) połączonych z warsztatami na temat uzależnień, przemocy i agresji,
- zwiększenie dostępu do informacji poprzez utworzenie wojewódzkiej bazy danych zawierającej wykaz instytucji i organizacji działających na rzecz pomocy osobom potrzebującym wsparcia,
- popularyzowanie współpracy między instytucjami i organizacjami pozarządowymi udzielającymi pomocy dziecku i rodzinie,
- inicjowanie powstawania i rozwoju interdyscyplinarnych zespołów wspierających rodziny,
- przeprowadzenie badań dotyczących sytuacji rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym lub wykluczonych społecznie.

### **Cel 2.2.3 Cel strategiczny: Rozwój opieki w środowisku jako alternatywa dla form instytucjonalnych**

Umieszczenie dziecka poza domem rodzinnym powinno być traktowane jako ostateczność. Oznacza to, że we wszystkich przypadkach należy dołożyć wszelkich starań, aby wesprzeć rodzinę i pomóc jej w rozwiązaniu problemów. Jeśli jednak konieczne okazuje się umieszczenie dziecka poza rodziną, trzeba uczynić wszystko, aby utrzymać więź między dzieckiem a jego biologicznymi rodzicami. Postawy i praktyki pracowników jednostek funkcjonujących w obszarze wsparcia dziecka i rodziny mogą wywierać istotny wpływ na proces umieszczania dzieci poza rodziną, na relację między dzieckiem a jego rodzicami. Praca socjalna z rodzicami dziecka powinna być kontynuowana także po zabraniu dziecka z domu, tak aby zwiększyć szanse jego powrotu do rodziny

Proces ewolucji placówek opiekuńczych charakteryzuje się dążeniem do deinstytucjonalizacji, restrukturyzacji opieki instytucjonalnej oraz doskonalenia środków prewencyjnych i alternatywnych form opieki. Najistotniejszym elementem tych przemian jest rosnące znaczenie opieki zastępczej jako alternatywy wobec instytucjonalizacji. Należy poszerzyć ofertę programów szkolenia rodzin zastępczych oraz budowanie systemu wsparcia tych rodzin w trakcie sprawowania opieki nad dziećmi i młodzieżą. Większą rolę powinny odgrywać rodziny zastępcze niespokrewnione, w tym także rodziny zawodowe niespokrewnione z dzieckiem przejmujące funkcje pogotowia opiekuńczego, gotowe przyjąć dziecko w każdej chwili oraz rodziny zastępcze świadczące usługi specjalistyczne – zdolne przyjąć dziecko niepełnosprawne, przewlekle chore, wymagające szczególnej opieki.

Szczególne znaczenie powinno mieć aktywizowanie i usamodzielnienie młodzieży opuszczającej rodziny zastępcze i placówki opiekuńczo – wychowawcze. Młodzi ludzie rozpoczynający samodzielne życie, są narażeni na ogromne ryzyko, są przy tym grupą narażoną na społeczną marginalizację. Na ogół oczekuje się od nich że rozpoczną samodzielne życie w bardzo młodym wieku – dużo wcześniej niż ich rówieśnicy dorastający w rodzinach. Młodzi wychowankowie często nie mają wsparcia rodzinnego, albo mogą na nie liczyć w bardzo ograniczonym zakresie. Na ogół odznaczają się niskim poziomem wykształcenia, kompetencji społecznych i praktycznych umiejętności życiowych. Ich stan zdrowia fizycznego i psychicznego jest gorszy niż przeciętnie. Ponadto dzieci przyzwyczajone do życia w zbiorowości po opuszczeniu placówki często doświadczają samotności i poczucia wykluczenia

społecznego. Dodatkowym źródłem trudności są problemy mieszkaniowe i kłopoty finansowe. Wejście wychowanków w dorosłe życie powinno być procesem wspieranym i monitorowanym. Pomoc osobom opuszczającym placówki opiekuńczo-wychowawcze i rodziny zastępcze powinna koncentrować się na następujących potrzebach:

- związki rodzinne i społeczne,
- umiejętności praktyczne oraz inne kompetencje niezbędne do samodzielnego życia,
- mieszkanie,
- kształcenie, szkolenia zawodowe i zatrudnienie,
- opieka zdrowotna,
- bezpieczeństwo finansowe.

Najbardziej pożądane skutki przynoszą konkretne działania mające na celu zapewnienie młodym ludziom odpowiednich warunków mieszkaniowych, doskonalenie umiejętności życiowych, dalsze kształcenie oraz umacnianie pozytywnego obrazu własnej osoby i integrację społeczną.

Istotne znaczenie posiada realizacja standardów opieki i wychowania w placówkach opiekuńczo – wychowawczych. Nowe środowisko życia dziecka powinno sprzyjać jego pełnemu uczestnictwu w życiu społecznym – między innymi w zajęciach rekreacyjnych i kulturalnych. Należy dołożyć wszelkich starań, aby uniknąć wykluczenia społecznego i stygmatyzacji.

### **Cele szczegółowe**

1. Wsparcie samorządów lokalnych w zakresie reintegracji rodziny poprzez tworzenie warunków do powrotu dziecka do rodziny.
2. Propagowanie działań na rzecz rozwoju pracy socjalnej z rodzinami naturalnymi.
3. Propagowanie rozwoju rodzinnych form opieki zastępczej, w szczególności placówek rodzinnych (rodzinnych domów dziecka) oraz niespokrewnionych z dzieckiem rodzin zastępczych.
4. Wsparcie jednostek samorządowych w zakresie standaryzacji placówek opiekuńczo – wychowawczych.
5. Promowanie działań polegających na wzmocnieniu efektywności procesu usamodzielniania wychowanków placówek opiekuńczo – wychowawczych i rodzin

zastępczych oraz usprawnieniu procedur adopcyjnych dla dzieci trwale odrzuconych przez swoich rodziców.

## **Zadania**

- realizowanie kampanii informacyjnych w celu tworzenia rodzinnych domów dziecka, rodzin zastępczych pełniących funkcje pogotowia rodzinnego, tworzenia zawodowych rodzin zastępczych, w tym wielodzietnych i specjalistycznych,
- inicjowanie lokalnych form wsparcia dla usamodzielniających się wychowanków placówek opiekuńczo – wychowawczych, mających na celu zapobieganie ich marginalizacji,
- wspieranie samorządów lokalnych w zakresie tworzenia zespołów interdyscyplinarnych do pracy z rodzinami i dziećmi w celu przygotowania planu opieki nad dzieckiem oraz monitorowania procesu opieki nad dzieckiem i pracy socjalnej z jego rodziną,
- przeprowadzenie badań dotyczących rodzinnej opieki zastępczej.

## **3. Wsparcie osób starszych**

### **3.1 Wprowadzenie**

Postępujące zmiany społeczno – ekonomiczne, coraz szybszy postęp techniczno – informatyczny, wzrost stopy życiowej ludności, rozwój i osiągnięcia medycyny, przyczyniają się do wydłużenia życia ludzkiego. Konsekwencją tego jest szybszy wzrost liczby osób w podeszłym wieku. Wzrastający udział osób starzejących się i starych (powyżej 65 roku życia) stwarza konieczność zainteresowania się właśnie tą grupą osób.

Obserwowany w większości krajów Unii Europejskiej proces starzenia się społeczeństw powoduje zwiększanie wydatków z budżetu państw na wsparcie osób starszych we wszystkich sferach ich życia (zdrowie, kultura, pomoc społeczna, itp.). Jednocześnie w zbyt małym stopniu jest dostrzegany potencjał tej grupy społecznej. Stworzenie odpowiedniego systemu wsparcia osób starszych adekwatny do lokalnych uwarunkowań ekonomicznych i społecznych, z pewnością pozwoli na



pełne wykorzystanie zasobów doświadczenia między innymi zawodowego i społecznego, jakimi dysponują te osoby.

Polityka społeczna powinna służyć budowaniu pozytywnego wizerunku seniorów w społeczeństwie, poprawie ich statusu społecznego oraz dostępności do dóbr kultury i życia społecznego we wszelkich jego sferach. Pozwoli to na prowadzenie aktywnego i niezależnego życia przez wszystkie te osoby, które mają taką chęć i możliwości. Poza aktywizacją społeczną, konieczne jest również promowanie wolontariatu, jako alternatywnej dla pracy formy aktywności umożliwiającej zaangażowanie w życie społeczności, przynoszącej satysfakcję oraz poczucie bycia potrzebnym. Warto pokazywać, że osoba starsza nie tylko potrzebuje wsparcia, ale oferując bądź świadcząc pomoc, wiedzę i doświadczeniem może służyć innym. Na tej podstawie należy budować płaszczyznę do współpracy międzypokoleniowej.

Wzrastający udział ludności w wieku poprodukcyjnych powoduje wzrost obaw w zakresie zabezpieczeń w sferze społecznej i leczniczej ale otwiera również pewien zakres działań, które możemy nazwać procesem dostosowawczym do zmieniających się potrzeb mieszkańców regionu.

Uchwycenie zakresu potrzeb jak również dokonanie oceny obecnego stanu zaspokojenia najważniejszych aspektów z zakresu bezpieczeństwa, lecznictwa i pomocy społecznej umożliwi samorządom lokalnym skuteczniejsze wspieranie mieszkańców, którzy wraz z wiekiem będą oczekiwali konkretnych działań.

## **3.2 Cele strategiczne**

1. Kształtowanie świadomości społecznej wobec starości.
2. Integracja i aktywizacja społeczna seniorów.
3. Wzmocnienie systemu usług społecznych, w tym usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

### **3.2.1 Cel strategiczny: Kształtowanie świadomości społecznej wobec starości**

Kształtowanie świadomości społeczeństwa na temat osób starszych, ich praw, potrzeb, możliwości, a także udziału w życiu społecznym jest istotnym czynnikiem w procesie wyrównywania szans seniorów. Wzrost świadomości społeczeństwa na temat osób starszych sprzyja integracji społecznej seniorów a tym samym

przeciwdziała ich wykluczeniu społecznemu. Konieczne jest podejmowanie i wspieranie inicjatyw na rzecz zwiększenia świadomości społecznej o procesie starzenia się i jego skutkach. Jednocześnie adaptacji do nowej sytuacji życiowej osób starszych będzie sprzyjało zwiększenie dostępu do informacji o przysługujących prawach, możliwościach, lokalnym środowisku.

Istotne znaczenie będzie miało przełamywanie utrwalonych stereotypów postrzegania seniorów jako osób biernych w życiu polityczno – społeczno – kulturalnym.

### **Cele szczegółowe**

1. Promocja problematyki starości mająca na celu wzrost społecznej świadomości.
2. Inicjowanie samorządów lokalnych w zakresie prowadzenia działań promocyjnych i informacyjnych dotyczących seniorów.

### **Zadania**

- organizowanie konferencji, imprez integracyjnych, kampanii społecznych na rzecz osób starszych,
- upowszechnianie wiedzy na temat starzenia się i jego konsekwencji,
- wsparcie instytucji pomocy i integracji społecznej w zakresie włączania osób starszych do działań na rzecz rozwoju środowiska lokalnego, w tym wsparcie finansowe organizacji pozarządowych w ramach organizowanego corocznie otwartego konkursu ofert,
- współpraca z samorządami, organizacjami pozarządowymi i mediami w zakresie działań na rzecz osób starszych,
- przeprowadzenie badań dotyczących sytuacji życiowej osób starszych.

### **3.2.2 Cel strategiczny: Integracja i aktywizacja społeczna seniorów**

Zasadnicze znaczenie w procesie edukacji dla dobrego przeżywania starości ma motywowanie ludzi do aktywności: tak fizycznej, jak i intelektualnej. W związku z tym, iż przemija dawny model spędzania starości przy licznej rodzinie, w gronie dzieci i wnuków, coraz częściej ludzie starsi realizują swoje potrzeby w grupach pozarodzinnych, w podobnym wieku, o podobnych zainteresowaniach jak: Kluby Seniora czy Uniwersytety III Wieku. Rozwój takich grup jest nowością współczesności, w której starsi mają więcej wolnego czasu i mniej obowiązków

rodzinnych niż pokolenie ich rodziców, czy dziadków. Sprzyjanie tworzeniu organizacji działających na rzecz osób starszych jest alternatywą dla pełnowartościowego uczestnictwa seniorów w życiu społecznym, umożliwia im samorealizację poprzez rozwój zainteresowań i tym samym pozwala uniknąć samotności.

Należy rozbudowywać infrastrukturę podnoszącą jakość życia osób starszych, umożliwiając im jak najpełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym, aktywne i atrakcyjne formy spędzania czasu wolnego.

### **Cele szczegółowe**

1. Promowanie aktywnych form spędzania czasu wolnego oraz uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym.
2. Opracowanie, publikacja i rozpowszechnianie informatora zawierającego spis istniejących instytucji i organizacji działających na rzecz osób starszych na terenie województwa opolskiego.
3. Wspieranie istniejących instytucji i organizacji dla seniorów oraz propagowanie idei powstawania nowych.
4. Promowanie wolontariatu, jako alternatywnej dla pracy formy aktywności umożliwiającej zaangażowanie seniorów w życie lokalnej społeczności.

### **Zadania**

- współpraca z samorządami lokalnymi i organizacjami pozarządowymi w organizowaniu konferencji, imprez integracyjnych, w tym wsparcie finansowe organizacji pozarządowych w ramach organizowanego corocznie otwartego konkursu ofert,
- tworzenie stron i portali internetowych dotyczących problematyki osób starszych,
- wsparcie w zakresie tworzenia sieci placówek działających na rzecz osób starszych (m. in. rodzinne domy pomocy społecznej, dzienne domy pobytu, kluby, świetlice środowiskowe, mieszkania chronione).

### **3.2.3 Cel strategiczny: Wzmocnienie systemu usług społecznych, w tym usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych**

Charakter problemów jakie spotykamy u seniorów jest ze swej natury w większości przypadków połączeniem dysfunkcji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych.

Zjawiskiem, które powinno budzić szczególny niepokój jest fakt, iż osoby, które przez całe swoje życie pracowały, w obliczu starości i choroby muszą martwić się o swój byt, mają trudności z zaspokojeniem podstawowych potrzeb i często nie mogą liczyć na pomoc.

Istniejący wzrost zapotrzebowania na zapewnienie opieki osobom starszym wymaga budowania środowiskowych grup wsparcia.

Pomoc społeczna winna pełnić także kluczową rolę w zakresie udzielania wsparcia informacyjnego dla osób starszych, ich rodzin oraz opiekunów, m. in. poprzez rozwój pracy socjalnej.

#### **Cele szczegółowe**

1. Wspieranie działań zmierzających do dostosowania systemu wsparcia do potrzeb starzejącego się społeczeństwa.
2. Wzmocnienie samorządów lokalnych w zakresie koordynacji działań podmiotów zajmujących się problematyką ludzi starszych w celu zaspokajania ich potrzeb.
3. Rozwój systemu opieki środowiskowej i instytucjonalnej dla osób starszych nie mogących samodzielnie funkcjonować.
4. Wspieranie lokalnych sieci wsparcia i działań samopomocowych.
5. Monitorowanie potrzeb osób starszych.

#### **Zadania**

- wsparcie samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych w zakresie tworzenia i rozwoju sieci placówek działających na rzecz osób starszych (m. in. rodzinne, niepubliczne oraz prywatne domy pomocy społecznej, dzienne domy pobytu, świetlice środowiskowe, mieszkania chronione),
- podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników pomocy społecznej w zakresie potrzeb osób starszych,
- promocja dobrych praktyk,

- prowadzenie badań nt. sytuacji osób starszych,
- prowadzenie rejestru placówek działających na rzecz osób starszych,
- tworzenie lokalnych centrów informacji i doradztwa dla osób starszych i ich rodzin, opiekunów i specjalistów.

## **4. Rozwój przedsiębiorczości społecznej**

### **4.1 Wprowadzenie**

Instytucje gospodarki społecznej istnieją i działają w wielu krajach niezależnie od obowiązującego w nich systemu politycznego czy poziomu zamożności. Gospodarka społeczna odgrywa coraz większą rolę w funkcjonowaniu współczesnych społeczeństw. Poszczególne państwa coraz wyraźniej dostrzegają potencjał tego sektora w rozwoju społeczno-gospodarczym i polityce spójności. Możliwości, jakie stwarza gospodarka społeczna zostały dostrzeżone również przez władze Unii Europejskiej. Wynika to z faktu, że gospodarka społeczna w wielu krajach jest istotną siłą napędową rozwoju lokalnego i regionalnego. Niezmiernie ważne jest, że również środowisko biznesu zaczyna coraz częściej angażować się w działalność trzeciego sektora, okrywając nowe przestrzenie rynkowe w środowiskach osób najbiedniejszych. Podejście biznesowe tylko pozornie kłóci się z regułami ekonomii społecznej, gdyż działalność na otwartym rynku wymaga podobnego zaangażowania i kreatywności. Różnica dotyczy głównie możliwości generowania zysku, który jest głównym celem działania przedsiębiorstw komercyjnych. Natomiast podstawowym wyróżnikiem przedsięwzięć podejmowanych przez podmioty gospodarki społecznej jest nadrzędność celów społecznych nad celami ekonomicznymi. Gospodarka społeczna pozwala wykorzystać zasoby ludzkie w sposób komplementarny do sektora prywatnego i publicznego. Mówiąc szerzej: ekonomia społeczna wspomaga proces budowania społeczeństwa obywatelskiego. Gospodarka społeczna oparta jest na trzech głównych filarach: solidarności, partycypacji i samorządności. Obszarem działania gospodarki społecznej są zarówno stare, jak i nowe potrzeby społeczne. Aktualnie gospodarkę społeczną należy widzieć przede wszystkim w obszarze przedsiębiorczości rozumianej jako gotowość i umiejętność przyjmowania odpowiedzialności za swój los, a także w perspektywie obywatelskiego zaangażowania rozumianego jako przyjęcie współodpowiedzialności za wspólnotę. Polską strukturę podmiotów gospodarki społecznej tworzą obok

stowarzyszeń, fundacji, organizacji spółdzielczych również nowe formy organizacyjne, tj. spółdzielnie socjalne, zakłady aktywności zawodowej, kluby integracji społecznej, centra integracji społecznej dla grup długotrwale wykluczonych z rynku pracy, warsztaty terapii zajęciowej oraz partnerstwa lokalne. Do podmiotów ekonomii społecznej zaliczają się również towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, banki spółdzielcze, spółdzielcze kasy oszczędnościowo - kredytowe, fundusze poręczeń wzajemnych. Podmioty ekonomii społecznej (PES) często wykonują zadania, którymi firmy prywatne, głównie zastawione na zysk, nie są zainteresowane. Główne kierunki działania PES to produkcja i świadczenie różnorodnych usług społecznych oraz tworzenie miejsc pracy integrujących i pomagających w zatrudnieniu grup o najniższej pozycji na rynku pracy. Ich obszar działania obejmuje bardzo szeroki zakres, między innymi: ochronę socjalną, usługi społeczne, zdrowie, usługi finansowe, ubezpieczenia, produkcję rolną, sprawy konsumenckie, rzemiosło, mieszkalnictwo, szkolenia, edukację, kulturę, sport i rozrywkę.

Działalność podmiotów ekonomii społecznej wpisuje się w szereg priorytetów i politykę Unii Europejskiej, m. in.:

- przyczynia się do osiągnięcia spójności społecznej,
- sprzyja wzrostowi zatrudnienia,
- wspiera walkę z ubóstwem,
- zachęca do uczestnictwa w demokracji,
- angażuje obywateli w realne działania na rzecz poprawy ich sytuacji,
- usprawnia proces zarządzania,
- zapewnia stabilny rozwój lokalnego rynku pracy, a wraz z nim – dobrobytu całej społeczności.

#### **4.2 Cele strategiczne**

1. Stworzenie podstaw programowych i edukacyjnych dla spójnego rozwoju ekonomii społecznej w województwie opolskim.
2. Zwiększenie dostępu do zatrudnienia w sektorze ekonomii społecznej osób z grup szczególnego ryzyka zamieszkujących region województwa opolskiego.
3. Rozwijanie sektora ekonomii społecznej w regionie.

#### **4.2.1 Cel strategiczny: Stworzenie podstaw programowych i edukacyjnych dla spójnego rozwoju ekonomii społecznej w województwie opolskim**

Kumulacja negatywnych zjawisk, takich jak długotrwałe bezrobocie, skrajne ubóstwo i bezdomność powoduje konieczność wdrożenia nowych i bardziej skutecznych instrumentów, które byłyby dostosowane do poprawy sytuacji społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Nowoczesne trendy w obszarze polityki społecznej oparte są na stosowaniu aktywnej formuły ekonomii społecznej polegającej na odejściu od pomocy doraźnej na rzecz większego usamodzielnienia tej grupy osób.

W związku z niewystarczającą bazą strukturalną, edukacyjną, informacyjno-promocyjną w sektorze ekonomii społecznej na Opolszczyźnie należy niezwłocznie podjąć działania ukierunkowane na wykształcenie i wypromowanie lokalnych liderów. Niezbędna przy tym jest zmiana podejścia do aktywnych form integracji zarówno przez przedstawicieli instytucji administracji publicznej, jak i organizacji pozarządowych, sektora prywatnego, a przede wszystkim klientów pomocy społecznej.

Proces kształcenia osób działających w sektorze ekonomii społecznej, jak i wspomagających ten sektor wymaga stworzenia podstaw programowych i edukacyjnych. Realizacja powyższego celu uwarunkowana jest słabą znajomością zasad funkcjonowania gospodarki społecznej w regionie. Skutkuje to często spotykaną niechęcią wobec podejmowania działań inicjujących tworzenie nowych podmiotów ekonomii społecznej.

#### **Cele szczegółowe**

1. Stworzenie opolskiego programu rozwoju ekonomii społecznej w regionie.
2. Stworzenie opolskiego międzysektorowego programu szkoleniowego nt. ekonomii społecznej.
3. Utworzenie partnerstwa regionalnego na rzecz rozwoju ekonomii społecznej.

#### **Zadania**

- powołanie panelu ekspertów ds. rozwoju ekonomii społecznej, zadaniem którego będzie opracowanie opolskiego modelu wdrażania ekonomii społecznej,

- identyfikacja i promocja dobrych praktyk w ramach akcji informacyjno-promocyjnej w regionie,
- powszechna działalność edukacyjna w obszarze ekonomii społecznej,
- zintegrowanie działań regionalnych instytucji, stowarzyszeń i organizacji na rzecz rozwiązywania problemów społecznych poprzez idee długofalowej współpracy na zasadzie partnerstwa.

#### **4.2.2 Cel strategiczny: Zwiększenie dostępu do zatrudnienia w sektorze ekonomii społecznej osób z grup szczególnego ryzyka zamieszkujących region województwa opolskiego**

Główną funkcją ekonomii społecznej jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Przy czym za grupy zagrożone wykluczeniem społecznym należy uznać m. in.: osoby długotrwale bezrobotne, niepełnosprawne, bezdomne, uzależnione i izolowane. Aktywizacja tej grupy poprzez włączenie w nurt rynku pracy przyczyni się do podniesienia spójności społecznej. Ponadto realizacja powyższego celu będzie uzupełnieniem działań, jakie podejmuje administracja publiczna. Ekonomia społeczna oferuje nowe podejście do problemu walki z bezrobociem wśród osób z grup szczególnego ryzyka, gdyż oferuje bardziej elastyczne rodzaje wsparcia, dostosowane do indywidualnych potrzeb odbiorców. Podmioty ekonomii społecznej z założenia są zorientowane na integrację społeczną przez aktywizację zawodową i usamodzielnienie osób wykluczonych społecznie. Działalność taka oparta jest w głównej mierze na przygotowaniu ww. grupy do podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy, gdyż tylko wtedy można mówić o realnym powrocie do pełnego uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej.

#### **Cele szczegółowe**

1. Zwiększenie aktywności zawodowej oraz zapewnienie równego dostępu do zatrudnienia osobom dyskryminowanym na rynku pracy.
2. Wspieranie aktywności zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i przygotowanie ich do wejścia i integracji na rynku pracy oraz do podwyższenia ich statusu zawodowego i społecznego.



## **Zadania**

- specjalistyczne szkolenia i doradztwo z zakresu zakładania i prowadzenia podmiotów ekonomii społecznej,
- informacja i promocja aktywnych form uczestnictwa w działalności podmiotów ekonomii społecznej,
- uczestnictwo w indywidualnych programach zatrudnienia socjalnego,
- promocja wolontariatu na rzecz integracji osób z grup szczególnego ryzyka,
- organizacja konferencji, szkoleń promujących zatrudnienie w sektorze ekonomii społecznej,
- organizacja staży, praktyk oraz subsydiowanego zatrudnienia w podmiotach ekonomii społecznej.

### **4.2.3 Cel strategiczny: Rozwijanie sektora ekonomii społecznej w regionie**

Po okresie przemian społecznych i gospodarczych, które zaszły w Polsce w ostatnim dwudziestoleciu widać wyraźnie, że model państwa opiekuńczego nie stanowi remedium na rozwiązanie wielu problemów społecznych. Warto szukać nowych rozwiązań, które opierając się na mechanizmach samoorganizacji obywateli oraz rynku, będą alternatywą dla nadmiernie rozbudowanych, lecz mało efektywnych funkcji opiekuńczych państwa.

Korzyści płynące z działalności podmiotów gospodarki społecznej:

1. Gospodarka społeczna daje możliwości mobilizacji społeczności lokalnej, poprzez włączenie mieszkańców w działania na rzecz rozwiązywania problemów, które ich dotyczą. Dzięki temu wzrasta zaangażowanie społeczności lokalnej, która czuje się współodpowiedzialna za rozwój swojego regionu.
2. Podmioty gospodarki społecznej mogą być ważnym dostawcą usług, które ze względu na niską opłacalność nie cieszą się zainteresowaniem sektora komercyjnego. Powierzenie realizacji zadań publicznych obywatelskim podmiotom lokalnym może wpłynąć na wzrost efektywności ich realizacji.
3. Tworzenie podmiotów gospodarki społecznej w społecznościach, w których jest wysoki wskaźnik bezrobocia, przyczynia się do ograniczania problemu wykluczenia społecznego i wzrostu spójności społeczno - gospodarczej.
4. Gospodarka społeczna jest narzędziem pozwalającym na ograniczenie wypłat zasiłków i świadczeń z pomocy społecznej oraz zasiłków dla bezrobotnych.

5. Działalność podmiotów gospodarki społecznej pozwala na zwiększenie udziału gminy w podatku PIT.
6. Dostawa różnego rodzaju dóbr i usług przez podmioty gospodarki społecznej przyczynia się do wzrostu konkurencyjności na lokalnym rynku.
7. Działalność podmiotów gospodarki społecznej przyczynia się do poprawy jakości życia mieszkańców, poprzez zmniejszenie się skali występujących problemów społecznych, redukcję zjawiska bezrobocia.

### **Cele szczegółowe**

1. Rozwój spółdzielczości socjalnej.
2. Reintegracja z rynkiem pracy osób z grup szczególnego ryzyka.
3. Realizacja przez podmioty ekonomii społecznej niezaspokojonych potrzeb społeczności lokalnych poprzez produkcję dóbr i usług (tradycyjnych usług opiekuńczych, jak i nowych przedsięwzięć ukierunkowanych na stymulowanie i zaspokojenie popytu na nowe usługi sąsiedzkie).
4. Produkcja dóbr i usług wymagających ekstensywnego zatrudnienia poprzez tworzenie podmiotów ekonomii społecznej o rynkowej orientacji, które jednocześnie respektują specyficzne potrzeby osób z grup szczególnego ryzyka.

### **Zadania**

- doradztwo marketingowo-finansowe dla podmiotów ekonomii społecznej,
- rozwój systemu wsparcia na rzecz podejmowania zatrudnienia w ramach przedsiębiorstw społecznych,
- stworzenie infrastruktury prawno – ekonomiczno - organizacyjnej dla tworzenia i funkcjonowania przedsiębiorstw społecznych,
- stworzenie i wdrożenie modelowych rozwiązań przedsiębiorstw społecznych.

## **5. Kształcenie i szkolenie zawodowe kadr pomocy i integracji społecznej**

### **5.1 Wprowadzenie**

Jednym z zadań ustawowych samorządu województwa, wynikających z ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej jest organizowanie kształcenia, w tym prowadzenia publicznych szkół społecznych oraz szkolenia

zawodowego kadry pomocy społecznej. Instytucją odpowiedzialną za kształcenie kadr w województwie jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu.

W związku z wejściem nowego okresu programowania Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 pojawiła się potrzeba doskonalenia zawodowego kadr pomocy i integracji społecznej w zakresie stosowania nowoczesnych metod i narzędzi aktywizacji osób bezrobotnych, aktywnej pracy socjalnej oraz absorpcji środków Europejskiego Funduszu Społecznego na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej. W związku z tym, iż jednym z priorytetów PO KL jest promocja integracji społecznej należy skupić się na takich działaniach, które umożliwią podniesienie poziomu aktywności zawodowej i zatrudnienia, a także równego dostępu do zatrudnienia wszystkim osobom doświadczającym różnego rodzaju dyskryminacji na rynku pracy.

Działania podejmowane w zakresie kształcenia i szkolenia zawodowego kadr pomocy i integracji społecznej w województwie opolskim na lata 2010 – 2015 mają na celu stworzenie efektywnego, wieloaspektowego systemu wsparcia kadry jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w zakresie podnoszenia kwalifikacji i umiejętności zawodowych. Wsparcie odnosi się do organizowania kształcenia w zakresie nabywania umiejętności specjalistycznych niezbędnych na zajmowanych stanowiskach pracy, uzyskiwania stopni specjalizacji zawodowych pracowników socjalnych oraz możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych kadry pomocy społecznej poprzez udział w studiach licencjackich, magisterskich oraz podyplomowych w zakresie zarządzania instytucjami pomocy społecznej.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu jako jedyny w kraju ROPS posiada zgodę na prowadzenie specjalizacji I stopnia w zawodzie pracownik socjalny, którą prowadzi od 2002 r. Dotychczas kształcenie na ww. specjalizacji miało charakter odpłatny. W 2009 r. pozyskano środki na realizację szkolenia z komponentu centralnego (Priorytet I PO KL).

Regionalny system kształcenia kadry pomocy i integracji społecznej nie stwarza jednak możliwości uzyskania specjalizacji II stopnia z uwagi na brak uprawnionego podmiotu szkolącego. Celem ROPS w Opolu staje się więc stworzenie warunków do uzyskania tej kwalifikacji zawodowej, pozyskanie zewnętrznych środków na jej sfinansowanie oraz podjęcie starań w celu nadania uprawnień do szkolenia w zakresie II stopnia specjalizacji jednemu z podmiotów edukacyjnych funkcjonujących w regionie.

## **5.2 Cele strategiczne**

1. Zwiększenie umiejętności kadr do prowadzenia profesjonalnej pracy socjalnej z rodziną i dzieckiem, z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym oraz wykluczonymi w zakresie ich aktywizacji społeczno-zawodowej.
2. Doskonalenie umiejętności metodycznych oraz społecznych kadry pomocy i integracji społecznej.
3. Stworzenie kompleksowego systemu kształcenia kadry pomocy i integracji społecznej w regionie.

### **5.2.1 Cel strategiczny: Zwiększenie umiejętności kadr do prowadzenia profesjonalnej pracy socjalnej z rodziną i dzieckiem, z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym oraz wykluczonymi w zakresie ich aktywizacji społeczno-zawodowej**

#### **Cele szczegółowe**

1. Doskonalenie umiejętności metodycznych pracowników socjalnych w pracy z rodziną i dzieckiem.
2. Rozwój i doskonalenie umiejętności kadry kierowniczej w zakresie organizacji infrastruktury wspierającej rodzinę i dziecko.
3. Rozwój umiejętności w zakresie tworzenia lokalnych programów profilaktycznych, w tym z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
4. Doskonalenie umiejętności kadry pomocy i integracji społecznej w zakresie możliwych do zastosowania form aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, w tym rozpoznawania specyficznych potrzeb różnych grup osób niepełnosprawnych oraz planowania ich kariery zawodowej.
5. Doskonalenie umiejętności kadry pomocy i integracji społecznej w zakresie nowoczesnych metod i narzędzi aktywizacji osób bezrobotnych.
6. Rozwój metod pracy kadry pomocy i integracji społecznej w aspekcie wdrażania projektów na rzecz rozwiązywania lokalnych problemów społecznych.
7. Szkolenie lokalnych liderów w zakresie tworzenia i funkcjonowania różnych form zatrudnienia socjalnego.

## **Zadania**

- organizowanie i prowadzenie cyklicznych szkoleń oraz warsztatów,
- organizowanie seminariów oraz konferencji tematycznych,
- organizowanie wizyt studyjnych z zakresu ekonomii społecznej.

### **5.2.2 Cel strategiczny: Doskonalenie umiejętności metodycznych oraz społecznych kadry pomocy i integracji społecznej**

#### **Cele szczegółowe**

1. Podnoszenie jakości i stały rozwój metod pracy socjalnej z jednostką, rodziną, grupą oraz środowiskiem lokalnym.
2. Rozwój umiejętności oraz wiedzy w zakresie poprawy jakości opieki nad osobami starszymi, w tym kształcenia umiejętności prowadzenia pracy socjalnej w ramach usług opiekuńczych.
3. Rozwój i doskonalenie umiejętności interpersonalnych kadry pomocy i integracji społecznej, kształtowanie właściwych kontaktów z klientami, współpracownikami oraz pracy w zespołach interdyscyplinarnych.
4. Doskonalenie umiejętności społecznych kadry pomocy i integracji społecznej ze szczególnym uwzględnieniem zjawiska wypalenia zawodowego

## **Zadania**

- organizowanie i prowadzenie cyklicznych szkoleń oraz warsztatów,
- organizowanie seminariów oraz konferencji tematycznych.

### **5.2.3 Cel strategiczny: Stworzenie kompleksowego systemu kształcenia kadry pomocy i integracji społecznej w regionie**

#### **Cele szczegółowe**

1. Umożliwienie pracownikom socjalnym nabywania stopni specjalizacji zawodowej I i II stopnia.
2. Stworzenie możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych kadry pomocy i integracji społecznej poprzez udział w studiach licencjackich, magisterskich oraz podyplomowych w zakresie zarządzania instytucjami pomocy społecznej i pokrewnych.

## **Zadania**

- uzyskanie środków z Europejskiego Funduszu Społecznego na przeprowadzenie specjalizacji zawodowej II stopnia dla pracowników socjalnych oraz podnoszenie kwalifikacji kadry pomocy i integracji społecznej,
- podjęcie starań w celu nadania uprawnienia placówce szkolącej w zakresie II stopnia specjalizacji jednemu z podmiotów edukacyjnych funkcjonujących w regionie,
- organizowanie szkoleń w zakresie specjalizacji zawodowej pracowników socjalnych,
- współpraca z administracją rządową w zakresie organizacji studiów I i II stopnia oraz studiów podyplomowych.

## **6. Inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej**

### **6.1 Wprowadzenie**

Podstawą spójności społecznej jest odpowiednio zaprojektowana i wdrożona polityka społeczna, która jest realizowana na poszczególnych szczeblach administracyjnych. Polityka spójności zakłada m. in. współdziałanie różnych instytucji i podmiotów zajmujących się rozwiązywaniem szeroko pojętych problemów społecznych. W Polsce nadal nie można mówić o skutecznie prowadzonej polityce społecznej, a system pomocy społecznej, który jest jej elementem, wymaga udoskonalenia. Jednocześnie od kilku lat trwa proces decentralizacji kompetencji i środków przeznaczonych na realizację zadań z zakresu polityki społecznej, wspieranych przez programy operacyjne finansowane ze środków UE.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu został powołany do kreowania polityki społecznej na poziomie regionalnym, zatem celowym wydaje się rozszerzenie działań polegających na identyfikacji regionalnych problemów społecznych oraz informacji o instytucjach zajmujących się ich rozwiązywaniem. Działania te będą służyć głównie instytucjom z poziomu powiatowego i gminnego, czyli ośrodkom pomocy społecznej, powiatowym centrom pomocy rodzinie i innym jednostkom organizacyjnym gminy, powiatu i województwa. Projektowane działania

zakładają realizację szeregu zadań, które należy traktować jako nierozłączne. Do zadań tych należą:

- wypracowanie i wdrożenie w ROPS w Opolu wystandaryzowanego narzędzia badawczego *bilans potrzeb pomocy społecznej*;
- stworzenie bazy danych o publicznych i niepublicznych podmiotach pomocy i integracji społecznej w regionie;
- stworzenie Obserwatorium Integracji Społecznej w strukturze ROPS w Opolu;
- zintegrowanie analiz regionalnych w zakresie integracji społecznej na poziomie krajowym;
- przeprowadzenie periodycznych szkoleń dla pracowników zajmujących się specjalistycznym doradztwem w ROPS w Opolu;
- przeprowadzenie szkoleń i seminariów adresowanych do radnych wojewódzkich oraz przedstawicieli jednostek administracji samorządowej i rządowej;
- podniesienie kwalifikacji, w tym umiejętności koordynacji i zarządzania pracownikami instytucji pomocy i integracji społecznej (np. wyjazdy studyjne, spotkania informacyjne).

Kompleksowa realizacja tych zadań daje szansę na realną zmianę w realizowaniu polityki społecznej zarówno na poziomie lokalnym jak i w regionie.

## **6.2. Cel strategiczny**

### **1. Monitorowanie i ocena efektywności działań z zakresu integracji i pomocy społecznej prowadzonych w regionie.**

#### **Cele szczegółowe**

1. Prowadzenie badań społecznych.
2. Pomoc w opracowaniu lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych.
3. Informacja i promocja.
4. Stworzenie Biblioteki Integracji Społecznej.

## Zadania

- diagnoza i monitorowanie zjawisk i problemów społecznych występujących w regionie,
- wypracowanie koncepcji jednorodnego narzędzia „bilans potrzeb pomocy społecznej”,
- stosowanie wypracowanego narzędzia „bilans potrzeb pomocy społecznej” oraz współdziałanie z gminami i powiatami we wdrażaniu tego narzędzia na poziomie lokalnym,
- identyfikacja potrzeb informacyjnych w obszarze pomocy i integracji społecznej w regionie,
- opracowanie metod i technik badawczych, które umożliwią prowadzenie cyklicznych badań i analiz,
- prowadzenie cyklicznych badań empirycznych (jakościowych i ilościowych) dotyczących wybranych obszarów integracji społecznej,
- monitoring realizacji wojewódzkiej strategii polityki społecznej,
- gromadzenie danych i informacji nt. problemów występujących w środowiskach lokalnych, które będą mogły być wykorzystywane w opracowywaniu lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych,
- wypracowanie wskaźników monitorowania gminnych i powiatowych strategii rozwiązywania problemów społecznych,
- upowszechnianie innowacyjnych i skutecznych rozwiązań w obszarze integracji społecznej,
- udoskonalenie funkcjonujących rozwiązań w zakresie wymiany i udostępniania informacji o pomocy i integracji społecznej i instytucjach z jej otoczenia,
- zbieranie i aktualizacja informacji na temat podmiotów pomocy i integracji społecznej działających na terenie województwa,
- upowszechnianie wyników badań prowadzonych w ramach OIS, m. in. poprzez zamieszczanie informacji na stronie internetowej,
- gromadzenie i udostępnianie elektronicznych wersji opracowań, raportów, publikacji, danych z obszaru pomocy i integracji społecznej,
- gromadzenie i udostępnianie informacji na temat projektów z obszaru pomocy i integracji społecznej realizowanych na terenie województwa,
- gromadzenie danych i informacji na temat zjawisk i problemów społecznych występujących w środowiskach lokalnych.



## **7. Grupy docelowe**

1. Wszystkie rodziny z terenu województwa opolskiego.
2. Osoby i rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej zagrożone wykluczeniem społecznym bądź wykluczone społecznie.
3. Dzieci i młodzież pochodząca z rodzin dysfunkcyjnych.
4. Osoby w wieku poprodukcyjnym.
5. Osoby niepełnosprawne.
6. Instytucje zajmujące się osobami niepełnosprawnymi.
7. Pracodawcy.
8. Jednostki organizacyjne pomocy i integracji społecznej.
9. Instytucje rynku pracy.
10. Służba zdrowia.
11. Placówki oświatowe.
12. Administracja publiczna.
13. Podmioty ekonomii społecznej.
14. Instytucje otoczenia ekonomii społecznej.
15. Organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe.

## **8. Realizatorzy Programu**

1. Samorząd Województwa Opolskiego.
2. Jednostki samorządu terytorialnego.
3. Jednostki organizacyjne pomocy i integracji społecznej.
4. Instytucje rynku pracy.
5. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
6. Podmioty ekonomii społecznej.
7. Pracodawcy.
8. Organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe.
9. Ochrona zdrowia.
10. Placówki kulturalne i oświatowe.
11. Środowiska akademickie.

## **9. Finansowanie Programu**

1. Środki z budżetu samorządów.
2. Środki z budżetu Państwa (programy rządowe).

3. Środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Środki Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Środki uzyskane z innych źródeł (w tym zagranicznych).

## **10. Spodziewane efekty realizacji Programu**

Oczekiwanym efektem realizacji Programu będzie poprawa warunków życia osób i rodzin w województwie opolskim, w tym szczególnie rodzin niewydolnych wychowawczo, rodzin emerytów i rencistów, osób niepełnosprawnych oraz osób mających trudności w integracji społecznej i zawodowej, zagrożonych wykluczeniem społecznym bądź wykluczonych społecznie.

Powyższy cel zostanie osiągnięty poprzez zapewnienie odpowiedniego wsparcia umożliwiającego przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych oraz godne warunki życia poprzez zwiększenie efektywności udzielanej pomocy na co bezpośredni wpływ będzie miał rozwój systemu kształcenia kadry pomocy i integracji społecznej oraz pozostałych służb funkcjonujących w obszarze polityki społecznej.

Istotne znaczenie ma również rozwój ekonomii społecznej. Potencjał, jaki tkwi w sektorze gospodarki społecznej sprzyja wzrostowi zatrudnienia przeciwdziałając tym samym ubóstwu osób i rodzin z grup defaworyzowanych na rynku pracy, w tym osób niepełnosprawnych.

Realizacja Programu powinna spowodować wzmocnienie rodziny w wypełnianiu jej funkcji oraz zmniejszenie liczby rodzin i środowisk dysfunkcyjnych. Istotnym zagadnieniem będzie także zmniejszenie różnic w poziomie życia dzieci i młodzieży m. in. za pomocą rozbudzenia potrzeb i aspiracji edukacyjnych oraz życiowych.

Realizacja celów zawartych w niniejszym Programie przyczyni się w sposób bezpośredni lub pośredni do stworzenia warunków dla szeroko rozumianej integracji społecznej i zawodowej dla osób, rodzin i środowisk, które własnym staraniem nie są w stanie przezwyciężyć trudnej sytuacji życiowej w jakiej się znalazły. Tym samym umożliwi to poprawę warunków życia w naszym regionie.

## **11. Ewaluacja**

Skuteczność realizacji niniejszego Programu w dużej mierze uzależniona jest od jego monitorowania i dokonywania ocen i analiz następujących kwestii:

- **odpowiedniość (adekwatność):** do jakiego stopnia cele programu są odpowiednie do zmieniających się potrzeb i priorytetów na poziomie wojewódzkim?
- **efektywność:** w jaki sposób zasoby (wkład) zostały przetworzone na wyniki i rezultaty?
- **skuteczność:** do jakiego stopnia program przyczynił się do osiągnięcia jego szczegółowych i ogólnych celów?
- **użyteczność:** czy program przyczynił się do zaspokojenia potrzeb grup docelowych lub społecznych?
- **trwałość:** jakie są szanse, że zmiany (lub wytworzone dobra) będą trwałe po zakończeniu programu?

#### **IV. Podsumowanie**

Cele i zadania zawarte w *Wojewódzkim Programie Pomocy i Integracji Społecznej na lata 2010 - 2015* umożliwiają polepszenie warunków życia w województwie opolskim, a tym samym pełniejszą integrację ze społeczeństwem osób, rodzin i środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym bądź wykluczonych społecznie, w tym osób niepełnosprawnych.

Poprzez wzmocnienie roli rodziny, poprawę sytuacji dzieci, młodzieży i osób starszych i niepełnosprawnych a także rozwój nowych form zatrudnienia województwo ma szansę być regionem, w którym będzie żyło się lepiej a tym samym może stać się atrakcyjnym w skali kraju miejscem do zamieszkania.

Istotne znaczenie w osiągnięciu powyższych zamierzeń ma stałe doskonalenie kadry pomocy i integracji społecznej, gdyż jedynie dobrze wykształcona i profesjonalnie przygotowana kadra jest w stanie sprostać potrzebom i wymaganiom współczesności.

Dodatkowym celem niniejszego Programu jest pobudzenie aktywności społeczności lokalnych, stanowiących podstawę społeczeństwa obywatelskiego.

Wsparcie instytucji i partnerów społecznych działających w obszarze pomocy i integracji społecznej poprawi skuteczność funkcjonowania tych podmiotów a tym samym zwiększy efektywność oferty pomocowej.

Zawarte w Programie działania korespondują z rozwiązaniami obowiązującymi w Unii Europejskiej, gdzie zasada pomocniczości uważana jest za jeden z głównych elementów kreujących nowoczesną politykę społeczną.

Powodzenie w realizacji Programu uwarunkowane jest w dużej mierze szeroką, merytoryczną współpracą wszystkich instytucji działających na rzecz osób potrzebujących wsparcia, jak również funkcjonujących organizacji pozarządowych, wspólnot lokalnych i grup wolontariuszy.

**Wojewódzki program  
profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych  
dla województwa opolskiego  
na lata 2010 – 2015**

**OPOLE, WRZESIEŃ 2009 ROK**

## 1. Wprowadzenie

Podstawowym aktem prawnym, który w sposób kompleksowy reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych jest ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zgodnie z postanowieniami art. 4 ust. 1 w/w ustawy, samorząd województwa realizuje zadania dotyczące problematyki alkoholowej „w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej”.

Zakłada się, że szczegółowy zakres merytoryczny działań, ich częstotliwość i formy realizacji wynikać będą zarówno z potrzeb oraz priorytetów w zakresie profilaktyki, rozwiązywania problemów alkoholowych, jak i z możliwości finansowych budżetu województwa opolskiego.

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

- ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
- ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
- ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

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

Działania samorządu województwa w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych winny cechować się elastycznością, bowiem „*Różnorodne problemy wymagają stosowania różnych kombinacji środków zaradczych (...) To, co jest właściwe i do przyjęcia w danym miejscu i czasie, może okazać się nieodpowiednie lub niewykonalne w innej sytuacji*”<sup>1</sup>.

Przyjmuje się, że grupy ryzyka w zakresie związanym z problemami alkoholowymi będą głównymi beneficjentami ostatecznymi wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

## 2. Zakłady lecznictwa odwykowego (alkoholowego) w województwie opolskim, których dotyczą umowy z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia obejmujące 2008 r.<sup>2</sup>

- 2.1. Powiat głubczycki – 2 poradnie leczenia uzależnień
- 2.2. Powiat krapkowicki – 2 poradnie leczenia uzależnień
- 2.3. Powiat namysłowski – 1 poradnia leczenia uzależnień
- 2.4. Powiat brzeski – 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 2.5. Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 3 poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia

<sup>1</sup> Opracowanie zbiorowe, *Polityka wobec alkoholu i dobro publiczne*, W-wa 1995, s. 2.

<sup>2</sup> Zestawienie oparte na danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Nazwy jednostek lecznictwa odwykowego podane są w oparciu o nomenklaturę NFZ.

- 2.6. Powiat kluczborski – 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 2.7. Powiat krapkowicki – 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 2.8. Powiat namysłowski – 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 2.9. Powiat nyski – 2 poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 2.10. Powiat oleski – 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 2.11. Powiat opolski i miasto Opole – 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia<sup>3</sup>
- 2.12. Powiat prudnicki – 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 2.13. Powiat strzelecki – 1 poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 2.14. Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (popularnie określany jako oddział detoksykacyjny) w Samodzielnym Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Księdza Biskupa Józefa Nathana w Branicach
- 2.15. Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (popularnie określany jako oddział detoksykacyjny) w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych
- 2.16. Oddział terapii uzależnienia od alkoholu w Samodzielnym Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Księdza Biskupa Józefa Nathana w Branicach
- 2.17. Oddział terapii uzależnienia od alkoholu w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych
- 2.18. Oddział dzienny terapii uzależnień od alkoholu – kontraktowanie od 2009 r. przez Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dormed w Nysie

### 3. Rynek napojów alkoholowych w województwie opolskim

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

<sup>3</sup> Jest to poradnia wchodząca w skład funkcjonującego w Opolu Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia będącego częścią Ośrodka Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych.

*i zaburzeń, przy czym prawdopodobieństwo to rośnie wraz ze wzrostem spożywanej ilości alkoholu”<sup>4</sup>.*

Z profilaktycznego i zdrowotnego punktu widzenia korzystniejsze są takie ceny napojów alkoholowych, które preferują napoje nisko procentowe, np. piwo. Także wahania cen napojów alkoholowych mają wpływ na wielkość ich konsumpcji. Zmniejszenie cen napojów spirytusowych wpływa na większą ich konsumpcję, co będzie miało związek z większą ilością szkód, wpływ ten w przypadku niektórych szkód – np. części szkód zdrowotnych - będzie odroczone w czasie.

**Tabela 1 Dynamika sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 1999 – 2007 (1999 r. = 100%)**

Rok	Sprzedaż detaliczna napojów alkoholowych (w ml zł)	Dynamika sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych (w %)
1999	139,5	100
2000	119,8	85,9
2001	108,7	77,9
2002	103,4	74,1
2003	94,1	67,5
2004	97,5	69,9
2005	98,0	70,3
2006	102,5	73,5
2007	96,0	68,8

Zródło : dane GUS

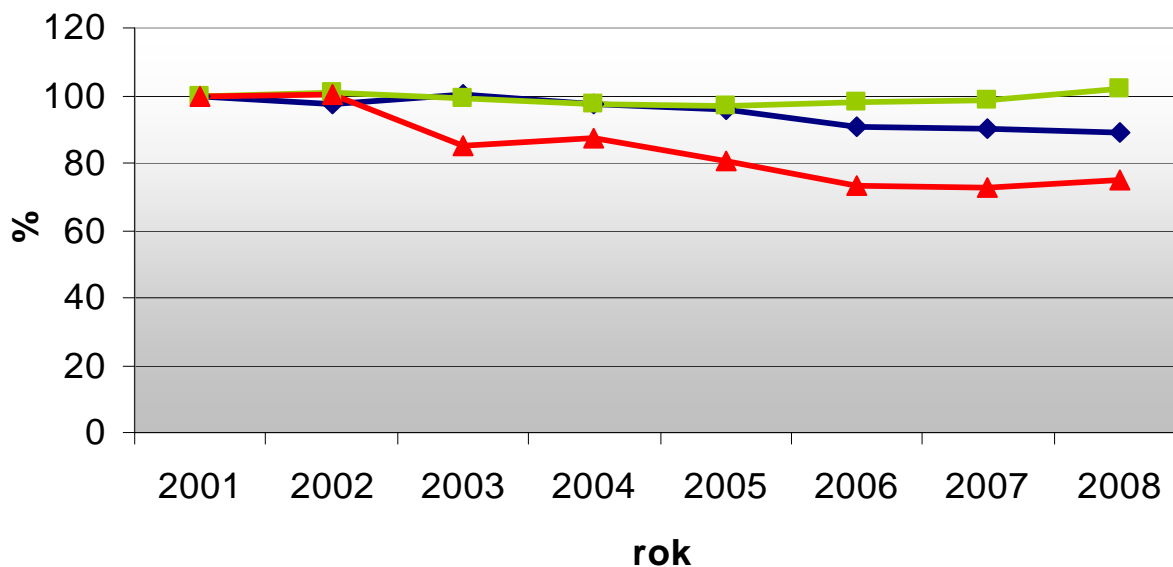
**Tabela 2 Dynamika przeciętnych cen detalicznych wybranych towarów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2001 – 2008 (2001 r. = 100%)**

Rok	Rodzaj towaru		
	Wino białe gronowe, wytrawne 0,75l	Piwo jasne pełne 12,5% ekstraktu wagowego, butelka 0,5l	Wódka czysta Polonaise – Vodka 40% 0,5l
	Dynamika cen w %		
2001	100	100	100
2002	97,2	101,1	100,5
2003	100,1	99,2	84,8
2004	97,2	97,3	87,6
2005	95,7	96,9	80,3
2006	90,6	98,1	73,2
2007	89,9	98,5	72,8
2008	89,0	101,9	74,7

<sup>4</sup> Peter Anderson, Ben Baumberg, Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego przedłożony Komisji Europejskiej. Instytut Badań nad Alkoholem Wielka Brytania czerwiec 2006, wydanie polskie Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007, s. 12.



**Wykres 1 Dynamika przeciętnych cen detalicznych wybranych towarów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2001 – 2008**



- ◆ Wino białe gronowe, wytrawne 0,75l
- Piwo jasne pełne 12,5% ekstraktu wagowego, butelka 0,5l
- ▲ Wódka czysta Polonaise – Vodka 40% 0,5l

Źródło: dane z tabeli 2

**Tabela 3 Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2006 - 2008 (wg danych PARPA)**

Rok	Ogółem	Liczba punktów z napojami alkoholowymi przeznaczonymi do spożycia								1.	2.
		Poza miejscem sprzedaży				W miejscu sprzedaży					
		Razem	Wg zawartości alkoholu			Razem	Wg zawartości alkoholu				
			Do 4,5%	Do 18%	Pow. 18 %		Do 4,5%	Do 18%	Pow. 18%		
2006	4 854	3 226	2 333	1 828	1 536	1 628	1 184	623	898	215	428
2007	5 209	3 410	2 300	1 863	1 586	1 799	1 183	634	886	200	420
2008	5 210	3 323	2 281	1 821	1 573	1 887	1 231	686	992	200	420

Objaśnienia do tabeli :

1. Liczba mieszkańców w województwie opolskim przypadająca w danym roku na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych ogółem.
2. Liczba mieszkańców w województwie opolskim przypadająca w danym roku na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości powyżej 18%.

## 4. Diagnoza problemy alkoholowe

### 4.1. Osoby uzależnione od alkoholu

Według szacunków dotyczących Europy odsetek osób uzależnionych od alkoholu w przypadku kobiet wynosi ok. 1%, a przypadku mężczyzn 5%<sup>5</sup>. Dla województwa opolskiego 1% kobiet to ok. **5.340** osób, a 5% mężczyzn to ok. **24.950** osób.

Według danych Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w województwie opolskim w ambulatoryjnych jednostkach leczenia odwykowego oraz w poradniach zdrowia psychicznego rozpoznano następujące liczby przypadków zespołu uzależnienia od alkoholu (F10.2 według ICD10) :

**Tabela 4 Rozpoznania zespołu uzależnienia od alkoholu (F10.2) w ambulatoryjnych jednostkach leczenia odwykowego oraz w poradniach zdrowia psychicznego**

Rok	Rozpoznania F10.2 w ambulatoryjnych jednostkach leczenia odwykowego oraz w poradniach zdrowia psychicznego		Rozpoznania F10.2 w poradniach zdrowia psychicznego		Odsetek rozpoznań F10.2 w poradniach zdrowia psychicznego w stosunku do ogółu (w %)
	Liczba osób	Dynamika (w %)	Liczba osób	Dynamika (w %)	
2006	2 929	100	1 024	100	35,0
2007	3 449	117,8	1 241	121,2	36,0
2008	4 506	153,8	1 529	149,3	33,9

Z powyższych danych wynika, że zwiększa się liczba rozpoznań zespołu uzależnienia od alkoholu zarówno w jednostkach leczenia odwykowego jak i w poradniach zdrowia psychicznego. Trudno jednoznacznie stwierdzić, co jest powodem takiej sytuacji, być może większa liczba rozpoznań wynika z częstszego zgłaszania się o pomoc medyczną osób z problemem alkoholowym.

Zwraca uwagę znaczący odsetek rozpoznań zespołu uzależnienia od alkoholu w poradniach zdrowia psychicznego. Istotne jest, co dzieje się dalej z pacjentami poradni zdrowia psychicznego, u których rozpoznano zespół uzależnienia od alkoholu, najkorzystniejsze byłoby rozpoczęcie terapii w jednostkach leczenia odwykowego.

<sup>5</sup> Szacunek na podstawie: Anderson Peter, Baumberg Ben, op.cit., s. 69; *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie opolskim w 2008 r.*, Urząd Statystyczny w Opolu, Opole czerwiec 2009 r., s. 12.;

Także Opolski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia gromadzi i przetwarza dane odnoszące się do leczenia odwykowego, przedstawiają się one następująco :

**Tabela 5 Osoby leczone ambulatoryjnie w lecznictwie odwykowym województwa opolskiego w latach 2004 – 2008**

Rok	Osoby leczone ambulatoryjnie w lecznictwie odwykowym		Nakłady na leczenie ambulatoryjne	
	Liczba osób	Dynamika (w %)	Wartość (w zł)	Dynamika (w %)
2004	3 485	100	1 278 245	100
2005	3 680	105,6	1 513 160	118,4
2006	3 820	109,6	1 767 658	138,3
2007	4 257	122,2	1 995 915	156,1
2008	4 478	128,5	3 145 388	246,1

Źródło: OOW NFZ

**Tabela 6 Osoby leczone stacjonarnie w lecznictwie odwykowym województwa opolskiego w latach 2004 – 2008**

Rok	Osoby leczone stacjonarnie w lecznictwie odwykowym		Nakłady na leczenie stacjonarne	
	Liczba osób	Dynamika (w %)	Wartość (w zł)	Dynamika (w %)
2004	1 569	100	3 429 379	100
2005	1 647	105,0	3 670 879	107,0
2006	1 718	109,5	3 876 625	113,0
2007	1 666	106,2	4 286 478	125,0
2008	1 738	110,8	5 390 147	157,2

Źródło: OOW NFZ

**Tabela 7 Nakłady finansowe na leczenie ambulatoryjne pacjentów spoza województwa opolskiego w latach 2004 - 2008**

Rok	Nakłady na leczenie ambulatoryjne pacjentów spoza województwa (w zł)	Dynamika (w %)	Odsetek nakładów na leczenie ambulatoryjne pacjentów spoza województwa w stosunku do ogółu nakładów (w %)
2004	18 992	100	1,5
2005	23 881	125,7	1,6
2006	20 363	107,2	1,2
2007	47 854	252,0	2,4
2008	129 527	682,0	4,1

Źródło: OOW NFZ

**Tabela 8 Nakłady finansowe na leczenie stacjonarne pacjentów spoza województwa opolskiego w latach 2004 – 2008**

Rok	Nakłady na leczenie stacjonarne pacjentów spoza województwa w zł)	Dynamika (w %)	Odsetek nakładów na leczenie stacjonarne pacjentów spoza województwa w stosunku do ogółu nakładów (w %)
2004	903 107	100,0	26,3
2005	1 252 717	138,7	34,1
2006	1 456 093	161,2	37,6
2007	1 573 521	174,2	36,7
2008	1 898 436	210,2	35,2

Zródło: OOW NFZ

Uszkodzenia wątroby spowodowane alkoholem uznawane są za jeden ze wskaźników problemów zdrowotnych powodowanych przez alkohol. Zagadnienie to w województwie opolskim przedstawia się następująco według danych z Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego :

**Tabela 9 Osoby hospitalizowane z powodu alkoholowej choroby wątroby oraz zwłóknienia i marskości wątroby**

Rok	Liczba hospitalizacji mieszkańców województwa opolskiego w szpitalach województwa opolskiego z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70)	Liczba hospitalizacji mieszkańców województwa opolskiego w szpitalach województwa opolskiego z powodu zwłóknienia i marskości wątroby (K74)
2004	160	210
2005	195	273
2006	202	359
2007	209	332
2008	254	223

Zródło : OCZP

Znaczący wzrost w 2008 r. hospitalizacji z powodu alkoholowej choroby wątroby może wynikać np. z przepływów między powodami hospitalizacji lub być odroczonym w czasie zdrowotnym skutkiem spadku cen napojów spirytusowych od 2003 r.

**Tabela 10 Osoby uzależnione, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym na terenie województwa opolskiego w latach 2006 – 2008**

Rok	Liczba osób uzależnionych, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym
2006	3 504
2007	5 775
2008	5 135

## 4.2. Osoby nadużywające alkoholu – pijące ryzykownie lub szkodliwie

Według badań przeprowadzonych w 2008 r. na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (dalej PARPA) 3,7% Polek oraz 13,9% Polaków to osoby pijące ryzykownie lub szkodliwie. Oznacza to, że w województwie opolskim jest szacunkowo ok. **19.760** kobiet oraz ok. **69.370** mężczyzn pijących ryzykownie lub szkodliwie napoje alkoholowe. Przyjmuje się, że do grupy ryzyka zalicza się mężczyzn konsumujących rocznie powyżej 10 litrów czystego alkoholu oraz kobiety konsumujące rocznie powyżej 7,5 litra czystego alkoholu<sup>6</sup>.

Sytuacja taka oznacza, że w związku z nadużywaniem alkoholu bez cech uzależnienia, należy spodziewać się zwiększonej liczby szkód zdrowotnych wynikających między innymi z urazów mających związek z alkoholem oraz z długotrwałej ekspozycji na duże dawki alkoholu. Powoduje to, w przypadku pacjentów nadużywających alkoholu, a także uzależnionych od alkoholu, zwiększone koszty w wielu obszarach ochrony zdrowia, bowiem jak już wcześniej wskazano „*Alkohol jest narkotykiem powodującym uzależnienie. Niezależnie od tego jest przyczyną 60 różnego typu chorób (...) Dla większości chorób i zaburzeń działanie alkoholu jest proporcjonalne do wielkości przyjętej dawki*”<sup>7</sup>.

## 4.3. Osoby dorosłe żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholików

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

W przypadku wielu dorosłych osób żyjących w najbliższym otoczeniu alkoholików „*Życie w długotrwałym stresie emocjonalnym pozostawia ślady, a nawet sieje spustoszenie. Efektem takiego życia może być nerwica lub izolowane objawy psychosomatyczne ze strony różnych układów (ból głowy, kłopoty mięśniowe, kłopoty żołądkowe, zaburzenia krążenia i niepokojące objawy ze strony serca), sytuacja taka tworzy okazję do sięgnięcia po środki uspokajające, nasenne, przeciwbólowe. W tym też do sięgnięcia po alkohol. Wszystkie te środki mogą stać się substancją własnego uzależnienia*”<sup>8</sup>.

Według szacunków PARPA osoby dorosłe żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholików stanowią ok. 4% populacji. W przypadku województwa opolskiego byłoby to ok. **41.320** osób<sup>9</sup>. Znaczną część z tego stanowią osoby dorosłe generujące koszty w różnych obszarach ochrony zdrowia wynikające ze szkód zdrowotnych powstałych w związku z uszkadzającym wpływem funkcjonowania w najbliższym otoczeniu alkoholika.

<sup>6</sup> Szacunek na podstawie : *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2008 r.* na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przez CBOS w Warszawie, opracowanie: Marek Fudała, Warszawa 2008; *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie opolskim w 2008 r.*, Urząd Statystyczny w Opolu, Opole czerwiec 2009 r., s. 12.

<sup>7</sup> Peter Anderson, Ben Bamberg, *Alkohol w Europie : perspektywa zdrowia publicznego. Raport dla Komisji Europejskiej – Podsumowanie*, w : *Alkoholizm i Narkomania*, Rok 2006, tom 19, nr 2, s.125.

<sup>8</sup> Wanda Sztander, *Poza kontrolą*, W-wa 1992, s.40.

<sup>9</sup> Szacunek na podstawie : [www.parpa.gov.pl](http://www.parpa.gov.pl) – *Statystyki – Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych; Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie opolskim w 2008 r.*, Urząd Statystyczny w Opolu, Opole czerwiec 2009 r., s. 12.

Należy zaznaczyć, że tylko część z zarejestrowanych w ambulatoryjnych jednostkach leczenia odwykowego osób żyjących w najbliższym otoczeniu alkoholików, korzysta z rozbudowanych i kompleksowych programów terapeutycznych. Jest to konsekwencją umów zawartych z OOW NFZ, które nie zawsze dają możliwości finansowania realizacji kompleksowych świadczeń zdrowotnych dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu. Ograniczenie zasięgu pomocy terapeutycznej dla osób żyjących w najbliższym otoczeniu alkoholików nie tylko powoduje dodatkowe koszty w ochronie zdrowia, ale również np. wzmacnia dysfunkcję rodzin, utrudnia przystosowanie się do zmieniających się warunków na rynku pracy lub wpływa na ponoszenie poważnych strat rozwojowych przez dzieci.

**Tabela 11 Liczba dorosłych członków rodzin osób z problemem alkoholowym, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym na terenie województwa opolskiego w latach 2006 - 2008**

Rok	Liczba dorosłych członków rodzin osób z problemem alkoholowym, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym
2006	2 481
2007	3 914
2008	2 693

Źródło: dane PARPA

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

#### 4.4. Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym

Życie dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym powoduje poważne straty emocjonalne i rozwojowe. Według szacunków PARPA dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych stanowią ok. 4% populacji - w województwie opolskim stanowi to ok. **41.320** osób.

Wychowywanie się w rodzinie z problemem alkoholowym „może wyrzucić poważny negatywny wpływ na rozwój dziecka (...) Podobnie jak żołnierze przeżywający stres na polu bitwy, dzieci alkoholików żyją w stresie przekraczającym granice zwykłego ludzkiego doświadczenia”<sup>10</sup>. Dla dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym „Choroba rodziców staje się główną siłą nadającą kierunek ich życiu, które zaczyna się obracać wokół problemu alkoholowego ojca czy matki”<sup>11</sup>.

Należy podkreślić, że dysfunkcje powstałe w przypadku dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych przenoszone są następnie w dorosłe życie jako tzw. syndrom DDA (Dorosłego Dziecka Alkoholika). Mamy więc do czynienia z sytuacją, w której wychowywanie się w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu

<sup>10</sup> Bryan E. Robinson, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, W-wa 1998, s.53.

<sup>11</sup> J. w.

oraz brak pomocy psychologicznej, czy terapeutycznej w dzieciństwie, mogą skutkować dysfunkcjami w sferze emocjonalnej i psychicznej w trakcie dorosłego życia. Według opinii profesjonalistki „*Wiele dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych doznaje poważnej krzywdy. Dzieci te nie mogą zmienić swojej sytuacji. Ich cierpienie nie kończy się na doświadczeniach przeżywanych w rodzinie. Niektóre z nich odnoszą niepowodzenia szkolne i w kontaktach z rówieśnikami. Skutki krzywdy doświadczonej w dzieciństwie mogą się rozciągać na ich dalsze życie. Część z tych dzieci jest predysponowana do powtórzenia losu swoich rodziców*”<sup>12</sup>.

**Tabela 12 Liczba dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym na terenie województwa opolskiego w latach 2006 – 2008**

Rok	Liczba dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym
2006	654
2007	940
2008	631

Zródło: dane PARPA

#### 4.5. Alkoholowa dysfunkcja rodziny

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

**Tabela 13 Rozwody na terenie województwa opolskiego w latach 1999 – 2008**

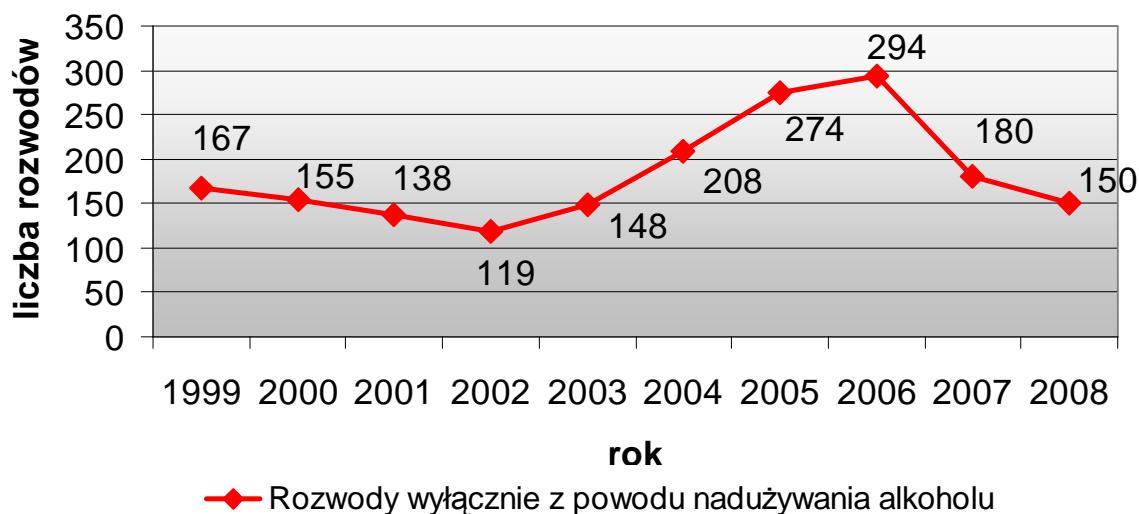
Rok	Rozwody		
	Ogółem	Wyłącznie z powodu nadużywania alkoholu	Z powodu nadużywania alkoholu łącznie z innymi przyczynami
1999	1 098	167	114
2000	1 257	155	132
2001	1 347	138	130
2002	1 122	119	103
2003	1 349	148	121
2004	1 538	208	109

<sup>12</sup> Aleksandra Karasowska, *Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej*, w: *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, Nr 8/2004, s. 17.

2005	1 848	274	212
2006	2 091	294	147
2007	1 870	180	200
2008	1 694	150	151

Źródło : dane GUS

**Wykres 2 Rozwody na terenie województwa opolskiego z powodu nadużywania alkoholu w latach 1999 – 2008**



Źródło: dane z tabeli 13

**Tabela 14 Dynamika rozwodów wyłącznie z powodu nadużywania alkoholu (w %) na terenie województwa opolskiego w latach 1999 – 2008 (1999 r. - 100%)**

Rok	Rozwody wyłącznie z powodu nadużywania alkoholu	Dynamika rozwodów wyłącznie z powodu nadużywania alkoholu (w %)
1999	167	100
2000	155	92,8
2001	138	82,6
2002	119	71,3
2003	148	88,6
2004	208	124,6
2005	274	164,1
2006	294	176,0
2007	180	107,8
2008	150	89,8

Źródło : dane GUS



#### 4.6. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania alkoholu i innych środków psychoaktywnych

„Używanie substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, takich jak napoje alkoholowe czy tytoń, jak i nielegalnych, takich jak narkotyki, niesie ze sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych. Ryzyko to jest szczególnie duże, gdy sięgają po nie ludzie bardzo młodzi, nie świadomi tego, co może im grozić”<sup>13</sup>.

W niniejszym programie przyjmuje się, że grupą ryzyka wśród młodzieży w zakresie używania alkoholu, a także narkotyków i tytoniu jest ta część młodych ludzi, która sięga po wymienione środki częściej niż przeciętny nastolatek, wymagając tym samym pomocy psychologicznej i/lub terapeutycznej.

Według badań „*Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną w województwie opolskim*”<sup>14</sup> wykonanych w 2007 roku na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego 37% dziewcząt i 45% chłopców w wieku 15-16 lat upiło się co najmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W przypadku młodzieży w wieku 17-18 lat w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem w 2007 r. upiło się 55% dziewcząt i 60% chłopców. Powyższe zjawisko ilustruje dodatkowo tabela sporządzona w oparciu o wyniki badań z lat 1999, 2005 i 2007<sup>15</sup>:

**Tabela 15 Upijanie się młodzieży w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem ankietowym**

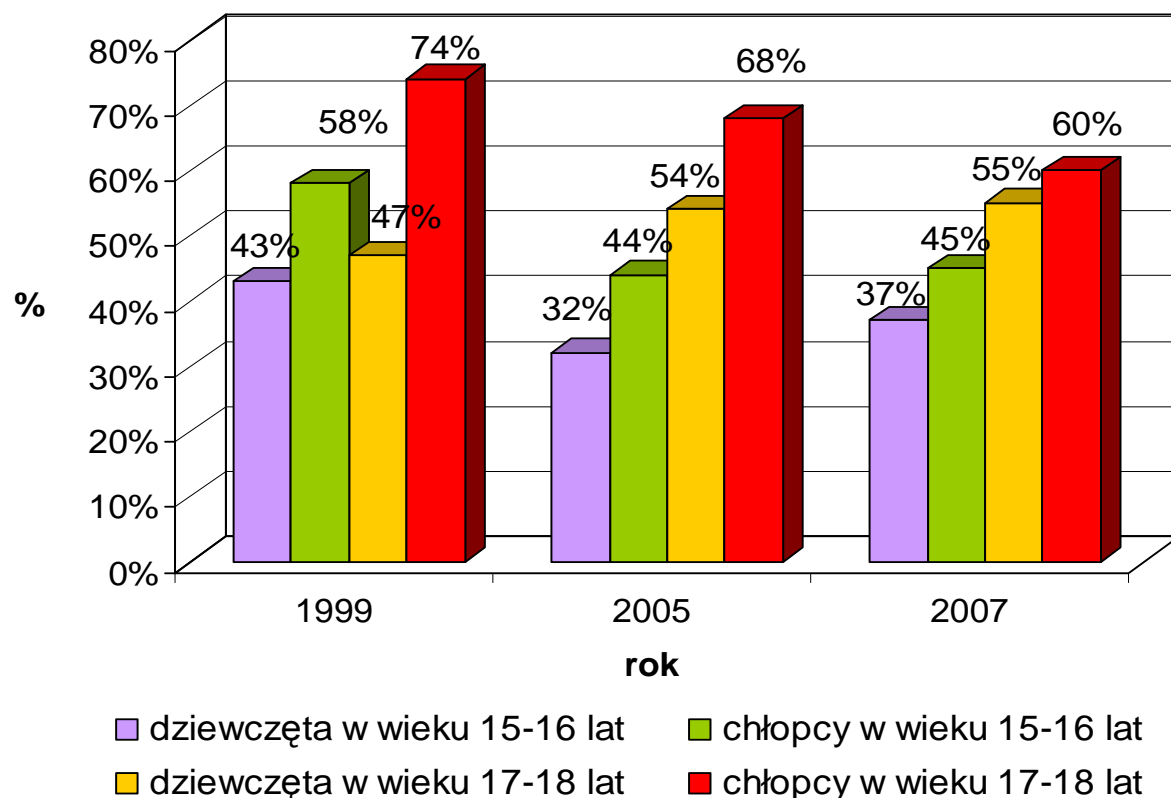
Rok	Klasy szkolne (% odpowiedzi pozytywnych)			
	Młodzież w wieku 15-16 lat		Młodzież w wieku 17-18 lat	
	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy
1999	43%	58%	47%	74%
2005	32%	44%	54%	68%
2007	37%	45%	55%	60%

<sup>13</sup> Barbara Fatyga, Janusz Sierosławski, Antoni Zieliński, Przemysław Zieliński, *Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych*, W-wa 1999, s. 89.

<sup>14</sup> „*Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną w województwie opolskim*, Sopot – Warszawa, wrzesień 2007 r.

<sup>15</sup> Janusz Sierosławski, Antoni Zieliński, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków. Raport z badań w województwie opolskim*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1999 r.; Janusz Sierosławski, Piotr Jabłoński, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2005 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005 r.; *Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną w województwie opolskim. Raport z badania*, Sopot – Warszawa, wrzesień 2007 r.

**Wykres 3 Upijanie się młodzieży w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem ankietowym**



Źródło: dane z tabeli 15.

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

W związku z częstym używaniem przez te same młode osoby zarówno alkoholu, narkotyków jak i tytoniu - należy założyć, że znaczna część osób zalicza się do grup ryzyka pod względem używania więcej niż jednej z w/w substancji. Należy również podkreślić, że w przypadku młodych osób używanie jednego ze środków psychoaktywnych – tytoniu, alkoholu lub narkotyków – sprzyja używaniu pozostałych. *„Jednym z ważnych powodów skłaniających do zainteresowania się problemem picia alkoholu przez młodzież jest bliski związek tego zjawiska z używaniem innych środków psychoaktywnych. Istnieją poważne dowody na to, że picie alkoholu często poprzedza sięganie po narkotyki. Niektórzy badacze dowodzili nawet, opierając się na badaniach podłużnych, że picie alkoholu »toruje drogę« do używania nielegalnych substancji psychoaktywnych”<sup>16</sup>.*

<sup>16</sup> Opracowanie zbiorowe, *Alkohol i młodzież*, Warszawa 2003, s.19.

Dla rozwijania profilaktyki wobec tak trudnego odbiorcy jak młodzi ludzie, istotna jest potrzeba i zamiar rozwijania takiego czynnika chroniącego jakim są relacje młodych ludzi z konstruktywnymi rówieśnikami akceptującymi normy, posiadającymi aspiracje edukacyjne oraz prospołeczne<sup>17</sup>. Jest to potrzebne między innymi dla zredukowania szkodliwego wpływu błędnych przekonań normatywnych wśród młodzieży. Tzn. przekonania o powszechności lub dużej skali używania środków psychoaktywnych.

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

Według przytaczanych wyżej badań z 1999 r.<sup>18</sup> palenie papierosów wśród młodzieży szkół ponadpodstawowych województwa opolskiego przedstawiało się następująco :

**Tabela 16 Palenie papierosów młodzieży szkół ponadpodstawowych w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 1999 r.**

Ilość wypalanych papierosów	Klasy szkolne (% odpowiedzi pozytywnych)			
	Klasa pierwsza (15-16 lat)		Klasa trzecia (17-18 lat)	
	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy
Palenie 1-5 papierosów dziennie	<b>10,8%</b>	<b>13,9%</b>	<b>12,4%</b>	<b>14,0%</b>
Palenie 6-10 papierosów dziennie	<b>6,7%</b>	<b>9,3%</b>	<b>5,2%</b>	<b>15,4%</b>
Palenie 11-20 papierosów dziennie	<b>2,1%</b>	<b>5,3%</b>	<b>2,2%</b>	<b>6,3%</b>
Palenie więcej niż 20 papierosów dziennie	<b>2,3%</b>	<b>2,9%</b>	<b>0,5%</b>	<b>2,1%</b>
<i>Razem palenie 1 i więcej niż 1 papierosa dziennie</i>	<b>21,9%</b>	<b>31,4%</b>	<b>20,3%</b>	<b>37,8%</b>

Na podstawie powyższych danych można na potrzeby niniejszego opracowania przyjąć, że w 1999 r. województwie opolskim od **20,3%** do **21,9%** dziewcząt oraz od **31,4%** do **37,8%** chłopców w wieku 15-18 lat używało tytoniu w sposób nałogowy lub na progu uzależnienia.

Podczas podobnych badań przeprowadzonych w województwie opolskim w 2005 r. uzyskano następujące wyniki dotyczące palenia papierosów przez młodzież<sup>19</sup> :

<sup>17</sup> „Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006, opr. zbiorowe, W-wa 2008, s. 39.

<sup>18</sup> Janusz Sierostawski, Antoni Zieliński, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków. Raport z badań w województwie opolskim*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1999 r.

**Tabela 17 Palenie papierosów przez młodzież gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 2005r.**

Ilość wypalanych papierosów	Klasy szkolne (% odpowiedzi pozytywnych)			
	Klasa trzecia gimnazjum (15-16 lat)		Klasa druga szkoła ponadgimnazjalna (17-18 lat)	
	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy
Palenie 1-5 papierosów dziennie	<b>7,8%</b>	<b>7,0%</b>	<b>15,6%</b>	<b>9,4%</b>
Palenie 6-10 papierosów dziennie	<b>3,8%</b>	<b>4,3%</b>	<b>8,7%</b>	<b>13,6%</b>
Palenie 11-20 papierosów dziennie	<b>1,1%</b>	<b>3,3%</b>	<b>4,9%</b>	<b>5,8%</b>
Palenie więcej niż 20 papierosów dziennie	<b>0,3%</b>	<b>2,1%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,4%</b>
<i>Razem palenie 1 i więcej niż 1 papierosa dziennie</i>	<b>13,0%</b>	<b>16,7%</b>	<b>31,2%</b>	<b>31,2%</b>

Na podstawie powyższych danych można na potrzeby niniejszego opracowania przyjąć, że w 2005 r. w województwie opolskim od **13%** do **17%** młodzieży w wieku 15/16 lat oraz ok. **31%** młodzieży w wieku 17/18 lat używało tytoniu w sposób nałogowy lub na progu uzależnienia.

Palenie tytoniu przez młodzież w świetle badań z 2007 r. przedstawia się następująco :

**Tabela 18 Palenie papierosów przez młodzież gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 2007r.<sup>20</sup>**

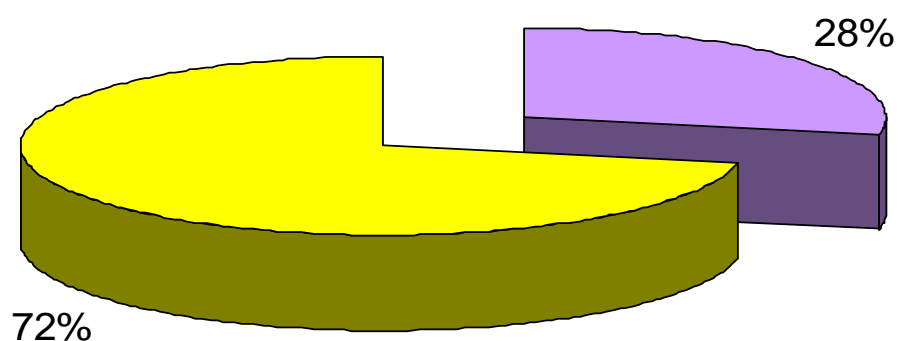
Ilość wypalanych papierosów	Klasy szkolne (% odpowiedzi pozytywnych)			
	Klasa trzecia gimnazjum (15-16 lat)		Klasa druga szkoła ponadgimnazjalna (17-18 lat)	
	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy
Palenie 1-5 papierosów dziennie	<b>6%</b>	<b>7%</b>	<b>13%</b>	<b>14%</b>
Palenie 6-10 papierosów dziennie	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>

<sup>19</sup> Janusz Sierosławski, Piotr Jabłoński, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2005 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.

<sup>20</sup> *Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną w województwie opolskim. Raport z badań*, Sopot – Warszawa, wrzesień 2007 r.

Palenie 11-20 papierosów dziennie	2%	4%	3%	10 %
Palenie więcej niż 20 papierosów dziennie	2%	5%	2%	5 %
<i>Razem palenie 1 i więcej niż 1 papierosa dziennie</i>	<b>13%</b>	<b>20%</b>	<b>28%</b>	<b>39%</b>

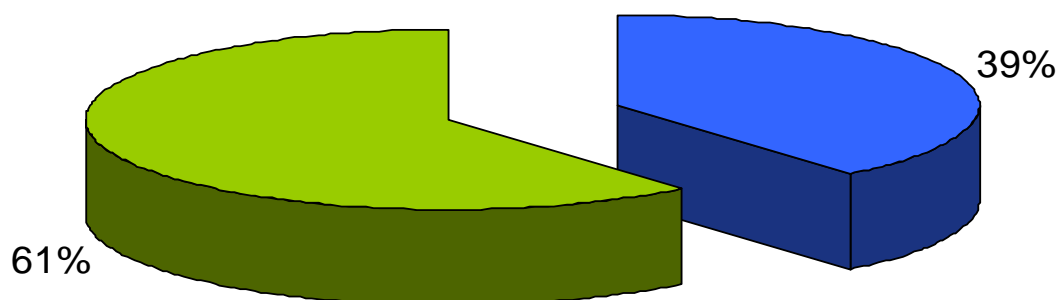
**Wykres 4 Palenie papierosów przez dziewczęta w wieku 17-18 lat w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 2007 roku**



- Dziewczęta palące 1 i więcej niż 1 papierosa dziennie w wieku 17-18 lat
- Pozostałe dziewczęta

Źródło: Dane z tabeli 18.

**Wykres 5 Palenie papierosów przez chłopców w wieku 17-18 lat w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 2007 roku**



- Chłopcy palący 1 i więcej niż 1 papierosa dziennie w wieku 17-18 lat
- Pozostali chłopcy

Źródło: Dane z tabeli 18.

Z powyżej przedstawionych danych wynika, że w 2007 roku w województwie opolskim od **13%** do **20%** młodzieży w wieku 15/16 lat oraz od **28%** do **39%** młodzieży w wieku 17/18 lat używało tytoniu w sposób nałogowy lub na progu uzależnienia. Wg stanu na dzień 31.12.2008 r. w województwie opolskim było 42.657<sup>21</sup> osób w wieku 16-18 lat. W zestawieniu z wynikami badań w zakresie palenia tytoniu - oznacza to, że kilkanaście tysięcy młodych ludzi pali papierosy regularnie i w dużych ilościach, tzn. nałogowo i przeniesie dotychczasowy nałogowy model używania tytoniu w swoje dorosłe życie.

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

#### **4.8. Alkohol a przestępstwa komunikacyjne i wypadki drogowe**

Policja w województwie opolskim ujawnia bardzo dużo nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego, według danych Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu liczby te przedstawiają się następująco :

**Tabela 19 Liczby podejrzanych o popełnienie przestępstwa drogowego**

<b>Rok</b>	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 178 a § 1 Kodeksu Karnego będących pod wpływem alkoholu (dot. kierowania pojazdem mechanicznym)	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 178 a § 2 Kodeksu Karnego będących pod wpływem alkoholu (dot. kierowania pojazdem niemechanicznym np. rowerem)
2003	<b>1 821</b>	<b>3 928</b>
2004	<b>1 955</b>	<b>3 736</b>
2005	<b>2 113</b>	<b>3 656</b>
2006	<b>2 027</b>	<b>3 415</b>
2007	<b>2 036</b>	<b>2 754</b>
2008	<b>2 041</b>	<b>2 799</b>

Biorąc pod uwagę, że policja kontroluje tylko nielicznych uczestników ruchu drogowego, powyższe dane oznaczają, iż po drogach porusza się znacznie więcej nietrzeźwych kierowców i rowerzystów stanowiących bardzo poważne zagrożenie dla zdrowia i życia. Alkohol ma swój udział w sytuacjach, w których dochodzi do wypadków drogowych, ilustrują to kolejne dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu :

**Tabela 20 Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa drogowego**

<sup>21</sup> *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie opolskim w 2008 r.*, Urząd Statystyczny w Opolu, Opole czerwiec 2009 r., s. 23.

<b>Rok</b>	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego ogółem (dot. spowodowania wypadku drogowego)	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego będących pod wpływem alkoholu (dot. spowodowania wypadku drogowego)
2003	<b>492</b>	<b>59</b> (12% ogółu)
2004	<b>453</b>	<b>48</b> (10,6% ogółu)
2005	<b>435</b>	<b>56</b> (12,9% ogółu)
2006	<b>369</b>	<b>39</b> (10,6% ogółu)
2007	<b>435</b>	<b>49</b> (11,3% ogółu)
2008	<b>410</b>	<b>39</b> (9,5% ogółu)

**Tabela 21 Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa drogowego**

<b>Rok</b>	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 2 Kodeksu Karnego ogółem (dot. spowodowania ciężkiego uszkodzenia ciała lub śmierci w następstwie wypadku drogowego)	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 2 Kodeksu Karnego będących pod wpływem alkoholu (dot. spowodowania ciężkiego uszkodzenia ciała lub śmierci w następstwie wypadku drogowego)
2003	<b>86</b>	<b>20</b> (23,3% ogółu)
2004	<b>90</b>	<b>12</b> (13,3% ogółu)
2005	<b>80</b>	<b>13</b> (16,3% ogółu)
2006	<b>73</b>	<b>13</b> (17,8% ogółu)
2007	<b>51</b>	<b>8</b> (15,7% ogółu)
2008	<b>74</b>	<b>11</b> (14,9% ogółu)

Znaczący był udział alkoholu w poważnych wypadkach drogowych w 2003 r. od 2004 r. zauważalny jest spadek tego wskaźnika, na ile jest to tendencja trwała pokażą następane lata.

#### **4.9. Alkohol a przestępczość pospolita**

Dane ilustrujące problem alkoholu w przestępczości pospolitej pochodzą z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu :

**Tabela 22 Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu**

<b>Rok</b>	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu ogółem	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu będących pod wpływem alkoholu
2003	<b>5 910</b>	<b>680</b> (11,5% ogółu)
2004	<b>6 088</b>	<b>728</b> (12% ogółu)
2005	<b>5 623</b>	<b>621</b> (11% ogółu)
2006	<b>3 503</b>	<b>548</b> (15,6% ogółu)
2007	<b>3 295</b>	<b>620</b> (18,8% ogółu)
2008	<b>3 140</b>	<b>628</b> (20,0% ogółu)

**Tabela 23 Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu**

Rok	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu ogółem	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu będących pod wpływem alkoholu
2003	<b>897</b>	<b>251</b> (28% ogółu)
2004	<b>1 007</b>	<b>253</b> (25,1% ogółu)
2005	<b>1 009</b>	<b>300</b> (29,7% ogółu)
2006	<b>911</b>	<b>245</b> (26,9% ogółu)
2007	<b>1 050</b>	<b>289</b> (27,5% ogółu)
2008	<b>953</b>	<b>281</b> (29,5% ogółu)

**Tabela 24 Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko wolności seksualnej**

Rok	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko wolności seksualnej ogółem	Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko wolności seksualnej będących pod wpływem alkoholu
2003	<b>93</b>	<b>21</b> (22,6% ogółu)
2004	<b>83</b>	<b>24</b> (29% ogółu)
2005	<b>66</b>	<b>11</b> (16,7% ogółu)
2006	<b>77</b>	<b>22</b> (28,6% ogółu)
2007	<b>86</b>	<b>19</b> (22,1% ogółu)
2008	<b>81</b>	<b>16</b> (19,8% ogółu )

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

#### 4.10. Alkohol a dysfunkcja rodziny i ubóstwo

Statystyki w zakresie udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i w usługach - wskazują na powód udzielenia pomocy, jednym z tych powodów jest „alkoholizm”, a kolejnym od 2004 r. „przemoc domowa”. Statystyka ta według danych z systemu pomocy społecznej przedstawia się następująco :

**Tabela 25 Rodziny objęte świadczeniami pomocy społecznej w województwie opolskim**

Rodziny objęte świadczeniami pomocy społecznej w województwie opolskim			
Rok	Ogólna	Liczba osób	w tym :



	liczba rodzin, które otrzymały pomoc	w rodzinach, które otrzymały pomoc ogółem	Liczba rodzin, które otrzymały pomoc z powodu alkoholizmu	Liczba osób w rodzinach, które otrzymały pomoc z powodu alkoholizmu	Liczba rodzin, które otrzymały pomoc z powodu przemocy domowej	Liczba osób w rodzinach, które otrzymały pomoc z powodu przemocy domowej
2002	49.045	<b>156 347</b>	3 324 6,8% ogółu	<b>9 605</b> 6,1% ogółu	-	-
2003	50.523	<b>158 173</b>	3 513 7% ogółu	<b>9 406</b> 6% ogółu	-	-
2004	45.052	<b>141 951</b>	3 308 7,3% ogółu	<b>8 797</b> 6,2% ogółu	491 1,1% ogółu	<b>1 776</b> 1,3% ogółu
2005	36.932	<b>113 547</b>	2 600 7,04% ogółu	<b>6 795</b> 6% ogółu	325 0,9% ogółu	<b>1 186</b> 1,05% ogółu
2006	36.522	<b>107 661</b>	2 719 7,4% ogółu	<b>6 713</b> 6,2% ogółu	376 1,0% ogółu	<b>1 358</b> 1,3% ogółu
2007	33.400	<b>93 945</b>	2 564 7,7% ogółu	<b>6 015</b> 6,4% ogółu	419 1,3% ogółu	<b>1 337</b> 1,4% ogółu
2008	27599	<b>75984</b>	2 206 8,0% ogółu	<b>4970</b> 6,5% ogółu	323 1,2% ogółu	<b>1 083</b> 1,4% ogółu

Przyjęty w pomocy społecznej system sprawozdawczości polega na wybraniu przez pracownika socjalnego jednego powodu udzielenia pomocy. W sytuacji, gdy jest kilka przyczyn powodujących dysfunkcję rodziny, wybór powodu udzielenia pomocy socjalnej jest w praktyce subiektywny. Oznacza to, że podane wyżej liczby rodzin, którym udzielono pomocy z powodu „alkoholizmu” i „przemocy domowej” wskazują liczbę wyboru danego problemu przez pracownika socjalnego a nie rzeczywiste rozpowszechnienie problemów. Należy przyjąć, że osoby żyjące w rodzinach z problemem alkoholowym, którym jest udzielana pomoc socjalna wymagają funkcjonowania skierowanej do dorosłych i dzieci kompleksowej oferty terapeutycznej leczenia odwykowego, które głównie koncentruje się jednak, ze względu na zawarte kontrakty z NFZ, na osobach uzależnionych.

#### 4.11. Przemoc w rodzinie (przemoc domowa)

Według brytyjskich ustaleń „Przemoc wobec kobiet i dzieci w rodzinie należy spostrzegać jako proces, a nie jednorazowe zdarzenie. Większość ofiar doświadcza przemocy i wykorzystywania seksualnego więcej niż raz, z rąk jednego lub różnych sprawców.(...) autorzy przeglądu 45 badań stwierdzili, że aż w 50% rodzin monitorowanych na przestrzeni pięciu lat po zgłoszeniu pierwszego epizodu krzywdzenia doszło do powtórnej wiktymizacji. W przypadku rodzin monitorowanych na przestrzeni dziesięciu lat odsetek ten był jeszcze wyższy i wynosił aż 85%. (...) wśród osób, które ujawniły doświadczenia wykorzystywania seksualnego, 28% kobiet i 19,5% mężczyzn było wykorzystywanych przez różnych sprawców zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym (innymi słowy doświadczyło rewiktymizacji)”<sup>22</sup>.

Przemoc w rodzinie nie ogranicza się do rodzin z problemem alkoholowym, jednak problemy te zwiększają ryzyko jej występowania, np. „Badania z udziałem bitych kobiet prowadzone w USA ujawniają zwykle, że 60% sprawców pobicia nadużywa alkoholu”<sup>23</sup>.

Według ogólnopolskich badań „Przemoc i konflikty w domu” przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2005 r. 12%

<sup>22</sup>Kevin Browne, *Zapobieganie wykorzystywaniu seksualnemu w rodzinie*, w : Dziecko Krzywdzone Nr 2(23) 2008, s. 59.

<sup>23</sup>Kevin Browne, Martin Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, W-wa 1999, s. 92.

respondentów, co najmniej raz była przedmiotem agresji fizycznej ze strony partnera, z tego połowa z nich doświadczyła agresji co najmniej kilkakrotnie (więcej niż dwa razy) <sup>24</sup>. Z kolei według przytaczanych już ogólnopolskich badań „Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce” zrealizowanych w 2005 r. <sup>25</sup> 7% respondentów doświadczyło w czasie 12 miesięcy przed badaniem przemocy fizycznej, a 13% przemocy psychicznej.

Według wyników badań z 2007 r. przywołanych w „Sprawozdaniu z realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r.” – „Najczęściej doświadczaną przez Polaków formą przemocy jest przemoc psychiczna, które to doświadczenie przynajmniej raz stało się udziałem 31% badanych. Przemocy fizycznej doświadczyło mniej, bo 17% respondentów. Ośmiu na stu ankietowanych (8%) przyznaje, że zdarzyło im się być ofiarą przemocy ekonomicznej, zaś 3% deklaruje bycie ofiarą przemocy seksualnej”<sup>26</sup>.

**Tabela 26 Prace gminnej komisji – pomoc ofiarom przemocy w województwie polskim w latach 2006 – 2008**

Liczba osób	Rok		
	2006	2007	2008
Liczba sprawców przemocy w rodzinie, z którymi kontaktowali się członkowie gminnej komisji	751	684	626
Liczba ofiar przemocy w rodzinie osób, z którymi kontaktowali się członkowie gminnej komisji	2 224	1 017	707
Liczba sprawców przemocy w rodzinie, przeciwko którym gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych skierowała zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa do prokuratury	15	15	11
Liczba sprawców przemocy w rodzinie, których gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych skierowała na terapię dla sprawców przemocy	318	397	304

Zródło: dane PARPA

**Tabela 27 Klienci punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w województwie polskim w latach 2006 - 2008**

Rok	Liczba ofiar przemocy, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym	Liczba sprawców przemocy, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym
2006	1 164	418

<sup>24</sup>Przemoc i konflikty w domu. Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa luty 2005, s.4.

<sup>25</sup>Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport naukowy z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r. na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przez PBS w Sopocie, Warszawa-Sopot 2005.

<sup>26</sup>Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r., s. 7; Polacy wobec zjawiska przemocy w rodzinie oraz opinie ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie. Wyniki badań TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa październik 2007, s. 21.

2007	1 811	872
2008	1 024	688

Zródło: dane PARPA

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

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

W przypadku sądów w województwie opolskim w związku ze znęcaniem się (art. 207 Kodeksu Karnego) skazano w latach poprzednich następujące liczby osób :

**Tabela 28 Osoby skazane w województwie opolskim w związku z przemocą w rodzinie – znęcaniem się (art. 207 KK)<sup>27</sup>**

Rok	Liczba skazanych
1999	409
2000	425
2001	432
2002	365
2003	307
2004	451
2005	399
2006	435
2007	387
2008	336

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

W województwie opolskim w latach 1999-2008 sytuacja w zakresie przemocy domowej, z którą ma do czynienia policja, przedstawiała się następująco :

**Tabela 29<sup>28</sup> Przemoc domowa w województwie opolskim w statystykach policji**

<sup>27</sup>Dane na podstawie informacji z Sądu Okręgowego w Opolu.

<sup>28</sup>Dane wg informacji z Komendy Wojewódzkiej w Opolu.

Rok	Liczba stwierdzonych faktów przemocy domowej	Liczba sytuacji konfliktowych zagrożonych przemocą domową	Liczba wszczętych postępowań przygotowawczych wobec sprawców przemocy domowej	Liczba zakończonych postępowań przygotowawczych wobec sprawców przemocy domowej
1999	1 804	1 894	<b>528</b>	301
2000	1 239	1 340	<b>909</b>	471
2001	1 024	1 078	<b>652</b>	531
2002	1 036	1 259	<b>709</b>	485
2003	2 382	brak danych zmiana zasad sprawozdawczości	<b>949</b>	491
2004	2 600	j.w.	<b>194</b>	106
2005	2 599	j.w.	<b>232</b>	102
2006	2 645	j.w.	<b>351</b>	201
2007	2 133	j.w.	<b>323</b>	287
2008	2 599	j.w.	<b>339</b>	233

Tytułem komentarza do powyższej tabeli należy stwierdzić, że dane dotyczące „liczby stwierdzonych faktów przemocy domowej” zbierane przez policję w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty” dotyczą oceny sytuacji podczas interwencji domowych, które mogły się w poszczególnych rodzinach wielokrotnie powtarzać. W ramach wspomnianej procedury podczas interwencji domowych wypełniana jest przez policjantów specjalistyczna dokumentacja mająca pomóc w zdiagnozowaniu sytuacji w miejscu interwencji.

Trudno precyzyjnie określić liczbę rodzin dotkniętych przemocą domową, które znalazły się w obszarze zainteresowania policji, tym bardziej jeżeli weźmie się pod uwagę dane z tabeli 29 wskazujące na różnicę pomiędzy „liczbą stwierdzonych faktów przemocy domowej”, a „liczbą wszczętych postępowań przygotowawczych wobec sprawców przemocy domowej”. Trudno także określić dlaczego nastąpił spadek w/w postępowań przygotowawczych w 2004 r.

Ponadto według danych policji<sup>29</sup> w województwie opolskim jej funkcjonariusze stykają się z sytuacją odnoszącą się do sprawców przemocy, którą ilustrują poniższe tabele :

**Tabela 30 Sprawcy przemocy domowej w województwie opolskim w statystykach policji**

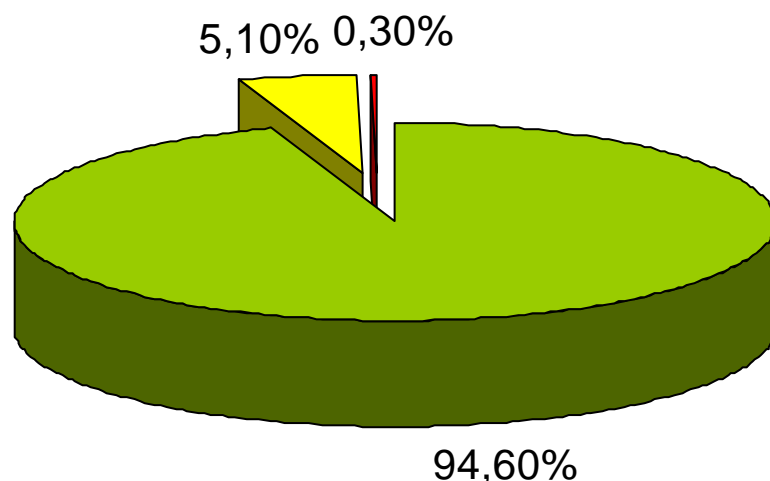
Rok	% sprawców przemocy domowej pod wpływem alkoholu	% mężczyzn wśród sprawców przemocy domowej	% kobiet wśród sprawców przemocy domowej	% nieletnich wśród sprawców przemocy domowej
1999	86,1%	95,5%	3,6%	0,9%
2000	84,9%	92,3%	7,3%	0,4%
2001	85,6%	94,3%	4,4%	1,3%
2002	83,1%	96,7%	2,4%	0,9%

<sup>29</sup>Dane jak wyżej.

2003	82,9%	96,25%	3,6%	0,15%
2004	81,1%	97,05%	2,85%	0,1%
2005	85,45%	96,2%	3,7%	0,1%
2006	76,8%	94,5%	5,5%	0,0%
2007	82,2%	94,5%	5,4%	0,1%
2008	67,9%	94,6%	5,1%	0,3%

Charakterystyczne dla powyższych danych jest wysoki odsetek sprawców przemocy domowej będących pod wpływem alkoholu. Wskazuje to na trwały związek większości przypadków przemocy domowej z alkoholem oraz na dominującą rolę mężczyzn wśród sprawców. Choć w 2008 roku zauważalny był spadek odsetka będących pod wpływem alkoholu.

**Wykres 6 Sprawcy przemocy domowej w województwie opolskim w 2008 roku**



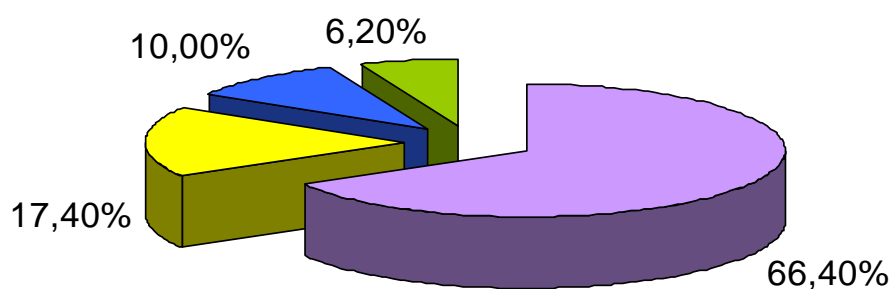
- % mężczyzn wśród sprawców przemocy domowej
- % kobiet wśród sprawców przemocy domowej
- % nieletnich wśród sprawców przemocy domowej

Źródło: dane z tabeli 30

**Tabela 31 Osoby doznające przemocy domowej w województwie opolskim w statystykach policji**

Rok	% kobiet wśród osób doznających przemocy domowej	% nieletnich do lat 13 wśród osób doznających przemocy domowej	% nieletnich od 13 lat do 18 lat wśród osób doznających przemocy domowej	% mężczyzn wśród osób doznających przemocy domowej
1999	49,6%	29,5%	16,2%	4,7%
2000	58,5%	25,8%	11,8%	3,9%
2001	58,9%	23,8%	13,4%	3,9%
2002	55,6%	25,6%	15,6%	3,2%
2003	58,4%	26,1%	12,1%	3,4%
2004	57,05%	26,4%	12,5%	4,05%
2005	53,6%	27,9%	13,25%	5,25%
2006	56,3%	25,7%	13,4%	4,7%
2007	61,1%	22,0%	12,5%	4,4%
2008	66,4%	17,4%	10,0%	6,2%

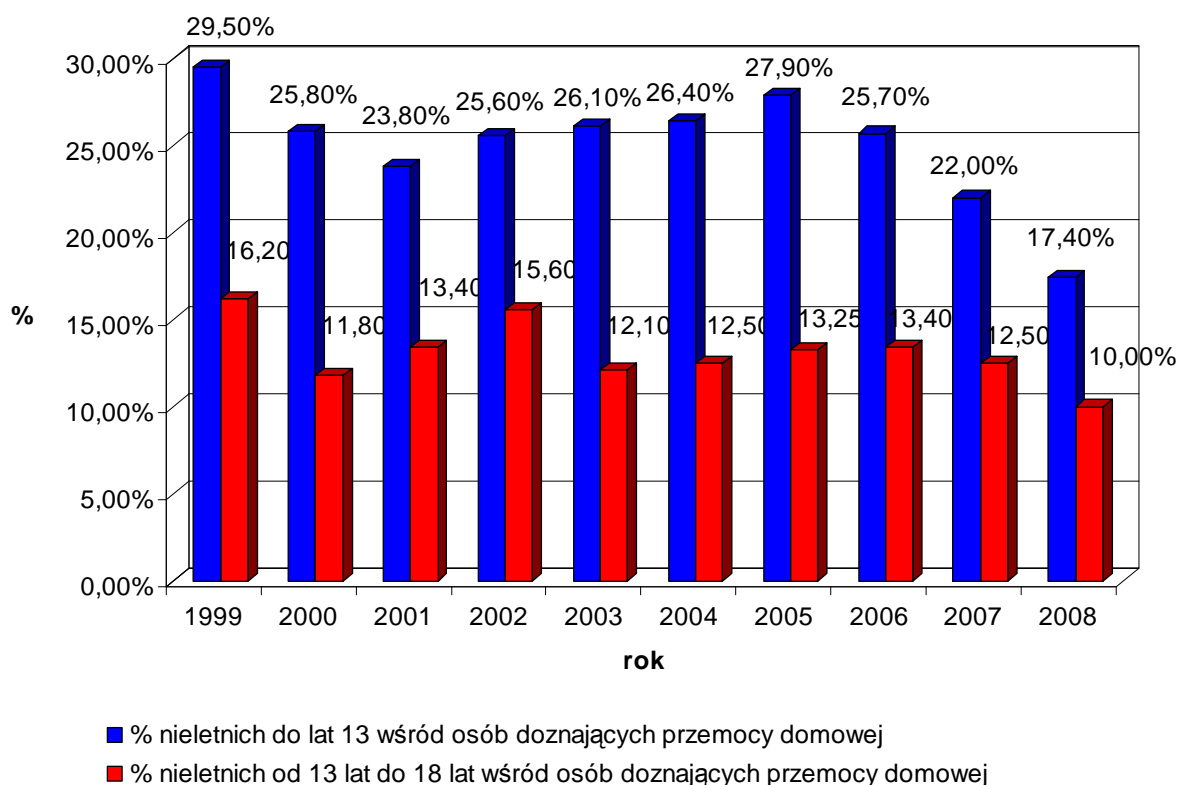
**Wykres 7 Osoby doznające przemocy domowej w województwie opolskim w 2008 roku**



- % kobiet wśród osób doznających przemocy domowej
- % nieletnich do lat 13 wśród osób doznających przemocy domowej
- % nieletnich od 13 lat do 18 lat wśród osób doznających przemocy domowej
- % mężczyzn wśród osób doznających przemocy domowej

Źródło: dane z tabeli 31

**Wykres 8 Nieletni doznający przemocy domowej na terenie województwa opolskiego w latach 1999 – 2008**



Źródło: dane z tabeli 31

Według danych policji wśród osób doznających przemocy w rodzinie zaznacza się przewaga kobiet nad dziećmi, przy niewielkim kilkuprocentowym udziale mężczyzn.

Jak wskazano wyżej dane opracowywane przez policję nie pozwalają na precyzyjne określenie liczby osób doznających przemocy i sprawców znajdujących się w obszarze zainteresowania policji. Konkretnie osoby doznające przemocy i sprawcy mogą w statystykach policyjnych pojawiać się wielokrotnie, ponieważ dane opracowywane są w oparciu o interwencje domowe, które jak już wyżej zauważono, mogą się w poszczególnych rodzinach nawet wielokrotnie powtarzać.

W oparciu o dane policyjne można przyjąć, że w województwie opolskim w latach 1999-2002 na jednego sprawcę przemocy domowej przypadało średnio **1,02** osoby dorosłej oraz **0,71** osoby nieletniej doznających przemocy domowej, natomiast w latach 2003-2005 na jednego sprawcę przemocy domowej przypadało średnio **1,05** osoby dorosłej oraz **0,69** osoby nieletniej doznających przemocy domowej.

W latach 2006-2007 na jednego sprawcę przemocy domowej przypadała średnio **1** osoba dorosła oraz **0,6** osoby nieletniej doznających przemocy domowej. Z kolei w 2008 roku na jednego sprawcę przemocy domowej przypadało średnio **0,9** osoby dorosłej oraz **0,4** osoby nieletniej doznających przemocy domowej.

Zjawisko przemocy domowej w województwie opolskim według statystyk policji nie wykazuje istotnych zmian w swojej specyfice, jednak potwierdzenie ich występowania oraz precyzyjne określenie ewentualnego zakresu, możliwe byłoby dopiero po przeprowadzeniu badań jakościowych.

Szczególną grupą ryzyka pod względem doznawania przemocy są dzieci niepełnosprawne. Według badań amerykańskich dotyczących zaniedbywania, przemocy emocjonalnej, fizycznej oraz wykorzystywania seksualnego dzieci - „W grupie dzieci upośledzonych umysłowo ryzyko wszystkich czterech form krzywdzenia jest czterokrotnie wyższe niż wśród dzieci bez niepełnosprawności.

W porównaniu ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, dzieci i młodzież z zaburzeniami zachowania siedmiokrotnie częściej padają ofiarą zaniedbywania, przemocy fizycznej i przemocy emocjonalnej oraz pięciokrotnie częściej są wykorzystywane seksualnie. (...) Dzieci z niepełnosprawnością związaną z problemami zdrowotnymi trzy razy częściej doznają zaniedbywania oraz przemocy fizycznej i emocjonalnej, a ryzyko wykorzystywania seksualnego jest w ich przypadku dwa razy większe niż wśród dzieci pełnosprawnych”<sup>30</sup>.

Według tych samych badań „Członkowie najbliższej rodziny stanowili zdecydowaną większość sprawców zaniedbywania (92,4%), przemocy fizycznej (82,2%) i przemocy emocjonalnej (89,5%), podczas gdy osoby spoza rodziny przeważały wśród sprawców wykorzystywania seksualnego (59,3%) (...) Jednak członkowie najbliższej i dalszej rodziny – łącznie – stanowili 53,1% sprawców wykorzystywania seksualnego”<sup>31</sup>.

Kolejną specyficzną kategorią narażoną na przemoc w formie zaniedbywania są dzieci nienarodzone. Mogą one doświadczać tzw. zaniedbywania prenatalnego, to znaczy sytuacji, w której kobieta w ciąży „(...) rozmyślnie lub przez zaniedbanie odnosi się do swojego dziecka prenatalnego w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski wynikającej z charakteru relacji matka-dziecko, doprowadzając tym samym do zagrożenia życia lub zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka prenatalnego. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania zagrażające zdrowiu i życiu dziecka, jak : palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków, przeżywanie stresu, myśli aborcyjne”<sup>32</sup>.

Według polskich badaczy „Diagnostyczne wyniki badań dotyczących Identyfikacji Zaniedbania Prenatalnego wskazują dość jednoznacznie, że większość, bo aż 79,8% kobiet w ciąży nie liczy się w odpowiedni sposób z dobrem dziecka i w związku z tym często podejmuje zachowania, które zagrażają zdrowiu fizycznemu i psychicznemu dziecka”<sup>33</sup>. Problem wymaga oczywiście dalszych badań i pogłębionych analiz, tak by precyzyjnie można było oddzielić zachowania zamierzone od przypadkowych, zachowania incydentalne od powtarzalnych lub nałogowych.

Przemoc w rodzinie znajdującą się w obszarze zainteresowania prokuratury ilustrują poniższe dane z Prokuratury Okręgowej w Opolu :

**Tabela 32 Decyzje prokuratury w sprawach prowadzonych o przestępstwo z art. 207 Kodeksu Karnego (znęcanie się)**

Rok	Rodzaje decyzji <sup>34</sup>			
	Decyzje ogółem	Akty oskarżenia	Odmowy wszczęcia dochodzenia lub śledztwa	Umorzenia
2000	<b>907</b> 100%	<b>515</b> 56,8%	<b>90</b> 9,9%	<b>302</b> 33,3%
2001	<b>900</b>	<b>491</b>	<b>91</b>	<b>318</b>

<sup>30</sup>Patricia M. Sullivan, John F. Knutson, *Krzywdzenie a niepełnosprawność – populacyjne badanie epidemiologiczne*, w : Dziecko Krzywdzone Nr 1(22)/2008, s. 63.

<sup>31</sup>Patrz przyp. 30, s. 61.

<sup>32</sup>Wioletta Wójcik, *Wczesna diagnoza i interwencja wobec zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym*, w : Dziecko Krzywdzone Nr 2(19)/2007, s. 120.

<sup>33</sup>Patrz przyp. 32, s. 122.

<sup>34</sup> Poszczególne rodzaje decyzji nie sumują się, bowiem występują jeszcze nieujęte w zestawieniu postępowania zawieszono, wnioski o warunkowe umorzenie i postępowania przekazane do innych jednostek.



	100%	54,6%	10,1%	35,3%
2002	<b>937</b> 100%	<b>438</b> 46,7%	<b>114</b> 12,2%	<b>385</b> 41,1%
2003	<b>980</b> 100%	<b>442</b> 45,1%	<b>116</b> 11,8%	<b>422</b> 43,1%
2004	<b>1.082</b> 100%	<b>500</b> 46,2%	<b>188</b> 17,4%	<b>394</b> 36,4%
2005	<b>1.040</b> 100%	<b>508</b> 48,9%	<b>171</b> 16,5%	<b>357</b> 34,3%
2006	<b>1.148</b> 100%	<b>539</b> 47,0%	<b>187</b> 16,3%	<b>403</b> 35,1%
2007	<b>1.064</b> 100%	<b>448</b> 42,1%	<b>224</b> 21,1%	<b>369</b> 34,7%
2008	<b>1.071</b> 100%	<b>410</b> 38,3%	<b>257</b> 24,0%	<b>374</b> 34,9%

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

Według badań przeprowadzonych w Polsce kilka lat temu **52,9%** badanych kobiet i **11,8%** mężczyzn doświadczyło przemocy seksualnej angażującej dotyk<sup>35</sup>. Jednocześnie jak wskazują omawiane badania „*nadużywanie alkoholu przez rodziców*” oraz „*częste lub bardzo częste kłótnie między rodzicami*” o kilka procent zwiększają ryzyko doświadczania przemocy seksualnej w dzieciństwie<sup>36</sup>. W omawianych badaniach nie wskazano jaki odsetek przemocy seksualnej miał miejsce w rodzinie.

Zdecydowana większość sprawców wykorzystywania seksualnego pozostaje poza kręgiem zainteresowania organów ścigania oraz wymiaru sprawiedliwości, nie jest im też udzielana pomoc terapeutyczna. W okresie 2005 – 2008 w województwie opolskim w związku z art. 201 Kodeksu Karnego (wykorzystywanie seksualne w rodzinie) skazano **2** osoby<sup>37</sup>.

Rzadkie poszukiwanie pomocy przez ofiary przemocy seksualnej potwierdzają badania Piotra Kiembłowskiego – wg nich pomocy nie poszukiwało **88,3%** kobiet i **90,6%** mężczyzn ofiar takiej przemocy<sup>38</sup>. Przyczyny takiego stanu rzeczy są zapewne bardzo różne i nie sposób wyrokować o nich bez specjalistycznych badań, niemniej można założyć, że brak rozbudowanej i rozpropagowanej oferty pomocy dla ofiar przemocy seksualnej oddziałuje w tej sferze negatywnie.

## 5. Planowany program działań – obszary problemowe, zadania

### Obszar I Szkody występujące u osób dorosłych w związku z uzależnieniem od alkoholu oraz jego nadużywaniem

#### Zadania:

1. Wspieranie działań mających na celu poprawę infrastruktury wojewódzkich jednostek leczenia odwykowego.

<sup>35</sup>Piotr Kiembłowski, *Przemoc seksualna doznawana w okresie dzieciństwa i adolescencji – wyniki badania ankietowego młodzieży*, w: Dziecko Krzywdzone Nr 1/2002, s. 97.

<sup>36</sup>J.w., s. 102.

<sup>37</sup>Dane na podstawie informacji z Sądu Okręgowego w Opolu.

<sup>38</sup>P. Kiembłowski, s. 103.

2. Prowadzenie edukacji środowiska medycznego w zakresie problematyki uzależnienia od alkoholu i jego nadużywania.
3. Podnoszenie kompetencji zawodowych osób zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.
4. Realizacja programów interwencyjnych i profilaktycznych dotyczących alkoholu i tytoniu skierowanych do pacjentów podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.
5. Wspieranie programów realizowanych przez organizacje pozarządowe zajmujące się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz tytoniowych.
6. Wspieranie powiatów w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz tytoniowych.
7. Edukacja społeczna dotycząca konsekwencji używania alkoholu i tytoniu dla zdrowia.
8. Realizacja badań dotyczących rozpowszechnienia i leczenia uzależnienia od alkoholu.
9. Wspieranie organizacji, środowisk i grup samopomocowych.

## **Obszar II Szkody występujące u potomstwa matek pijących alkohol i palących tytoń w okresie ciąży**

### **Zadania**

1. Podnoszenie kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pomocy społecznej, oświaty i innych instytucji w zakresie profilaktyki, diagnozowania i terapii uszkodzeń płodu spowodowanych piciem alkoholu i paleniem tytoniu.
2. Prowadzenie edukacji społecznej dotyczącej konsekwencji używania alkoholu i tytoniu dla rozwijającego się płodu.
3. Wspieranie tworzenia specjalistycznego systemu konsultacyjnego dla rodziców i opiekunów dzieci w zakresie dotyczącym alkoholowego zespołu płodowego (FAS) i innych zaburzeń u potomstwa matek spożywających alkohol w okresie ciąży.
4. Realizacja i wspieranie programów profilaktycznych dotyczących używania alkoholu i tytoniu adresowanych do kobiet w ciąży i w wieku prokreacyjnym.

## **Obszar III Szkody występujące u dorosłych oraz dzieci żyjących w rodzinach z problemem alkoholowym**

### **Zadania**

1. Wspieranie oferty pomocy psychologicznej oraz terapii adresowanej do dzieci i młodzieży żyjących w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu.
2. Podnoszenie merytorycznych kompetencji pracowników instytucji stykających się z osobami żyjącymi w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu.
3. Upowszechnianie wiedzy na temat sytuacji psychospołecznej dzieci z rodzin alkoholowych wśród profesjonalistów mających kontakt z dziećmi.
4. Realizacja badań dotyczących sytuacji dorosłych oraz dzieci żyjących w rodzinach z problemem alkoholowym.
5. Wspieranie organizacji, środowisk i grup samopomocowych.

## **Obszar IV Szkody występujące u osób doznających przemocy w rodzinie, w tym przemocy seksualnej**

### **Zadania**

1. Podnoszenie kompetencji zawodowych osób pracujących w instytucjach mających kontakt z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie i wykorzystywanymi seksualnie oraz ze sprawcami przemocy.
2. Prowadzenie edukacji społecznej z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
3. Wspieranie systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie mające na celu zwiększenie dostępności pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób doznających przemocy w rodzinie, w tym doświadczających przemocy seksualnej.
4. Udzielanie pomocy organizacjom pozarządowym i grupom samopomocowym zajmujących się pomocą członkom rodzin z problemem alkoholowym.
5. Organizowanie szkoleń, spotkań roboczych i konferencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
6. Wspieranie samorządów powiatu w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym przemocy seksualnej.
7. Realizacja badań dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie.

#### **Obszar V Szkody występujące u młodych osób związane z używaniem alkoholu i tytoniu**

##### **Zadania**

1. Wspieranie programów psychologicznych i terapeutycznych dla dzieci i młodzieży uzależnionej od alkoholu oraz nadużywającej alkoholu.
2. Wspieranie działalności organizacji pozarządowych zajmujących się problemami alkoholowymi i tytoniowymi młodych osób.
3. Wspieranie dotyczących problematyki alkoholowej i tytoniowej programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży.
4. Edukacja różnych grup zawodowych zajmujących się problemami alkoholowymi i tytoniowymi młodych ludzi.
5. Realizacja badań dotyczących używania środków psychoaktywnych przez młodych ludzi.

#### **Obszar VI Szkody powodowane przez uczestników ruchu drogowego będących pod wpływem alkoholu**

##### **Zadania**

1. Prowadzenie edukacji społecznej dotyczącej wpływu alkoholu na bezpieczeństwo ruchu drogowego.
2. Działania wspierające instytucje w zakresie dotyczącym wpływu alkoholu na bezpieczeństwo ruchu drogowego.

#### **Obszar VII Szkody związane z używaniem alkoholu przez osoby doświadczające wykluczenia społecznego oraz zagrożone wykluczeniem społecznym**

##### **Zadania**

1. Wspieranie programów zwiększających kompetencje zawodowe osób doświadczających wykluczenia społecznego oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym.
2. Wspieranie realizacji programów pomocy psychologicznej i terapii skierowanych do podopiecznych instytucji pomagających osobom wykluczonym społecznie oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym i długotrwale bezrobotnych.

## **6. Komentarz**

Powyższy katalog zadań nie jest katalogiem zamkniętym, stanowi wskazanie głównych kierunków działań samorządu województwa w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz tytoniowych, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu w ramach wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

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

### **7.1. Finansowanie programu**

Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych finansowany jest przede wszystkim z dochodów budżetu województwa pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu ujętych w dochodach województwa w § 048.

Wydatki realizowane w ramach wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ujęte będą w budżecie województwa w dziale 851, w rozdziałach 85154, 85120 i 85111 oraz w innych rozdziałach zgodnie z potrzebami i/lub formalnymi wymogami.

Dopuszcza się inne ujęcie środków finansowych przeznaczonych na realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych o ile wynikać to będzie z potrzeb jego realizacji lub z wymogów formalnych.

Środki pochodzące z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi nie wykorzystane w danym roku budżetowym na realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych zostaną w pełnej wysokości odtworzone w budżecie następnego roku z przeznaczeniem na realizację w/w programu.

Przyjmuje się, że w przypadku obniżenia się lub niewystarczających dochodów budżetu województwa pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu, na realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przeznaczone zostaną dodatkowe środki finansowe z budżetu województwa opolskiego.

Przeciętna minimalna wysokość środków finansowych przeznaczanych w poszczególnych latach na realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych zbliżona będzie do średniej dochodów budżetu województwa pochodzących z w/w opłat z dwóch lat poprzedzających dany rok budżetowy.

### **7.2. Główni partnerzy samorządu województwa w realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**

1. Jednostki samorządu powiatowego, samorządy gminne.
2. Podmioty nie zaliczane do sektora finansów publicznych zajmujące się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, narkotykowych i tytoniowych, przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie oraz przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu.
3. Instytucje szczebla wojewódzkiego stykające się z problemami alkoholowymi i przemocą w rodzinie.
4. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

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

1. Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowany jest przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego.
2. Za realizację programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych odpowiada pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w ramach bieżącej realizacji programu współpracujący m.in. z pełnomocnikiem Zarządu Województwa Opolskiego ds. przeciwdziałania narkomanii oraz z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej.
3. W ramach realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przewiduje się finansowe wsparcie jego obsługi z dochodów budżetu województwa uzyskanych z tytułu wydawania zezwoleń na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu i z innych środków finansowych budżetu województwa opolskiego. Powyższe dotyczy zakupów sprzętu komputerowego i biurowego, materiałów biurowych, książek, broszur, materiałów promocyjnych oraz zawierania umów zleceń i/lub umów o dzieło.

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

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

# **1. Wojewódzki program przeciwdziałania narkomanii dla województwa opolskiego na lata 2010 – 2015.**

## **1.1 Wprowadzenie**

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2010-2015 opracowany jest w oparciu o:

- art. 9 ust 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485),
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 – 2010,
- Projekt Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007 – 2011.

## **1.2 Diagnoza (sytuacja epidemiologiczna i monitorowanie) narkomanii w województwie opolskim.**

Problem używania nielegalnych substancji psychoaktywnych i konsekwencji z tym faktem związanych dotyczy większości społeczeństw współczesnego świata. Najskuteczniej problemy społeczne są rozwiązywane na szczeblu lokalnym. Lokalnie działające instytucje, osoby czy organizacje pozarządowe są w stanie trafnie określić charakter problemu, jego skalę oraz podjąć adekwatne środki zaradcze.

Istotnym argumentem na rzecz rozwiązywania problemów narkomanii na szczeblu regionalnym i lokalnym jest możliwość budowania koalicji instytucji, osób i organizacji współpracujących w przygotowaniu lokalnej strategii i biorącej odpowiedzialność za jej realizację.

To właśnie m.in. na wniosek samorządów lokalnych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii uchwalonej w 2005 r. znalazły się przepisy, które jednoznacznie definiowały samorząd województwa i gminy jako podmiot odpowiedzialny za zapobieganie narkomanii.. Reprezentanci tych samorządów aktywnie włączyli się w projekt realizowany w 2006 i 2007 r. jako Środki Przejściowe 2004 „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w zapobieganiu narkomanii – kampania promocyjna i szkoleniowa”. W ramach programu finansowego przez unię Europejską oraz rząd RP przeprowadzono największy jak do tej pory projekt szkoleniowy dotyczący przeciwdziałania narkomanii, którego adresatami były społeczności lokalne i ich samorządowe reprezentacje. Wymiernym rezultatem projektu było przygotowanie ponad 400 Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii oraz

związanie gminnych koalicji osób i instytucji zaangażowanych w zapobieganie narkomanii na szczeblu lokalnym.

W województwie opolskim udział w szkoleniu wzięły 32 gminy, w wyniku czego powstało 30 profesjonalnych programów przeciwdziałania narkomanii.

Ważnym elementem, wstępnie zaznaczonym w opisanym projekcie, pozostaje m.in. szeroko rozumiany monitoring.

Znaczenie monitoringu na poziomie krajowym od wielu lat jest także podnoszone na arenie międzynarodowej. Misją Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction – EMCDDA) powołanego przez Komisję Europejską jest monitorowanie zjawisk związanych z używaniem narkotyków.

Choć prace i zalecenia Europejskiego Centrum dotyczą badań i porównań prowadzonych na szczeblach krajowych, to jednak kwestia monitoringów lokalnych znajduje się także w obszarze zainteresowań tej instytucji, a wskazania metodologiczne zachowują swój walor aktualności również dla monitoringów lokalnych.

Poza realizacją monitoringu wojewódzkiego ważnym jest promowanie i zachęcanie samorządów lokalnych do prowadzenia analiz na poziomie gmin, co stanowi niezbędny warunek do prowadzenia skutecznych działań zapobiegawczych na szczeblu wojewódzkim i lokalnym.

Monitorowanie powinno obejmować zatem trzy zasadnicze obszary zagadnień:

1. Rozmiary i charakter problemu narkotyków (używanie narkotyków, problemy z tym związane, rynek narkotyków oraz ich dostępność);
2. Zinstytucjonalizowane reakcje społeczne (zasady i działania – profilaktyka, leczenie, ograniczenie szkód, pomoc społeczna, ściganie i karanie);
3. Lokalny kontekst kulturowy, społeczny i ekonomiczny, w jakim rozwija się problem i w jakim prowadzi się działania (postawy społeczne, wartości, podejścia).

W roku 2007 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zorganizowało szkolenie dla 50 gmin z kraju dotyczące zasad monitoringu. Z województwa opolskiego zakwalifikowano 3 gminy: Opole, Kędzierzyn – Koźle i Strzelce Opolskie.

Raporty z monitoringu tych gmin zostały przedstawione na konferencji wojewódzkiej pt. „Monitorowanie narkotyków i narkomanii w województwie opolskim”, w dniu 18. 06. 2009 r.

Monitorowanie problemu narkotykowego realizowane jest w oparciu o źródła zastane, czyli statystyki prowadzone przez instytucje na własne potrzeby lub w ramach zinstytucjonalizowanych zobowiązań sprawozdawczych (np. stacjonarnego leczenia psychiatrycznego) oraz poprzez projekty badawcze.

Trendy epidemiologiczne są badane na podstawie dwóch wskaźników pochodzących z lecznictwa stacjonarnego. Na pierwszy składa się liczba osób, które podjęły w danym roku leczenie w którejś z placówek, niezależnie od tego czy je w danym roku zakończyły, czy je kontynuowały w roku następnym. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków.

Problem narkotyków w skali kraju podlega bardzo silnemu zróżnicowaniu terytorialnemu. Województwo opolskie charakteryzuje się wyraźnie niższym wskaźnikiem przyjęć do lecznictwa stacjonarnego; w porównaniu z innymi województwami.

**Tabela 1. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2006 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim**

	<b>Liczba osób w 2006 roku</b>	<b>Wskaźnik na 100 000 mieszkańców w 2006 r.</b>	<b>Wskaźniki na 100 000 mieszkańców w 2005 r.</b>	<b>Wskaźniki zmiany 2005 = 100</b>	<b>Wskaźniki zmiany 1999 = 100</b>
<b>Polska</b>	13 298	34,9	34,9	99,9	197
<b>Opolskie</b>	226	21,7	22,2	97,5	175

Opolskie lokuje się na trzynastym miejscu ze wskaźnikiem **21,7** przyjętych do leczenia na 100 tys. mieszkańców w 2006 roku.

**Tabela 2. Przyjęci pierwszy raz w życiu do lecznictwa stacjonarnego w 2006 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim**



	<b>Liczba osób w 2006 roku</b>	<b>Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2006 roku</b>	<b>Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców w 2006 r.</b>	<b>Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2005 = 100</b>
<b>Polska</b>	6 480	52,7	17,0	92,7
<b>Opolskie</b>	126	58,6	12,1	90,5

Największy odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2006 roku występował w województwie Kujawsko – Pomorskim (63,1), Zachodniopomorskim (59,2) i Śląskim (59,1). Województwo Opolskie znalazło się na 4 miejscu (58,6).

**Tabela 3. Odsetki kobiet wśród przyjętych do lecznictwa stacjonarnego w latach 2005, 2006 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim**

	<b>2006r.</b>	<b>2005r.</b>
<b>Polska</b>	24,0	23,6
<b>Opolskie</b>	25,2	24,9

W 2006 roku większym odsetkiem kobiet przyjętych do leczenia stacjonarnego charakteryzowały się województwa: Pomorskie (30,4), Zachodniopomorskie (27,7), Wielkopolskie (27,1), Śląskie (26,3), Świętokrzyskie (26,3), Podkarpackie (25,6).

**Tabela 4. Odsetki osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do lecznictwa stacjonarnego w latach 2005, 2006 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim**

	<b>2006r.</b>	<b>2005r.</b>
<b>Polska</b>	8,6	8,7
<b>Opolskie</b>	13,8	13,7

Największy odsetek osób w wieku do 18 roku życia w 2006 roku występował w województwie Kujawsko – Pomorskim (14,5), województwo opolskie jest na drugim miejscu (13,8).

### **1.3 Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży województwa opolskiego**

We wrześniu 2007 roku zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych Województwa Opolskiego. Badania przeprowadzono według metodologii międzynarodowego projektu podjętego z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy i koordynowanego przez CAN ze Sztokholmu. Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych.

Poniżej przytoczone zostaną niektóre wyniki przytoczone w raporcie z badań ESPAD, dotyczące najpopularniejszych na terenie województwo opolskiego narkotyków.

#### **1.3.1 Rozpowszechnienie używania marihuany lub haszyszu**

Spośród uczniów trzecich klas gimnazjum choć raz w życiu paliło marihuanę lub haszysz 29% chłopców oraz 16% dziewcząt. Dla uczniów drugich klas szkoły ponadgimnazjalnej analogiczne wskaźniki wynoszą już 43% dla chłopców i 34% dla dziewcząt. Widzimy więc, że wiek jest istotną zmienną różnicującą; dodatkowo w obrębie poszczególnych kategorii wiekowych da się zaobserwować także pewne różnice pomiędzy płciami.

Z kolei w ciągu ostatnich 30 dni paliła około połowa chłopców, którzy kiedykolwiek mieli doświadczenia z paleniem marihuany lub haszyszu (13% wobec 29% uczniów trzecich klas gimnazjum oraz 21% wobec 43% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. W przypadku dziewcząt była to połowa uczennic trzeciej klasy gimnazjum (8% wobec 16%) i około jedna czwarta uczennic drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (9% wobec 34%).

#### **1.3.2 Rozpowszechnienie używania amfetaminy**

Przynajmniej raz w życiu amfetaminę zażyło 10% chłopców i 8% dziewcząt z trzecich klas gimnazjum. Wskaźniki te rosną wraz z wiekiem ankietowanych, zwłaszcza wśród chłopców. W przypadku uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych amfetaminę spróbowało już 20% chłopców i 10% dziewcząt.

Dodatkowo spośród chłopców, którzy mieli za sobą doświadczenia z tym narkotykiem, trzy czwarte w obu tych szkołach (7% w stosunku do 10% w trzecich klasach gimnazjum oraz 14% w stosunku do 20% w drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych) zażywało amfetaminę w ciągu ostatnich 30 dni. W przypadku dziewcząt była to co druga uczennica trzeciej klasy gimnazjum (4% wobec 8%) oraz co trzecia uczennica drugiej klasy szkoły ponadgimnazjalnej (3% wobec 10%), która kiedykolwiek używała amfetaminy.

### **1.3.3 Rozpowszechnienie używania ecstasy**

Przynajmniej raz w życiu ecstasy zażyło 11% chłopców i 6% dziewcząt z trzecich klas gimnazjum. Wskaźniki te rosną wraz z wiekiem ankietowanych, zwłaszcza wśród chłopców. W przypadku uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych ecstasy spróbowało już 17% chłopców i 8% dziewcząt.

Dodatkowo spośród chłopców, którzy mieli za sobą doświadczenia z tym narkotykiem, trzy czwarte chłopców w trzecich klasach gimnazjum (7% w stosunku do 11%) oraz dwie trzecie chłopców w drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych (11% w stosunku do 17%) zażywało ecstasy w okresie 30 dni poprzedzających badanie. W przypadku dziewcząt, była to co druga uczennica trzecich klas gimnazjum (3% wobec 6%) oraz co czwarta uczennica drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (2% wobec 8%), która kiedykolwiek używała ecstasy.

### **1.3.4 Rozpowszechnienie używania środków wziewnych**

Przynajmniej raz w życiu środki wziewne, takie jak kleje, aerozole i tym podobne, w celu odurzenia się zażyło 11% chłopców i 7% dziewcząt z trzecich klas gimnazjum. W przypadku uczniów z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych takie doświadczenia miało za sobą 12% chłopców i 4% dziewcząt. Widać więc wyraźnie, iż płeć jest w tym aspekcie czynnikiem różnicującym.

Dodatkowo spośród chłopców, którzy choć raz w życiu próbowali odurzyć się w ten sposób, około trzy czwarte chłopców w obu tych szkołach (7% w stosunku do 11% w trzecich klasach gimnazjum i 8% w stosunku do 12% w drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych) zażywało środki wziewne w okresie ostatnich 30 dni. W przypadku dziewcząt była to co druga uczennica trzeciej klasy gimnazjum (3% wobec 7%) oraz co czwarta uczennica drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (1% wobec 4%), która przyznała się do doświadczenia ze środkami wziewnymi.

#### 1.4 Przestępczość narkotykowa w województwie opolskim (dane z KWP w Opolu)

Przestępstwa narkotykowe to pojęcie obejmujące przestępstwa popełnione pod wpływem narkotyków, przestępstwa popełnione w celu zdobycia środków finansowych na zakup narkotyków, przestępstwa popełnione w kontekście funkcjonowania nielegalnych rynków narkotykowych oraz przypadki naruszania prawa antynarkotykowego (EMCDDA 2006).

Na podstawie prowadzonych na terenie działań garnizonu opolskiego spraw związanych z przestępczością narkotykową wytypowano miasta gdzie ona się koncentruje. Przykładem może być Kędzierzyn Koźle przez który przebiegają główne szlaki narkotykowe funkcjonujące na obszarze południowej Polski. Do czasu zatrzymania szefa grupy krapkowickiej stanowiły one jedną z głównych „hurtowni” narkotykowych na Opolszczyźnie. Nysa jest miastem ściśle powiązaniem z regionem dolnośląskim. Działające na terenie powiatu nyskiego grupy przestępcze nastawione są przede wszystkim na obrót dużymi ilościami narkotyków.

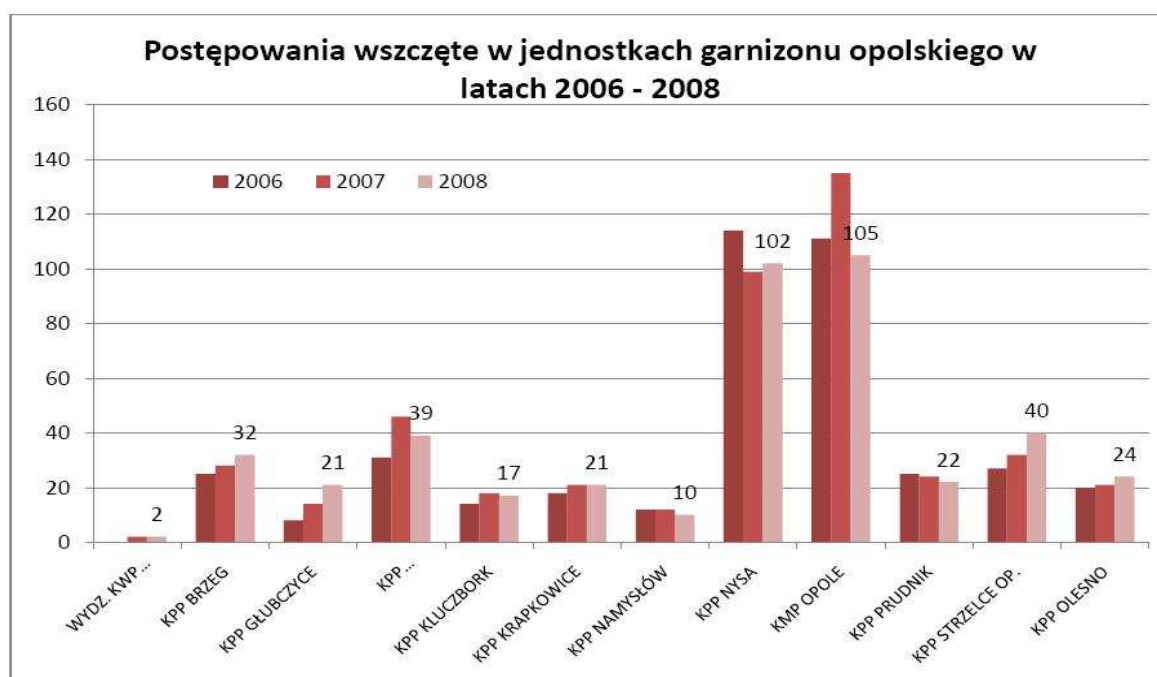
**Tabela 5. Przestępstwa narkotykowe stwierdzone na terenie województwa opolskiego w latach 2006 - 2008**

2006r	2007r	2008r
2133	2540	1491

**Tabela 6.**



**Tabela 7.**



*Uwaga: wartości nad słupkami odnoszą się do roku 2008.*

**Tabela 8.**

Liczba postępowań wszczętych, przestępstw stwierdzonych i ustalonych podejrzanych o przestępstwa narkotykowe w jednostkach garnizonu opolskiego w latach 2006 – 2008

	wszczęte			stwierdzone			podejrzani		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
<b>OPOLSKIE</b>	<b>405</b>	<b>452</b>	<b>435</b>	<b>2133</b>	<b>2540</b>	<b>1491</b>	<b>697</b>	<b>707</b>	<b>616</b>
WYDZ. KWP OPOLE	0	2	2	0	0	0	0	0	0
KPP BRZEG	25	28	32	130	100	73	54	46	40
KPP GŁUBCZYCE	8	14	21	78	76	101	27	22	29
KPP KĘDZIERZYN-KOŹLE	31	46	39	58	97	70	27	52	40
KPP KLUCZBORK	14	18	17	353	138	36	46	43	24
KPP KRAPKOWICE	18	21	21	421	486	166	81	70	46
KPP NAMYSŁÓW	12	12	10	49	80	19	30	28	14
KPP NYSA	114	99	102	211	183	235	122	113	152
KMP OPOLE	111	135	105	519	358	370	195	143	146
KPP PRUDNIK	25	24	22	50	270	109	31	46	44
KPP STRZELCE OP.	27	32	40	153	577	102	60	117	43
KPP OLESNO	20	21	24	111	175	210	24	27	38

**Tabela 9.**

Liczba ustalonych podejrzanych i nieletnich podejrzanych o przestępstwa narkotykowe w jednostkach garnizonu opolskiego w latach 2006 – 2008

	2006		2007		2008	
	podejrzani	nieletni	podejrzani	nieletni	podejrzani	nieletni
<b>OPOLSKIE</b>	<b>697</b>	<b>66</b>	<b>707</b>	<b>77</b>	<b>616</b>	<b>51</b>
WYDZ. KWP OPOLE	0	0	0	0	0	0
KPP BRZEG	54	11	46	8	40	7
KPP GŁUBCZYCE	27	4	22	4	29	2
KPP KĘDZIERZYN-KOŹLE	27	3	52	3	40	2
KPP KLUCZBORK	46	2	43	3	24	2
KPP KRAPKOWICE	81	15	70	18	46	3
KPP NAMYSŁÓW	30	7	28	2	14	3
KPP NYSA	122	10	113	6	152	25
KMP OPOLE	195	4	143	6	146	7
KPP PRUDNIK	31	1	46	5	44	0
KPP STRZELCE OP.	60	3	117	19	43	0
KPP OLESNO	24	6	27	3	38	0

### 1.5 Cel główny programu

Ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego.

### 1.6 Obszary realizacji programu

Program będzie realizowany w trzech obszarach:

- 1) profilaktyka,
- 2) rehabilitacja, leczenie, społeczna reintegracja i ograniczanie szkód zdrowotnych osób uzależnionych,
- 3) badania i monitoring.

Czwarty obszar dotyczy ograniczenia podaży i jest realizowany przez struktury rządowe (głównie policje). Piąty obszar – współpraca międzynarodowa realizowany jest głównie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, z zaangażowaniem zainteresowanych podmiotów w województwie opolskim.

#### **Profilaktyka**

#### **Cel strategiczny:**

Zmniejszenie tempa wzrostu popytu na narkotyki

## **1.7 Cele i zadania szczegółowe – adresowane do ogółu społeczeństwa**

### **1.7.1 Wzmocnienie edukacji ogółu społeczeństwa dotyczącej problemów narkotykowych.**

- Upowszechnianie materiałów informacyjno – edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii.
- Udział w edukacyjnych kampaniach społecznych.
- Współpraca z mediami w zakresie upowszechniania wiedzy na temat narkomanii i związanych z nią problemów.
- Uaktualnianie i publikowanie danych epidemiologicznych oraz informacji o instytucjach i programach profilaktycznych.

### **1.7.2 Pogłębienie wiedzy na temat konsekwencji używania narkotyków oraz o nowych zjawiskach na scenie narkotykowej.**

- Udział w ogólnopolskich kampaniach społecznych.
- Udział w konferencjach i seminariach organizowanych przez instytucje krajowe, samorzady lokalne, organizacje pozarządowe
- Współpraca w edukacji realizatorów programów profilaktycznych

## **1.8 Cele i zadania szczegółowe – adresowane do ogółu dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych (do 26 roku życia)**

### **1.8.1 Pogłębienie wiedzy na temat konsekwencji używania narkotyków**

- Wspieranie tworzenia stron internetowych dla młodzieży
- Udział w ogólnopolskich kampaniach społecznych
- Wspieranie programów profilaktyki uniwersalnej w szkołach, placówkach oświatowych i szkołach wyższych

### **1.8.2 Rozwinięcie umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży, stanowiących czynniki chroniące przed używaniem narkotyków**

- Wspieranie programów profilaktyki uniwersalnej w szkołach i placówkach oświatowych
- Wspieranie programów edukacji rówieśniczej

## ***1.9 Cele i zadania szczegółowe – adresowane do grup ryzyka***

### **1.9.1 Pogłębienie wiedzy na temat konsekwencji używania i przekonań normatywnych nt. narkotyków wśród osób z grup ryzyka**

- Wspieranie poradni internetowych
- Wspieranie telefonów zaufania
- Wspieranie programów profilaktycznych w miejscach o zwiększonym natężeniu kontaktów z narkotykami – (kluby, dyskoteki, imprezy masowe)
- Wspieranie programu pracy środowiskowej (pracowników/pedagogów ulicznych)
- Wspieranie działań promocyjnych
- Wspieranie edukacji prawnej

### **1.9.2 Wyposażenie młodzieży z grup ryzyka w kompetencje psychospołeczne**

- Wspieranie Programów profilaktyki selektywnej i wskazującej dla dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych wykluczeniem społecznym – socjoterapia, grupy wsparcia
- Wspieranie programów organizacji czasu wolnego (programy „alternatyw”)

### **1.9.3 Wspieranie powszechnie uznawanego systemu wartości w szczególności dotyczących zdrowia i poszanowania prawa**

- Wspieranie realizacji programów profilaktyki selektywnej i wskazującej na terenie powiatów i gmin
- Wspieranie realizacji programów edukacji rówieśniczej
- Rozszerzenie edukacji prawnej adresowanej do grup ryzyka
- Współpraca w edukowaniu realizatorów programu w zakresie przepisów prawa

### **1.9.4 Zwiększenie umiejętności wychowawczych rodziców**

- Rozwój form udzielania pomocy rodzinie
- Wspieranie programu profilaktyki selektywnej i wskazującej dla rodziców i rodzin
- Wspieranie programów wczesnej interwencji dla rodziców
- Treningi umiejętności wychowawczych



### **1.9.5 Zwiększanie motywacji okazjonalnych użytkowników narkotyków do zaprzestania lub ograniczania używania**

- Wspieranie programów wczesnej interwencji realizowane w szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, placówkach opiekuńczo-wychowawczych
- Wspieranie programów dla młodych użytkowników narkotyków, którzy popełnili czyn karalny (artykuł 72 ust. o przeciwdziałaniu narkomanii)
- Wspieranie programów pracy środowiskowej (pracowników/pedagogów ulicznych)
- Programy w miejscach o zwiększonym prawdopodobieństwie kontaktu z narkotykami (kluby, dyskoteki, imprezy masowe)
- Kształcenie i wspieranie pracy pedagogów ulicznych, pracowników socjalnych, nauczycieli i wolontariuszy pracujących w środowisku dzieci i młodzieży zagrożonej

## **Rehabilitacja, leczenie, społeczna reintegracja i ograniczanie szkód zdrowotnych osób uzależnionych**

### **Cel główny:**

*Poprawa stanu zdrowia osób uzależnionych od narkotyków*

### **2. Cele i zadania szczegółowe:**

**2.1** Poprawa jakości postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego.

#### **Zadania:**

- Organizacja i wspieranie szkoleń adresowanych do pracowników ochrony zdrowia w obszarze uzależnień od środków psychoaktywnych.

**2.2** Poprawa dostępności świadczeń na poziomie województwa i lokalnym.

#### **Zadania:**

- Rozwój ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków lub szkodliwego ich używania.
- Pomoc w uruchamianiu programu leczenia substytucyjnego.
- Wdrażanie programów i działań ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych.
- Upowszechnianie informacji na temat placówek i programów dla osób uzależnionych.

**2.3** Profilaktyka zakażeń HIV oraz poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób

żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.

#### **Zadania:**

- Wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiana postaw uwzględniających odpowiedzialność za własne życie i zdrowie.
- Współorganizowanie kampanii medialnych skierowanych do grup docelowych zgodnie ze stanem epidemiologicznym.
- Zmniejszanie poziomu zachowań ryzykownych m.in. poprzez działania informacyjne i edukacyjne.
- Dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych.
- Poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy.
- Zwiększenie dostępu oraz poprawa jakości usług świadczonych w Punktach Konsultacyjno – Diagnostycznych.
- Gromadzenie informacji na temat przeprowadzonych badań społecznych, opracowań, analiz sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w województwie opolskim.

#### **Badania i monitoring**

##### **Cel główny:**

*Zebranie i analiza informacji o narkotykach i narkomanii na terenie województwa opolskiego*

### **3. Cele i zadania szczegółowe:**

#### **3.1 Zbieranie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii**

##### **Zadania:**

- Identyfikacja źródeł danych statystycznych dotyczących narkomanii na terenie województwa opolskiego.
- Wykorzystanie danych statystyki publicznej
- Przekazywanie danych dotyczących województwa opolskiego do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.
- Stworzenie sieci wymiany informacji między instytucjami na poziomie wojewódzkim oraz władzami regionalnymi i lokalnymi odpowiedzialnymi za politykę wobec narkomanii – wg jednolitego systemu wypracowanego przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

**3.2** Prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz udostępnienie ich wyników

**Zadania:**

- Analiza dostępnych danych statystycznych dotyczących problemu narkotyków i narkomanii.
- Badania ankietowe populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej na poziomie wojewódzkim.
- Udział w badaniach ogólnopolskich i samorządów lokalnych województwa opolskiego

**3.3** Monitorowanie narkotyków i narkomanii na terenie województwa opolskiego

**Zadania:**

- Monitorowanie reakcji społecznych na problem narkotyków i narkomanii.
- Zbieranie i analiza danych statystycznych dotyczących problemów społecznych na poziomie wojewódzkim.
- Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie powiatów i gmin
- Wspieranie monitoringu lokalnego

**3.4** Rozwój i konsolidacja systemu informacji o narkotykach i narkomanii.

**Zadania:**

- Gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii
- Gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii
- Realizacja i przedłożenie Sejmikowi Województwa corocznego raportu z wykonania w danym roku Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport
- Sporządzanie w formie ankiety informacji z realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i przesłanie jej do KBPN, w terminie do dnia 15 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy informacja

**4. Współpracujący partnerzy Samorządu Województwa w realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii**

- Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii przy Prezesie Rady Ministrów,
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- Krajowe Centrum ds. AIDS,
- Wojewoda Opolski i Centrum Zdrowia Publicznego,

- Komenda Wojewódzka Policji i Komendy Powiatowe na mocy zawartych porozumień,
- Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Opolu (na mocy zawartych porozumień),
- Samorządy powiatowe i gminne,
- Instytucje oświatowe (m. in. Kuratorium Oświaty, Wojewódzki Ośrodek Metodyczny w Opolu, wydziały oświaty w samorządach, szkoły, ośrodki szkolno-wychowawcze, itp.),
- Instytucje pomocy społecznej,
- Kościół Rzymsko-Katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe,
- Uczelnie wyższe województwa opolskiego (Uniwersytet Opolski, Politechnika Opolska, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu oraz Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu i inne),
- Organizacje pozarządowe: organizacje, fundacje i stowarzyszenia mające w swoich zadaniach profilaktykę i pomoc osobom uzależnionym.

## **5. Organizacja i finanse**

Wojewódzki program przeciwdziałania narkomanii realizowany jest przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego. Za realizację programu odpowiada Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej. Pełnomocnik współdziała w zakresie wykonywanych zadań z właściwymi strukturami organizacyjnymi Urzędu Marszałkowskiego i z innymi instytucjami oraz organizacjami. W budżecie województwa opolskiego, w rozdziale 85153, przewidziane są środki finansowe na realizację zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii.

