

Załącznik do Uchwały nr 1056/L/06
Sejmiku Województwa Pomorskiego
z dnia 24 lipca 2006 roku



**STRATEGIA
POLITYKI SPOŁECZNEJ
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO
do 2013**

czerwiec 2006

Spis treści:

WPROWADZENIE	4
ROZDZIAŁ I POLITYKA SPOŁECZNA PAŃSTWA I ZASOBY INSTYTUCJONALNE ZAANGAŻOWANE W JEJ REALIZACJĘ	7
ROZDZIAŁ II DIAGNOZA STANU SPOŁECZNEGO WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	14
II.1. Proces starzenia demograficznego ludności	14
II.2. Kondycja i zagrożenia współczesnej rodziny.....	17
II.3. Główne obszary problemowe.....	24
II.3.1. Bezrobocie.....	24
II.3.2. Bezdomność.....	27
II.3.3. Sytuacja osób niepełnosprawnych	30
II.3.4. Uzależnienia.....	33
II.3.4.1. Alkoholizm.....	33
II.3.4.2. Narkomania.....	37
II.3.5. Osoby opuszczające zakłady karne.....	40
II.3.6. Ubóstwo.....	40
II.3.7. Dostęp do usług zdrowotnych.....	44
II.3.8. Dostęp do edukacji.....	48
II.4. Aktywność obywatelska.....	51
II.5. Analiza SWOT.....	54
ROZDZIAŁ III MISJA, PRIORYTETY, CELE I DZIAŁANIA POLITYKI SPOŁECZNEJ	57
PRIORYTET I. Wzrost zatrudnienia i mobilności zawodowej.....	58
PRIORYTET II Wzmacnianie integracji społecznej.....	59
PRIORYTET III. Rozwój społeczeństwa obywatelskiego.....	60
PRIORYTET IV Poprawa infrastruktury społecznej i systemów wsparcia integracji społecznej.....	61
ROZDZIAŁ IV. WDROŻENIE, MONITOROWANIE I EWALUACJA STRATEGII POLITYKI SPOŁECZNEJ WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	63
ROZDZIAŁV. ANEKS	65
V.1. Tabele.....	65
V.2. Słownik użytych pojęć.....	91
V.3. Wykorzystane materiały.....	100

Uchwałą nr 789/227/05/ Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 13.09.2005 r. zmienioną Uchwałą nr 64/363/06 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 24.01.2006 r. powołany został **Zespół Zadaniowy ds. Strategii Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego do 2013 roku** w składzie:

1. Przewodniczący Zespołu - Ryszard Nikiel – Wicemarszałek Województwa Pomorskiego
2. Zastępca przewodniczącego Zespołu – Krystyna Dominiczak – Dyrektor Departamentu Edukacji i Spraw Społecznych
3. Sekretarz Zespołu – Katarzyna Weremko – główny specjalista w Departamencie Edukacji i Spraw Społecznych
4. Władysław Kanka – Przedstawiciel Wojewody Pomorskiego
5. Odeta Mazur- Gałuszny – Przedstawiciel Wojewódzkiego Urzędu Pracy
6. Zygmunt Medowski – Przedstawiciel Pomorskiej Rady Organizacji Pozarządowych
7. Renata Majda – Przedstawiciel Starosty Kwidzińskiego
8. Jan Zieliński – Przedstawiciel Starosty Chojnickiego
9. Gabriela Gołata – Przedstawiciel Starosty Kartuskiego
10. Bożena Ugowska – Przedstawiciel Starosty Kościerskiego
11. Helena Bugaj – Przedstawiciel Starosty Starogardzkiego
12. Anna Sawirska – Przedstawiciel Starosty Malborskiego
13. Zdzisław Korda – Przedstawiciel Starosty Lęborskiego
14. Halina Mrozik – Przedstawiciel Starosty Słupskiego
15. Genowefa Małyszko – Przedstawiciel Starosty Wejherowskiego
16. Jerzy Górny – Przedstawiciel Starosty Człuchowskiego
17. Alicja Majewska – Przedstawiciel Starosty Tczewskiego
18. Beata Kowalczyk – Przedstawiciel Starosty Powiatu Ziemińskiego Gdańskiego
19. Dorota Betkier – Przedstawiciel Starosty Nowodworskiego
20. Joanna Żmuda-Trzebiatowska – Przedstawiciel Starosty Bytowskiego
21. Jarosław Józefczyk – Przedstawiciel Prezydenta Miasta Gdyni
22. Mariola Rynkiewicz – Przedstawiciel Prezydenta Miasta Słupska
23. Anna Jarosz – Przedstawiciel Prezydenta Miasta Sopotu
24. Magdalena Malczewska – Przedstawiciel Prezydenta Miasta Gdańska
25. Barbara Burzyńska – Przedstawiciel Departamentu Rozwoju Obszarów Wiejskich i Ochrony Środowiska Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego
26. Gabriela Kruszewska – Przedstawiciel Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego

Prace Zespołu moderowały: Pani Ewa Kamińska oraz Pani Ewa Szczypior – eksperci z dziedziny polityki społecznej.

WPROWADZENIE

Potrzeba opracowania Strategii Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego wynika z konieczności sformułowania założeń kierunkowych, wskazujących koncepcję rozwoju społecznego. Koncepcja ta winna być oparta na rzetelnej analizie sytuacji, a także przyjęta i zaakceptowana przez wszystkie podmioty uczestniczące w realizacji działań na rzecz spójnego rozwoju gospodarczo- społecznego regionu.

Cele i działania w tym zakresie zostały zawarte w Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego. Aby jednak móc właściwie je operacjonalizować, a także ocenić rezultaty i efekty, trzeba wspólnie wiedzieć dlaczego i dokąd zmierzamy.

Przełom wieków w Europie i pierwsze lata XXI wieku niosą konieczność także ogólnoeuropejskiej refleksji nad rozwojem i jego kierunkami oraz przekonanie o konieczności budowania europejskiej polityki społecznej. W roku 2000 państwa członkowskie UE przyjęły Strategię Lizbońską. Po pięciu latach jej realizacji uznano, że Europejski Model Społeczny opiera się na dwóch filarach: pełnym zatrudnieniu i spójności społecznej.

Najistotniejsze są dla tego modelu następujące dokumenty:

- Strategia Polityki Społecznej z 2000 r., rewizja z 2004 r.;
- Strategia Spójności Społecznej z 2000r., rewizja z 2004 r.;
- Strategiczne Wytyczne Wspólnoty w zakresie polityki spójności UE;
- Projekt Rozporządzenia Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego.

Strategiczne Wytyczne Wspólnoty w zakresie polityki spójności formułują 3 zasadnicze cele polityki spójności UE:

- Stworzenie z Europy i jej regionów bardziej atrakcyjnego miejsca dla inwestowania i pracy;
- Podnoszenie poziomu wiedzy i innowacyjności na rzecz wzrostu;
- Większa liczba miejsc pracy i utrzymanie zatrudnienia wśród coraz większej liczby osób, poprawianie zdolności adaptacyjnych pracowników i przedsiębiorstw, zwiększanie inwestycji w kapitał ludzki.

Zmodyfikowany projekt Rozporządzenia Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego wymienia następujące priorytety:

- Zwiększanie zdolności adaptacyjnych pracowników i przedsiębiorstw;
- Poprawę dostępu do zatrudnienia i trwałego włączenia do rynku pracy;
- Integrację społeczną osób w gorszym położeniu;
- Mobilizację w zakresie reform systemowych w dziedzinie zatrudniania i integracji społecznej;
- Wzmocnienie kapitału ludzkiego;
- Wzmocnienie zdolności instytucjonalnej na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym;
- Pomoc techniczna.

Liczba krajowych strategii odnoszących się do polityki społecznej, ich wewnętrzna i wzajemna niespójność utrudnia logiczne uwzględnianie przesłanek z nich wynikających w regionalnej strategii polityki społecznej. Dokumenty te podlegają też ciągłym zmianom.

Wśród polskich dokumentów o ponadregionalnym znaczeniu, których rekomendacje winna Strategia Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego uwzględniać, są:

- Narodowa Strategia Spójności 2007 – 2013 / projekt/;
- Strategia Rozwoju Kraju 2007 – 2013 / założenia, podstawowe informacje/;
- Strategia Polityki Społecznej na lata 2005 – 2013;

- Narodowa Strategia Integracji Społecznej;
- Strategia Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego na lata 2007 – 2013;
- Program Operacyjny Kapitał Ludzki / projekt/ ;
- Krajowy Program Reform na lata 2005-2008;
- Narodowy Plan Działań na Rzecz Zatrudnienia / przygotowywane na każdy rok/.

Samorząd Województwa Pomorskiego zdecydował o podjęciu działań na rzecz budowania Strategii Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego do roku 2013 w formie dokumentu towarzyszącego Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego. Uchwałą Nr 589/XXXV/05 Sejmik Województwa Pomorskiego w dniu 8 lipca 2005 roku, zmienioną Uchwałą Nr 800/XLIV/06 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 27 lutego 2006 roku przyjął harmonogram opracowania Strategii Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego do 2013 roku.

Polityka społeczna winna być realizowana poprzez 4 rodzaje działań:

- prewencyjne;
- wczesną interwencję;
- interwencję kryzysową;
- integrację społeczną i zawodową.

Założenia polityki społecznej

1. najważniejszym założeniem jest umożliwienie mieszkańcom Pomorza pełnego rozwoju i uczestnictwa w życiu gospodarczo – społecznym regionu.
2. obowiązkiem administracji i samorządu jest stwarzanie takich warunków i przestrzeni, które umożliwią mieszkańcom na każdym etapie życia i w każdej wspólnotie, w której uczestniczą- rodzinie, grupie rówieśniczej, miejscu edukacji i pracy, wspólnotie lokalnej, możliwość suwerennej samorealizacji i podejmowania odpowiedzialności za jakość życia i dobro wspólne
3. konieczne jest działanie na rzecz realizacji wartości jakimi są: spójność i solidarność społeczna – to znaczy wyrównywania szans wszystkich osób i grup społecznych regionu i solidarne współdziałanie na rzecz pełnej integracji i reintegracji, przeciwdziałania marginalizacji i dążenie do inkluzji, troska o zachowanie tożsamości kulturowej

Oczekujemy, że przyjęcie wszystkich powyższych założeń ma dać w efekcie szansę na zrównoważony rozwój regionu, a więc wysoką jakość życia społeczno-gospodarczego z zachowaniem zasobów kulturowych, przyrodniczych, z pełnym wykorzystaniem potencjału gospodarczego, środowiskowego, kulturowego i ludzkiego.

Realizacji tych założeń sprzyjać winny **zasady**:

- pomocniczości;
- uznania troski o zdrowie i wykształcenie jako fundamentu rozwoju;
- traktowania dobrze funkcjonującej rodziny jako gwaranta prawidłowego rozwoju, samorealizacji i szkołę budowania umiejętności dialogu, partnerstwa i uczestnictwa;
- zapewniania równego dostępu do praw, dóbr i usług w tym dostępu do nowoczesnych technologii informacyjno - komunikacyjnych;
- dialogu i partnerstwa jako fundamentu inicjatyw/ działania wszystkich podmiotów zaangażowanych w realizację polityki społecznej;
- zasada otwartości i przejrzystości działań.

Zespół Zadaniowy intensywnie pracował nad diagnozą sytuacji społecznej województwa, zanalizował mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia, przygotował misję, określił priorytety, cele szczegółowe i działania prowadzące do ich realizacji. Na koniec sformułował propozycję wdrażania, monitorowania i ewaluacji. Przez cały czas pracy Zespołowi towarzyszyła troska o to, by wskazywane działania mogły być podejmowane skutecznie, spójnie, z większą kontrolą ich wpływu na zmianę niekorzystnych zjawisk społecznych, z wykorzystaniem zasobów.

Praca zespołu zaowocowała przyjęciem przez Zarząd Województwa Pomorskiego w dniu 02.05.2006 r. projektu Strategii Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego i oddaniem jej do konsultacji społecznej.

Konsultację zaplanowano w czterech miastach-siedzibach powiatów. Dyskusję ogniskowano w każdym z tych miejsc wokół jednego, wybranego priorytetu. Wraz z przekazaniem projektu Strategii do publicznej dyskusji poprzez umieszczenie tekstu projektu oraz formularza konsultacyjnego w internecie, zamieszczono tam także harmonogram i program konsultacji terenowych.

Miesiąc konsultacji Zespół zakończył analizą i uwzględnieniem głosów w dyskusji. Tak wzbogacony projekt został przedstawiony Zarządowi Województwa Pomorskiego.

ROZDZIAŁ I: POLITYKA SPOŁECZNA PAŃSTWA I ZASOBY INSTYTUCJONALNE ZAANGAŻOWANE W JEJ REALIZACJĘ

Analiza aktywności i efektywności działania instytucji i służb życia publicznego w realizację polityki społecznej państwa w kontekście przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu była przedmiotem prac Zespołu Zadaniowego ds. Reintegracji Społecznej powołanego w procesie przygotowywania Narodowej Strategii Integracji Społecznej.

Zespół ten przygotował w tej sprawie *Raport* analizujący politykę społeczną państwa w konkretnych politykach szczegółowych:

- Polityce edukacyjnej,
- Polityce rynku pracy i ubezpieczenia społecznego,
- Ochrony zdrowia,
- Pomocy społecznej,
- Polityce penitencjarnej,
- Polityce kulturalnej.

W obrębie tych dziedzin w analizie brano także pod uwagę działania wobec wybranych grup osób dotkniętych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- Osób niepełnosprawnych,
- Osób psychicznie chorych,
- Osób opuszczających zakłady karne,
- Kobiet / zwłaszcza mających trudności w powrocie na rynek pracy po okresie rodzenia i opieki nad małymi dziećmi,
- Osób uzależnionych,
- Osób długotrwale bezrobotnych,
- Osób bezdomnych.

Informacje zawarte w tym raporcie odnoszą się również do województwa pomorskiego. Wnikliwe badania pozwoliłyby pewnie znaleźć cechy charakteryzujące szczegółowo działania instytucjonalne w regionie, niestety brak takich badań. Stąd ogólne informacje z przywoływanego raportu muszą wystarczyć dla nakreślenia problemu.

Za politykę edukacyjną odpowiadają samorządy gmin i powiatów.

Analiza polityki edukacyjnej doprowadziła autorów raportu do następujących stwierdzeń:

- System edukacyjny zawiera elementy wyboru drogi edukacyjnej i w znaczący sposób wpływa na rozeznanie w faktycznych możliwościach i zdolnościach ucznia oraz wsparcia go w tym wyborze ze strony środowiska rodzinnego i służb do tego powołanych /poradni, orzecznictwa/
- W odniesieniu do edukacji procesy marginalizacji rozpoczynają się często już w trzecim roku życia. Większość dzieci w wieku 3-5 lat pozostaje poza sferą wpływu wychowania przedszkolnego. Dotyczy to przede wszystkim dzieci wiejskich oraz dzieci ze środowiska marginalizowanych
- Szkoła, zamiast być podstawową instytucją wyrównywania szans życiowych dzieci, istniejące już różnice uzewnętrznia i pogłębia. Stawia na „modelowego ucznia” – zdrowego, pochodzącego ze środowiska zabezpieczonego ekonomicznie, umotywowanego do nauki i nie sprawiającego trudności wychowawczych. Do takiego ucznia ustala się standardy.
- W szkolnictwie ponadgimnazjalnym największym problemem jest szkolnictwo zawodowe. Nie sprawdziła się próba przesunięcia punktu ciężkości na kształcenie

ogólnozawodowe/w liceach profilowanych, które jednak nie są związane z rynkiem pracy, oparte o przestarzały park maszynowy i niechętnym zmianom kadre pedagogiczną. Brak wśród przedsiębiorców i instytucji rynku pracy wsparcia dla samorządów lokalnych odpowiedzialnych za organizację szkolnictwa w tym zakresie stanowi najistotniejszy problem i w prosty sposób przekłada się na rosnący poziom bezrobocia, obciążeń społecznych i frustracji.

- W ramach szkolnictwa wyższego obserwujemy wzrost ilości miejsc i studentów, z których 72% studiuje na uczelniach państwowych, a 28% na uczelniach prywatnych. Niepokojącym zjawiskiem jest jednak zwiększanie się ilości studentów zaocznych /54%. Rekrutują się oni głównie ze środowisk uboższych pod względem materialnym i wykształcenia. Płacąc za studia często wysokie ceny, pracują. Mają znacznie mniej szans na korzystanie z bibliotek, laboratoriów, kół naukowych, kontaktów z kadra akademicką. Podatnicy zaś opłacają studia młodzieży w lepszej sytuacji finansowej, która otrzymuje wykształcenie lepszej jakości.
- Podkreśla się konieczność rozwoju procesu kształcenia ustawicznego i uczenia się przez całe życie jako procesu wspomagania i ukierunkowywania rozwoju osobowości.
- Gruntownych zmian wymaga kształcenie dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych w tym dzieci niepełnosprawnych, przewlekle i psychicznie chorych, uzależnionych, przebywających w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, posiadających szczególne uzdolnienia. Zmiany te, to przede wszystkim zmiany w kształceniu nauczycieli, mierzeniu jakości ich pracy i zarządzaniu szkołą, imienna subwencja oświatowa, motywacja finansowa dla nauczycieli podejmujących pracę z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych, elastyczność szkolnictwa specjalnego, zmiany infrastruktury edukacyjnej, większego zaangażowania rodziców i partnerów społecznych w programowanie i realizację procesu edukacji. Zmiany są również konieczne w edukacji dzieci i młodzieży przebywającej w zakładach poprawczych i schroniskach. Raport podkreśla, że powinny one iść w dwóch kierunkach: przechodzenia z placówek o większym do placówek o dwóch mniejszym rygorze oraz otwarcia edukacyjnego zakładów na środowisko lokalne przez ofertę np. kształcenia zawodowego adresowaną również do środowiska lokalnego i korzystającą z przedsiębiorstw lokalnych.
- Wyrównywanie szans uczniów wymaga generalnie ścisłej współpracy szkoły z rodziną, służbami medycznymi, instytucjami poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego i rodzinnego. Organizacja tej współpracy jest ciągle niewystarczająco realizowanym zadaniem samorządu lokalnego.

Realizatorami polityki Państwa w zakresie **ryнку pracy** są: **resort gospodarki, pracy i polityki społecznej, wojewódzkie urzędy pracy/ WUP/, powiatowe urzędy pracy /PUP/ i urzędy wojewódzkie**. Instytucje te realizują swoje zadania poprzez zdecentralizowany obecnie Fundusz Pracy. Wydatki Funduszu jednak w ogromnej mierze kierowane były na łagodzenie skutków bezrobocia nie zaś na aktywne programy rynku pracy.

Zatrudnienie w instytucjach obsługi rynku pracy wykazuje niekorzystną strukturę – niezwykle mało pośredników i doradców zawodowych, dużą płynność zatrudnienia. Na jednego pośrednika przypada ok. 2,5 tys. bezrobotnych a na jednego doradcę blisko 6,7 tys. /8 razy więcej niż w krajach UE/. Przekłada się to na słabe kontakty między urzędami pracy a biznesem i szkołami. Udział publicznych służb zatrudnienia w procesie przyjęć do pracy kształtował się w Polsce w 2000 r. na poziomie 37,4% a w 2001 na poziomie 30,6 % .

Polskie bezrobocie charakteryzują: wysoka stopa bezrobocia zarejestrowanego, wyższa stopa bezrobocia dla kobiet, wysoka stopa bezrobotnych długotrwale, pozostających bez pracy i bez

prawa do zasiłku, wysokie bezrobocie wśród ludzi młodych, duże zróżnicowanie regionalne wysokości stopy bezrobocia.

Faktem wskazującym na podstawowy mechanizm wykluczania z rynku pracy jest podział na rynek „nielegalny”/ niezwykle elastyczny/ i „legalny”/regulowany przez sztywne zasady formalne/.

System zabezpieczający w sytuacji ryzyka socjalnego uniemożliwiającego zdobywanie dochodów przez pracę tj. system ubezpieczeń społecznych, jest ściśle związany z sytuacją na rynku pracy /pobierane składki obciążają fundusz płac/.

Tutaj głównymi instytucjami są **ZUS i KRUS**. Kierują one swoją pomoc zasadniczo do opłacających składki. Przed reformą było zbyt wiele usprawiedliwionych okresów nie składkowych, obecnie tych okresów jest niewiele, a przywileje finansowane są z budżetu państwa. Koszty pracy generowane przez system ubezpieczeń stwarza silny podział na legalny i nielegalny rynek pracy. Brak możliwości wejścia do systemu ubezpieczeń społecznych pogłębia wykluczenie osób będących poza legalnym rynkiem pracy.

Polski system emerytalny przejmie wysokie różnice w wynagrodzeniach i przysporzy seniorów-klientów pomocy społecznej. Niższy wiek emerytalny kobiet przyczyni się do znacznie niższych świadczeń pogorszy jeszcze bardziej ich sytuację finansową.

Odrębnym problemem jest **udziałowy model zatrudnienia osób niepełnosprawnych**, a instytucja organizująca finansowanie rynku pracy chronionej jest **PFRON**.

Podstawowym parametrem systemu jest 6% zatrudnienie osób niepełnosprawnych /w administracji publicznej i kulturze obowiązuje wskaźnik 3% od 2005 r., 5% od 2007 i 6% od 2008r./.

Fundusz powstaje z tzw. składek uiszczanych przez pracodawców zatrudniających powyżej 25 osób, którzy nie zachowują wskazanego procenta zatrudniania osób niepełnosprawnych. PERON wydaje pieniądze na rehabilitację zawodową / finansowanie składek na ubezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych zatrudnionych, dofinansowywanie składek ZUS i niektórych wynagrodzeń, refundacje części wynagrodzeń osób najciężiej niepełnosprawnych w ZPCH oraz programy celowe Rady i Pełnomocnika Rządu/, rehabilitację społeczną / WTZ, programy celowe, turnusy rehabilitacyjne oraz budowę i rozbudowę obiektów służących rehabilitacji/. Raport podkreśla zbyt wysokie /przekraczają 14 %/ koszty wydatków bieżących i obsługi.

Ten model zatrudnienia kreuje chroniony rynek pracy, powoduje postrzeganie niepełnosprawnego pracownika przez pryzmat „idących za nim” przywilejów dla pracodawcy. W raporcie podkreśla się również brak zakładanego łańcucha WTZ – ZAZ – ZPCH, który nie stanowi ścieżki ku zatrudnieniu. W naszym województwie istnieje jeden ZAZ, który dopiero zaczął swoją działalność.

Wśród osób niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej stopa bezrobocia jest dwukrotnie wyższa niż w zbiorowości osób niepełnosprawnych w ogóle. Osoby niepełnosprawne z powodu zaburzeń psychicznych stanowiły zaledwie 8% ogółu zatrudnionych niepełnosprawnych. Wielkie nadzieje na zmianę wiąże się z rozwojem społecznej gospodarki rynkowej i tworzeniem firm społecznych. Zadaniem firm społecznych jest integracja osób pracujących odpłatnie oraz wolontariuszy, działalności rehabilitacyjnej i szkoleniowej oraz innych inicjatyw, które nie mają charakteru gospodarczego, a których celem jest pomoc i wsparcie dla osób niepełnosprawnych. Ideą takiego przedsięwzięcia jest integracja, a nie maksymalizacja dochodu, a podstawowym problemem utrzymanie balansu pomiędzy oczekiwaniami osób niepełnosprawnych a potrzebami rynku.

Główną przyczyną **dyskryminacji kobiet na rynku pracy** jest kulturowy podział prac w rodzinie na prace typowo kobiece i męskie. Przeświadczenie to jest głęboko zinternalizowane przez obie płcie i nawet, jeśli kobieta pracuje zarobkowo, to jej zarobki są uzupełnieniem do budżetu rodzinnego, tak jak praca mężczyzn w domu pozostaje pomocą w obowiązkach kobiety.

Kobiety są podstawowym zasobem, który jest dziś w niewystarczającym stopniu wykorzystywany zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym.

W zakresie **ochrony zdrowia** zasadniczymi zasobami są: **Narodowy Fundusz Zdrowia i jego terenowe oddziały, inne organy i jednostki podległe i nadzorowane przez Ministerstwo Zdrowia.**

Do kompetencji **wojewody** należy:

- Organizacja zadań z zakresu inspekcji sanitarnej,
- Prowadzenie rejestru ZOZ,
- Prowadzenie rejestru usług medycznych,
- Kontrola medyczna ZOZ.

Do kompetencji **samorządu wojewódzkiego** należy:

- Jest organem założycielskim dla samodzielnych publicznych ZOZ,
- Tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy,
- Prowadzi zakłady opieki psychiatrycznej.

Do kompetencji **samorządu powiatowego** należy:

- Jest organem założycielskim dla samodzielnych publicznych ZOZ,
- Prowadzi niektóre sprawy z zakresu rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych,
- Zapewnia i organizuje odpowiedni standard usług w domach pomocy społecznej zwłaszcza dla chorych psychicznie,
- Uczestniczy w organizacji ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży,
- Organizuje zadania z zakresu inspekcji sanitarnej,
- Zapewnia kobietom w ciąży opiekę medyczną, socjalną i prawną,
- Opracowuje i realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.

Do kompetencji **gminy** należy:

- Zabezpieczenie dostępności do świadczeń poz, położnictwa i ginekologii oraz stomatologii,
- Jest organem założycielskim dla samodzielnych publicznych ZOZ,
- Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych,
- Alkoholowych ramach zadań zleconych realizuje usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Analiza polityki zdrowotnej w raporcie zawiera następujące stwierdzenia:

- Dostęp do systemu ubezpieczenia jest szeroki, ale nierówny dla wszystkich grup społecznych / beneficjenci nie ponoszący kosztów ubezpieczenia nie mają dostępu do profilaktyki, rekonwalescencji i rehabilitacji dłuższego leczenia farmakologicznego/,
- Skala wydatków na ochronę zdrowia stopniowo maleje,
- Zbyt wysoki jest udział pacjentów w ponoszeniu kosztów leków/ według WHO przekraczanie 40 % udziału w kosztach powoduje krytyczny brak dostępu – my sięgamy tej granicy/,
- Zdrowie osób gorzej uposażonych i wykształconych zależy jeszcze od zamożności regionu, mieszkania w mieście lub na wsi i zawsze wiąże się z obniżonym standardem usługi,
- Niewielka jest wiedza o zakresie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych,
- Nie sprawdzili się w praktyce system lekarzy rodzinnych / potrzebne są na to zmiany w strukturze ZOZ/,
- Niewielka jest aktywność na polu profilaktyki i bardzo niewielkie przeznaczają się na nią środki.

Analiza **polityki mieszkaniowej** w raporcie kładzie nacisk na takie zjawiska jak:

- Ogromny deficyt mieszkań
- Zły stan techniczny i postępująca dekapitalizacja zasobów oraz zmniejszone rozmiary budownictwa mieszkaniowego
- Niski standard zasobów
- Wzrastające koszty utrzymania i użytkowania

Za realizację polityki mieszkaniowej odpowiedzialne są **samorządy gminne**. Należy stwierdzić, że polityka ukierunkowana na umożliwienie korzystania z dobra – mieszkania, praktycznie w Polsce nie istnieje. Systematycznie spada udział środków publicznych w sferze mieszkaniowej. Niski poziom zaspokajania potrzeb mieszkaniowych cechuje zwłaszcza rodziny wielodzietne oraz rodziny utrzymujące się ze źródeł nie zarobkowych. Niedobór mieszkań w największym stopniu dotyczy młodych rodzin. Pokolenie ludzi starszych doświadcza zwłaszcza złego stanu technicznego starych zasobów mieszkaniowych. Brakuje również rozwiązań systemowych dla osób niepełnosprawnych.

Rozwiązaniem właściwym wydaje się byłyby osiedla integracyjne, mieszkania chronione i wspomagane oraz koncepcje mieszkań wielopokoleniowych.

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu w polityce mieszkaniowej należy budować z wielu elementów:

- Większego zaangażowania środków publicznych;
- Usunięcia finansowych barier w rozwoju mieszkalnictwa czynszowego;
- Zwiększeniu dostępu do Towarzystwa Budownictwa Społecznego dla grup niezamożnych;
- Rozwój budownictwa komunalnego;
- Rozwój na poziomie gmin mieszkań chronionych i wspomaganych;
- Rozszerzenie zakresu dodatków mieszkaniowych.

W zakresie **pomocy społecznej** nie tyle struktura instytucji /choć można mieć do niej zastrzeżenia /ile jej funkcjonowanie wydaje się nie sprzyjać przeciwdziałaniu zjawisku wykluczenia społecznego.

Instytucjami systemu pomocy społecznej są:

- Ośrodki Pomocy Społecznej na poziomie gmin
- Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie
- Administracja rządowa i samorządowa województwa

Formy pomocy społecznej to:

- Świadczenia pieniężne;
- Ośrodki wsparcia;
- Mieszkania chronione;
- Domy pomocy społecznej;
- Rodziny zastępcze;
- Placówki opiekuńczo-wychowawcze.

Wśród barier utrudniających efektywne działanie systemu pomocy społecznej, przytaczany Raport wymienia:

- Trudność stanowi niestabilne prawo w sferze pomocy społecznej;
- Wymóg powiatowych strategii rozwiązywania problemów społecznych jest spełniany na bardzo różnym poziomie merytorycznym, a w ich budowie i realizacji najczęściej nie ma współpracy podmiotów działających na rzecz rozwiązywania poszczególnych problemów;
- Brak zaangażowania najmniejszych wspólnot, ale i współpracy między podmiotami publicznymi i organizacjami pozarządowymi;

- Generalnie systemowi pomocy społecznej brak dobrej informacji: nie prowadzi się regularnych badań grup zagrożonych wykluczeniem społecznym, osób wchodzących i wychodzących z systemu, badań ewaluacyjnych;
- Problemem jest dopasowanie „oferty” pomocy do kwestii społecznej / system jest „nieczuły”, działa z opóźnieniem, toleruje „pasażerów na gapę”/;
- Pomoc społeczna nastawiona jest na „ratownictwo społeczne”, działa wedle strategii interwencyjnej, nie profilaktycznie. Widoczny jest kontrast celu ideologicznego systemu – dążenie do usamodzielniania osoby wspomaganiej, a celu klienta – wejść i jak najdłużej pozostać w bezpiecznym systemie;
- Obserwuje się przeciążenie pracowników pomocy społecznej – na jednego pracownika socjalnego pracującego w rejonie obecnie przypada 2 929 mieszkańców /przy średniej krajowej 3 237/, ale ustawowym wskazaniem jest rejon nie większy niż 2000 mieszkańców.

Polityka postpenitencjarna dotyczy procesu przygotowywania skazanych do życia na wolności oraz pomocy w pierwszych miesiącach po odbyciu kary.

Instytucje w ten proces zaangażowane to:

- Instytucje służby więziennej;
- Instytucje pomocy postpenitencjarnej / kuratorzy sądowi i działania administracji rządowej i samorządu terytorialnego- pomoc społeczna, organizacje pozarządowe/.

Przyjmuje się do realizacji, przy wsparciu instytucji zewnętrznych, cele socjalne, takie jak: edukacja, dostęp do pracy, ochrona zdrowia, kultura, rekreacja i sport.

W ocenie Raportu:

- państwo winno znacznie aktywniej i przy użyciu znacznie większych środków angażować się w działania w tym zakresie. Podstawową przesłanką jest rosnąca ilość osadzonych /województwo pomorskie jest w tym zakresie w czołówce/,
- podstawowe usługi i świadczenia w tym zakresie wymagają nie tylko większych środków, ale także wprowadzenia bardziej aktywnych, nowych instrumentów /edukacja indywidualna, zamówienia pozwalające na zatrudnienie.../
- konieczny jest lepszy przepływ informacji i współpraca między Służbą więzienną, sądami okręgowymi i organizacjami społecznymi.

Według Raportu w Polsce brak jest programów rządowych przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu przez promocję **uczestniczenia w kulturze**. Brak czy niedostatek dostępu do kultury nie jest w Polsce traktowany jako wykluczenie.

Przyczyna spadku uczestnictwa w kulturze leży zarówno po stronie gorszej oferty, zmniejszonego dostępu /dla niektórych grup w ogóle braku jakiegokolwiek dostępu/jak i redukcji potrzeb kulturalnych.

Głównym podmiotem odpowiedzialnym za realizację zadań w dziedzinie kultury są jednostki samorządu terytorialnego – gminy.

Po okresie transformacji utrwały się lub nawet pogłębiły dysproporcje między miastem a wsią w dostępie do kultury. Również w zakresie edukacji kulturalnej szkoły na wsi są w znacznie gorszej sytuacji. Miejsce zamieszkania – miasto lub wieś – staje się najważniejszym socjologicznie czynnikiem awansu bądź degradacji cywilizacyjnej i prowadzi do powstania państwa o dwóch szybkościach.

Raport podkreśla w tym zakresie rangę partnerstwa społecznego jako jednego z zasadniczych warunków integracji społecznej oraz znalezienie optymalnego w warunkach polskich punktu równowagi między różnorodnością i spójnością społeczną.

Raport porusza kwestię **e – wykluczenia**. Jest to kwestia nienadążania za wyzwaniami, niemożność adaptacji do zmian – znajomości nowego języka techniki, obsługi nowych

produktów, nabywania kompetencji społeczeństwa informacyjnego. W sytuacji, gdy 83% gospodarstw domowych nie ma dostępu do Internetu można mówić o pogarszaniu się warunków już wykluczonych.

Pojawia się również problem uzależnienia: pierwotnego – fascynacji techniką i władzą nad nią oraz wtórnego – rezygnacja z komunikowania się z innymi i zamykanie w świecie techniki komputerowej. Oba uzależnienia stają się powodem wykluczenia społecznego.

Raport omawiający politykę państwa w kontekście przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu podejmuje jeszcze tematykę działań na rzecz **osób uzależnionych**.

Działania inkluzyjne w rozwiązywaniu problemów alkoholowych zawarte zostały w **Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**.

Opiera się on na trzech założeniach systemowych;

- Dla zwiększenia skuteczności Programu pożądane jest doskonalenie współdziałania administracji rządowej i samorządowej wszystkich szczebli:
 1. centralna administracja rządowa – **PARPA, Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii,**
 2. samorząd województwa – ekspert, pełnomocnik ds. rozwiązywania problemów alkoholowych i **Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii,**
 3. samorządy gminne – **Gminne Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Gminne Programy Przeciwdziałania Narkomanii,**
 4. organizacje pozarządowe i środowiska samopomocowe dla osób z problemami alkoholowymi.
- Dla realizacji Programu konieczne jest rozwijanie bazy materialnej, organizacyjnej i merytorycznej.
- Dla realizacji Programu konieczne jest zapewnienie stabilnego i racjonalnego systemu finansowania realizacji zadań ustawowych.

ROZDZIAŁ II. DIAGNOZA STANU SPOŁECZNEGO WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

II.1. Proces starzenia demograficznego ludności

Proces starzenia demograficznego ludności obejmuje coraz większą liczbę krajów, w tym zwłaszcza wysoko i średnio rozwiniętych. Od wielu już lat zjawisko to wzmaga się także w Polsce, odnosi się również do województwa pomorskiego.

Struktura ludności według wieku zmienia się pod wpływem trzech czynników: liczby urodzeń, liczby zgonów oraz liczby i struktury demograficznej migrantów.

Oceniając starość demograficzną danego społeczeństwa posługujemy się współczynnikiem informującym o liczbie ludzi starych przypadających na populację dzieci.

Wg. GUS w okresie 1960-2004 udział ludności w wieku 65 lat i więcej wzrósł w Polsce z 5,9% do 13,1 tj. o 7,2 punktu procentowego. W 1960r. na 1000 dzieci w wieku 0-14 lat przypadało w naszym kraju 175 osób w wieku 65 lat i więcej, w 2004r. obciążenie demograficzne wnuków dziadkami wzrosło ponad czterokrotnie.

Między rokiem 1960 a 2004 wyraźnie wzrosła także wartość mediany, czyli wiek środkowy ludności: z 26,7 lat do 36,5 lat, czyli o 9,8 lat. Wymienione dane świadczą o nasilającym się procesie starzenia demograficznego ludności w Polsce.

Dane statystyczne informujące o strukturze ludności według wieku w województwie pomorskim dotyczą 2002, 2003 i 2004 roku. Wybór ten podyktowany jest odbyciem się w 2002 roku spisu powszechnego ludności. W świetle tego spisu ludność Polski liczyła 38.230,1 tys. osób. Ten sam spis wykazał w województwie pomorskim 2 179,9 tys. osób.

Z przedstawionych danych w tabl. nr 1/ w aneksie/ wynika, że w badanym okresie 2002-2004 liczba dzieci w wieku 0-14 lat zmniejszyła się o 21,1 tys. osób, pociągając za sobą spadek udziału względnego tej zbiorowości w ogólnej liczbie ludności: z 18,8% do 17,7%. Jest to skutek trwającego od wielu lat już spadku liczby urodzeń. Odsetek dzieci w wieku 0-14 lat w końcu 2004r. był wyraźnie niższy w miastach województwa pomorskiego gdzie wynosił 15,5% ogółu ludności tegoż środowiska, wyższy zaś na wsi osiągając 22,5%. Wymienione współczynniki obrazujące udział najmłodszej generacji w liczbie ludności ogółem oraz liczbie ludności miejskiej i wiejskiej porównane z odpowiednimi danymi ogólnokrajowymi były w latach 2002, 2003 i 2004 zawsze wyższe w województwie pomorskim, niższe zaś w Polsce.

Malejący w ostatnich kilku latach - i to zarówno w województwie pomorskim, jak i w całym kraju - odsetek dzieci w wieku 0-14 lat stał się jednym z czynników sprzyjających starzeniu demograficznemu ludności. Jeśli uwzględnimy ponadto fakt wydłużania przeciętnego trwania życia, który wywiera ważki wpływ na wzrost liczby ludzi w starszym wieku otrzymujemy dodatkowy czynnik stymulujący starzenie demograficzne społeczeństwa.

Dane tabl. 1 (w aneksie) wykazują, że w województwie pomorskim rośnie stale liczba ludności w starszym wieku. Między rokiem 2002 a 2004, czyli w ciągu zaledwie dwóch lat populacja w wieku 65 lat i więcej zwiększyła się o 10,6 tys. osób tj. o 4,3%, a jej udział w ogólnej licznie ludności wzrósł z 11,3% do 11,8%. Trzeba nadmienić, że liczba ludności w starszym wieku zwiększyła się zarówno w środowisku miejskim, jak i wiejskim, przy czym w większym stopniu w tym pierwszym.

Niejednakowy jest także udział populacji w wieku 65 lat i więcej w mieście i na wsi w ogólnej liczbie ludności tychże środowisk (tabl. 1 w aneksie). W końcu 2004 r. omawiana zbiorowość stanowiła: w mieście 12,8% ogółu ludności tegoż środowiska, podczas gdy na wsi odpowiedni wskaźnik wynosił 9,5%. **Wyższy w województwie odsetek dzieci w wieku 0-14 lat, niższy zaś**

odsetek osób w wieku 65 lat i więcej świadczą o młodszej, a więc korzystniejszej w województwie, niż w Polsce, strukturze wieku ludności.

Stałe wydłużanie się przeciętnego trwania życia powoduje wzrost liczby osób osiągających sędziwy wiek tj. 80 lat i więcej. W województwie pomorskim zbiorowość ta liczyła w dniu 31 XII: w 2002 r. 42,3 tys. osób, a w 2004 r. 48, tys. osób; oznacza to, że w ciągu zaledwie dwóch lat zwiększyła się o 5,7 tys. osób, czyli o 13,5%. Jak widzimy (tabl. 2 w aneksie), w ostatnich kilku latach powiększa się odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej. Zjawisko to występuje nie tylko w województwie pomorskim, lecz także w całym kraju.

Przedstawione uprzednio wskaźniki obrazujące zmiany w strukturze ludności wg wieku świadczą jednoznacznie, że stopień starzenia w kontekście demografii w województwie pomorskim jest bardziej zaawansowany w miastach aniżeli na wsi.

Jak wskazują dane w tabl. 3 omawiany wskaźnik w 2004 r. kształtował się w przedziale: od 9,1% w powiecie gdańskim i 9,3% w powiecie wejherowskim, do 11,6% w powiecie malborskim i 11,3% w powiecie nowodworskim.

Szybki - w ostatnich kilkunastu latach - wzrost ludności oznacza, że w najbliższych kilkunastu latach w wiek 65 lat i więcej wstępować będą coraz liczniejsze generacje. Przyszły one, na świat w latach pięćdziesiątych, a więc w okresie wielkiego wyżu demograficznego.

Ludność według społeczno-ekonomicznych grup wieku.

Zarówno w Polsce, jak i na obszarach, z których utworzone zostało województwo pomorskie - od wielu już lat zmniejsza się liczebność populacji w wieku przedprodukcyjnym i jej udział względny w ogólnej liczbie ludności

Jeśli zmniejsza się liczba dzieci i młodzieży, siłą rzeczy w ogólnej liczbie ludności musi wzrastać odsetek ludzi w starszych grupach wiekowych. Inaczej mówiąc spadek liczebności młodych generacji sprzyja procesowi starzenia demograficznego ludności.

Starzenie się ludności w wieku produkcyjnym w województwie pomorskim w latach 2002-2004.

Zjawisko starzenia demograficznego obserwujemy nie tylko wśród ogółu ludności, lecz także w obrębie mniejszych zbiorowości. Przykładem jest tu ludność w wieku produkcyjnym. Młode generacje wstępujące w wiek produkcyjny i najstarsze - wychodzące z tej grupy wieku - zmieniają relacje pomiędzy liczbą osób w tzw. wieku mobilnym (18-44 lata) i wieku niemobilnym (45-64 lata mężczyźni i 45-59 lat kobiety).

Obserwujemy powolny wzrost liczby ludności w wieku produkcyjnym w województwie pomorskim. W okresie 2002-2004 liczebność tej populacji zwiększyła się o 2,3%. Wystąpiły jednak duże różnice w tempie przyrostu między ludnością w młodszym wieku produkcyjnym tzw. mobilnym, i ludnością w starszym wieku produkcyjnym tzw. niemobilnym. Ta pierwsza populacja w wymienionym okresie wzrosła tylko o 0,5%, podczas gdy ta druga o 5,5. Podobne zjawisko występuje w całym kraju.

Ludność w wieku poprodukcyjnym w województwie pomorskim w latach 2002-2004.

Najstarszą populację wyodrębnioną w wyniku podziału ludności według wieku opartego na przesłankach społeczno-ekonomicznych stanowi ludność w wieku poprodukcyjnym. Zbiorowość tą tworzą kobiety w wieku 60 lat i więcej oraz mężczyźni w wieku 65 lat i więcej.

W końcu 2004 r. udział tej zbiorowości w ogólnej liczbie ludności wyniósł 13,8%, był to wskaźnik niższy niż w całym kraju, gdzie zanotowano 15,3%.

Należy zaznaczyć, że w województwie pomorskim w okresie 2002-2004 liczba ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększyła się zarówno w miastach, jak i na wsi. Jednakże udziały tych populacji w ogólnej liczbie ludności w końcu 2004 r. były wyższe w mieście (15,1%), wyraźnie

zaś niższe na wsi (11,0%). Takiego zjawiska nie notujemy w Polsce, tu bowiem odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym był wyższy właśnie w środowisku wiejskim a nie miejskim.

Prognoza liczby ludności w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym w województwie pomorskim do 2030 r.

Po roku 2010 aż do 2030 liczba ludności w wieku produkcyjnym w województwie pomorskim będzie stale maleć, spadek ten dotyczyć będzie wyłącznie populacji w wieku produkcyjnym mobilnym. W wyniku tych procesów zmniejszy się w ogólnej liczbie ludności produkcyjnej udział populacji w wieku mobilnym. W końcu 2004 r. wynosił on 63,5%, w 2010 r. zmniejszy się do 62,8%, zaś w 2030 r. obniży się do 54,5%.

Należy podkreślić, że w tym samym okresie wyraźnie zwiększą się w populacji produkcyjnej udziały ludności w wieku produkcyjnym niemobilnym. Dla wymienionych uprzednio lat stanowią one będą: 36,5%, 37,2% i 45,5%. Z liczb tych płynie następujący wniosek:

w nadchodzących latach ludność w wieku produkcyjnym będzie się dość szybko starzeć, gdyż w obrębie ludności produkcyjnej zwiększać się będzie odsetek ludności w wieku niemobilnym.

Obserwujemy w Polsce, także w województwie pomorskim tendencję do dezaktywacji zawodowej i społecznej osób w wieku produkcyjnym niemobilnym, przejawiającą się w wcześniejszym przechodzeniu na emerytury lub korzystaniu ze świadczeń przedemerytalnych i rentowych.

Zbiorowością osób, która w nadchodzących latach charakteryzować się będzie w województwie pomorskim stałym wzrostem liczebnym - będzie ludność w wieku poprodukcyjnym.

Rosnąca tendencja wystąpi zarówno w miastach jak i na wsi. Do około 2010 r. tempo tego przyrostu nie jest jeszcze tak duże, gdyż w wiek poprodukcyjny wstępować będą mniej liczne generacje urodzone w latach II wojny światowej (w tzw. niżu demograficznym).

Po roku 2010 przewiduje się nasilenie wzrostu liczebnego omawianej populacji. Wstąpimy, bowiem w okres, w którym wiek poprodukcyjny będzie zasilany coraz liczniejszymi rocznikami wyżu demograficznego z lat 50-tych. Dodatkowym czynnikiem, stymulującym ten proces będzie stale wydłużanie się przeciętnego trwania życia. W największym stopniu omawiana zbiorowość zwiększy swą liczebność w dziesięcioleciu 2010-2020. Następstwem przedstawionych procesów będą istotne zmiany w strukturze ludności według wieku wyrażające się w szybkim wzroście udziału względnego ludzi starych w ogólnej liczbie ludności, i równie dużym zmniejszaniu się odsetka ludności w wieku przedprodukcyjnym. Odpowiednie współczynniki w tym względzie przedstawia tabl. 4 w aneksie.

Wzrastająca liczba osób w starszym wieku w społeczeństwie przynosi zwiększenie zadań w zakresie opieki socjalnej i medycznej.

Z usług opiekuńczych i specjalistycznych w 2005 roku skorzystało łącznie 6181 osób starszych i niepełnosprawnych, w tym 650 osób z zaburzeniami psychicznymi. To pierwszy rok powolnego wzrostu liczby osób korzystających z tych usług / tabela nr 5/.

Od 2004 roku uległy zmianie zasady przyjmowania nowych mieszkańców do domów pomocy społecznej. W kosztach ich utrzymania, obok odpłatności zainteresowanych i ich rodzin partycypuje gmina. Rozwiązanie to zmniejszyło zainteresowanie pomocą instytucjonalną. Na umieszczenie na koniec 2004 roku oczekiwało tylko 274 osoby, w tym przewlekle chore psychicznie, a jeszcze rok wcześniej oczekiwało 848 osób. Obecnie w 41 domach pomocy jest w województwie pomorskim 3809 miejsc.

Nie mamy danych o zdolnościach do samodzielnej egzystencji osób starszych ani systemowego wsparcia.

W środowisku istnieje niewystarczająca oferta dziennego wsparcia w postaci Domów Dziennego Pobytu, Klubów Seniora, które występują w miastach. Rozwinął się ruch Uniwersytetów

Trzeciego Wieku, który jest oblegany przez seniorów, ale dotyczy przede wszystkim aglomeracji, choć powstał też np. w Ustce.

Podsumowanie:

1. Dzięki postępowi medycyny spada umieralność również w najstarszej grupie wieku.
2. Obserwuje się wyższy udział najmłodszej generacji w liczbie ludności ogółem w województwie pomorskim niż w kraju /głównie na wsi/, który daje szansę na tzw. mniejsze obciążenie demograficzne.
3. W województwie pomorskim obserwujemy powolny wzrost liczby ludności w wieku produkcyjnym /sytuacja taka będzie do 2010 r./
4. Duża jest rozpiętość między gminami w zakresie wzrostu ludności w wieku produkcyjnym niemobilnym i w wieku poprodukcyjnym.
5. Występuje tendencja do dezaktywizacji osób w wieku niemobilnym /obciążenie systemu zabezpieczenia społecznego/.
6. Brak przygotowania do wzrostu zadań z zakresu pomocy społecznej i opieki lekarskiej na rzecz seniorów.
7. Koniecznym wydaje się tworzenie warunków dla wykorzystania wiedzy, kwalifikacji i doświadczenia życiowego osób w wieku poprodukcyjnym cieszących się dobrym zdrowiem i chęcią zachowania aktywności.

II.2.Kondycja i zagrożenia współczesnej rodziny:

W chwili obecnej brak dostatecznych informacji o warunkach życia rodzin. Istnieją rozproszone dane, które opisują poszczególne obszary, a nie dają pełnego obrazu. Znamy warunki życia rodzin – klientów pomocy społecznej, diagnozujemy je w obszarach problemowych tzn. diagnozując rodzinę z osobą niepełnosprawną, z problemem alkoholowym, niewydolną wychowawczo, niepełną. Brak jednak badań całościowych dających możliwość pełnego diagnozowania kierunków i przyczyn zmian.

Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013 w ocenie sytuacji polskich rodzin wśród najważniejszych negatywnych trendów występujących we współczesnych polskich rodzinach wymienia:

brak bezpieczeństwa ekonomicznego. Trudna sytuacja na rynku pracy, niski poziom zarobków, niemożność nabycia i utrzymania mieszkania, wysokie koszty edukacji dzieci – te problemy dotyczą wiele polskich rodzin. Są one jedną z przyczyn – obok między innymi przemian obyczajowych – odkładania decyzji o małżeństwie i posiadaniu pierwszego oraz kolejnego dziecka.

wzrost niedostosowania społecznego, demoralizacji i przestępczości dzieci i młodzieży. W erze wiecznie zapracowanych rodziców oraz w społeczeństwie, gdzie rodzina nie zawsze jest wentylem bezpieczeństwa dla młodzieży, rośnie skala takich zjawisk jak przestępczość wśród młodzieży oraz zainteresowanie eksperymentowaniem z substancjami psychoaktywnymi.

brak dostatecznej infrastruktury zapewniającej zaspokojenie przez osoby młode ich potrzeb związanych z rozwojem osobistym. Niedostateczny poziom rozwoju instrumentów edukacji nieformalnej, uzupełniającej tradycyjny system kształcenia i szkolenia, oraz zapewniającej osobom młodym twórcze spędzanie czasu wolnego.

Do zjawisk zagrażających kondycji rodziny zalicza się min.: ubóstwo i niedożywienie, niekorzystne warunki dla macierzyństwa, wzrost liczby rodzin z zaburzoną funkcją opiekuńczo – wychowawczą, patologie w funkcjonowaniu rodzin, w tym brak opieki nad dziećmi, co prowadzi do narastania liczby tzw. „dzieci ulicy”, prostytutka i wykorzystywanie seksualne, przemoc

w rodzinie, wzrost przestępczości nieletnich i zwiększająca się liczba osób uzależnionych (alkohol i narkotyki) zarówno wśród dorosłych jak i nieletnich.

Dane GUS natomiast alarmują w kwestiach demograficznych, w tym zwracają szczególną uwagę na stałe obniżanie się przyrostu naturalnego oraz wzrost liczby osób samotnych, co obrazuje tabl. 6 w aneksie.

Oslabienie więzi rodzinnych skutkuje w ostateczności szybkim podejmowaniem decyzji o rozwodzie. Liczba rozwodów w województwie pomorskim wzrosła z 2977 w roku 1999 do 3854 w roku 2004. Najczęstsze przyczyny rozwodów to alkoholizm (męża), zdrada lub trwałe związki uczuciowe z inną osobą, brak zainteresowania rodziną oraz znęcanie się fizyczne. Od 2000 roku instytucja separacji stanowi alternatywną dla rozwodu formę rozwiązywania cywilnoprawnych więzi między małżonkami. Trzykrotny wzrost liczby spraw sądowych o separację w 2004 roku był odpowiedzią na ustawę o świadczeniach rodzinnych i likwidację Funduszu Alimentacyjnego.

Sytuacja materialna rodzin w znacznej mierze zależy od liczby dzieci pozostających na utrzymaniu rodziców. W 2004 roku 2/5 rodzin wychowujących czworo lub więcej dzieci znajdowało się poniżej relatywnej granicy ubóstwa. Na kondycję ekonomiczną rodziny ma wpływ fakt samotnego wychowywania dzieci. Kolejną przyczyną ubożenia rodziny jest obecność w niej osoby niepełnosprawnej. Gdy było to dziecko- zagrożenie ubóstwem skrajnym było o połowę większe niż przeciętne (18,4%), a gdy głowa rodziny doświadczyła niepełnosprawności zagrożenie to było wyższe niż przeciętne (14,5%).

Sukcesywnie wzrasta liczba osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej. W województwie pomorskim w 2004 roku objęto pomocą ze środków finansowych gmin, powiatów i wojewody 152 725 osób, a w 2005 roku już 160 022 osoby. Średnia wartość świadczeń przyznanych statystycznej osobie wyniosła w 2004 roku 1086 zł a w 2005 roku nieznacznie wzrosła do 1149 zł /dane z Wydziału Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego dla wszystkich rodzajów świadczeń/.

Postępuje zróżnicowanie dochodów w gospodarstwach domowych, mimo iż z jednej strony województwo ma wyższy niż średnio w kraju dochód rozporządzalny to ma też wyższy niż w kraju wskaźnik gospodarstw objętych pomocą społeczną.

Istnieje **tendencja utrwalania się ubóstwa**, która wymusza zmianę stylu życia, rezygnację z leczenia, edukacji, prowadzi do powstawania zaniedbań w sprawach wychowawczych i opiekuńczych pogłębiając patologiczne zachowania poszerza zjawisko przestępczości - co daje w naszym regionie jeden z najwyższych w kraju wskaźnik przestępczości, w tym zorganizowanej.

Słaba kondycja materialna rodzin oraz zamieszkiwanie poza aglomeracjami miejskimi powoduje **trudności w dostępie do ważnych obszarów życia społecznego, brak dostępu do informacji, dóbr i usług.**

Rodzina ma problemy z **dostępem do edukacji** przedszkolnej ze względu na wysokie opłaty - zmalała liczba placówek i miejsc w przedszkolach zarówno w mieście jak i na wsi. Jest coraz trudniejszy dostęp do wysokiej jakości edukacji na wszystkich jej etapach.

Problemem dla rodzin, szczególnie młodych małżeństw, jest **brak mieszkań** dostępnych dla nisko lub średnio-zarabiających gospodarstw domowych, co ogranicza ich mobilność i decyzję posiadania potomstwa.

W naszym regionie duże miasta dotyka poważny kryzys mieszkaniowy pogłębiony przez dekapitalizację istniejących zasobów mieszkaniowych, brak dostępnych cenowo mieszkań na wolnym rynku.

W sytuacji zdrowotnej rodziny w pomorskim wybija się na pierwszy plan podwyższony wskaźnik zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe oraz choroby układu sercowo-naczyniowego, wysoki wskaźnik pacjentów zarejestrowanych w Poradniach Zdrowia

Psychicznego - wszystkie te wskaźniki są wyższe niż w kraju, a np. nakłady na ubezpieczonego w lecznictwie psychiatrycznym i uzależnień w województwie pomorskim są niższe niż średnia krajowa.

W innych dziedzinach również istnieją problemy z dostępnością do specjalistycznych usług medycznych i jest ona zróżnicowana w różnych częściach regionu.

Zagrożeniem zdrowotnym wynikającym z trudności finansowych jest częsta rezygnacja z kontynuacji leczenia, zakupu leków, co w konsekwencji doprowadza do poważnych zmian chorobowych, niepełnosprawności, wykluczenia społecznego.

Zagrożenia rodziny

Rodzina z problemem uzależnienia

Picie alkoholu przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych stało się powszechnym zjawiskiem w skali całego kraju. Na tym tle wyniki w województwie pomorskim, wg raportu z 2003 roku ESPAD, są zbliżone do całego kraju. Napoje alkoholowe, chociaż raz w ciągu życia piło 89,4% 15-16-latków, 96,5% 17-18-latków. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. Znacznie więcej chłopców niż dziewcząt pije napoje alkoholowe. Niezależnie od tego, czy badani uczestniczyli w zajęciach profilaktycznych, czy też nie ich palenie tytoniu, picie alkoholu lub używanie innych substancji psychoaktywnych jest podobne.

Młodzież w województwie pomorskim znacznie częściej deklaruje zażywanie alkoholu z substancjami psychoaktywnymi i ten fakt należy uwzględnić przy działaniach profilaktycznych.

Wydaje się, że wzrost rozpowszechnienia używania substancji, a szczególnie nasilenia picia alkoholu i używania przetworów konopi jest efektem głębokiej zmiany obyczajowej, której dotychczasowe zabiegi profilaktyczne skutecznie przeciwstawić się nie są w stanie.

W 2004 r. udzielono pomocy w związku z trudną sytuacją życiową spowodowaną uzależnieniem od alkoholu 8128 rodzinom / 23382 osobom/ przeznaczając na tę pomoc 8 568 488 PLN.

Szacunkowa liczba narkomanów w województwie pomorskim wzrosła w 2004 roku do 3920 z 2940 w roku 2000. Liczba zgonów wzrosła z 25 w 2000 roku do 33 w 2003 roku. A w roku 2004 roku wynosiła 28.

Wśród przestępstw popełnianych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, których liczba podwoiła się od 1999 do 2004 roku i wynosi 4683, liczną grupę stanowią nieletni, bo aż 429 osób.

Najliczniejszą grupą konsumentów narkotyków są osoby do 25 roku życia. Gwałtownie zmieniające się realia społeczne i ekonomiczne, osłabienie więzi rodzinnych, brak infrastruktury zaspakajających potrzeby i wypełniających wolny czas osób młodych przyczyniają się do zwiększenia wagi problemu.

Należy nadal zwiększać ofertę profilaktycznych programów lokalnych promujących zdrowie. Należy też zadbać o różnorodność aktywności alternatywnych proponowanych przez szkoły i społeczność lokalną.

Rodzina z problemem przemocy.

Kolejnym zagrożeniem dotyczącym rodzinę jest przemoc, rozumiana jako zamierzone i wykorzystujące przewagę siły działanie przeciwko członkom rodziny naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody.

Osoby doznające przemocy funkcjonują w sposób zaburzony we wszystkich sferach życia: emocjonalnego, psychicznego i społecznego.

Od 1998 roku, gdy wprowadzono procedurę Niebieskiej Karty w policji i pomocy społecznej ciągle rośnie częstość interwencji domowych - w kraju w 2004 roku wynosiła już 92 495, a w naszym regionie w 2004 roku 2893, zaś w pierwszym półroczu 2005 Niebieskich Kart już zanotowano 2127, czyli 42% więcej niż w analogicznym okresie ubiegłego roku.

Nowa ustawa o pomocy społecznej wprowadziła **Niebieską Kartę - Pomoc Społeczną** jako załącznik do rodzinnego wywiadu środowiskowego. W 2005 roku na terenie woj. pomorskiego zastosowano ją 1978 razy, brakuje jednak szybkiej diagnozy problemu, brak dostatecznego przepływu informacji pomiędzy odpowiednimi służbami.

W ramach systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie powstają punkty konsultacyjne, ośrodki interwencji kryzysowej, świetlice dla dzieci, grupy wsparcia i terapeutyczne - jednak jest ich za mało w mniejszych ośrodkach pozamiejskich.

W 2005 roku przyjęto długo oczekiwaną **ustawę o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie**, która zgromadziła przepisy z dotychczasowych aktów prawnych i ma zapewnić lepszą ochronę prawną ofiarom przemocy domowej. Obecnie powstaje Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, który ma uruchomić działania gmin, powiatów i województwa na rzecz skutecznego podnoszenia świadomości społecznej w zakresie przyczyn i skutków przemocy oraz pomocy rodzinom, które doznały przemocy. Jednocześnie istnieje konieczność prawnego uregulowania kwestii bezpieczeństwa dziecka w rodzinie.

Problem przemocy nie dotyczy tylko domu rodzinnego jest to problem, z którym nie radzą sobie w placówkach oświatowych, a z jedynie dostępnych badań na temat przemocy – badań łódzkich wynika że przemoc **dotyka dzieci i młodzież w szkole- 43% na wsi, 34% w mieście i w obu środowiskach najczęściej ofiarami są chłopcy.**

Rodzina niewydolna wychowawczo

Istnieje pilna potrzeba wspierania rodzin, w których z różnych powodów pojawiają się trudności z realizacją zadań wychowawczych i opiekuńczych. Zbyt mało jest działań profilaktycznych takich jak „szkoły dla rodziców”, pomocy w godzeniu funkcji opiekuńczych z pracą zawodową, wczesnych działań uprzedzających.

W województwie / dane za rok 2005 / funkcjonują 453 różne świetlice środowiskowe, socjoterapeutyczne i opiekuńcze. Uzyskało w nich wsparcie 13 476 dzieci, a na ich funkcjonowanie przeznaczono 8 662 631 PLN.

Corocznie przybywa dzieci przebywających poza rodziną w różnego rodzaju zastępczych formach opieki. W 2000 roku było w województwie pomorskim w rodzinach zastępczych 3860 dzieci a w 2004 już 4132. W placówkach opiekuńczo- wychowawczych w 2000 roku było 1459 dzieci, a w 10 rodzinnych domach- 67 dzieci. W 2005 roku zmalała liczba dzieci w placówkach do 1223 dzieci. Natomiast w 23 rodzinnych domach było 170 dzieci. / tabela nr 7/.

Demoralizacja i przestępczość nieletnich.

Demoralizacja nieletnich oznacza stan bądź proces charakteryzujący negatywne postawy i zachowania nieletniego w stosunku do obowiązujących w społeczeństwie podstawowych norm i zasad postępowania.

Demoralizacja jest wynikiem, a jednocześnie przejawem nieprzystosowania społecznego.

A oto jak kształtowała się w województwie pomorskim przestępczość nieletnich w poszczególnych latach:

Rok	Zarejestrowano nieletnich sprawców	Tj.% podejrzanych	Udowodniono czynów karalnych
1999	3.631	16,5	4.101
2000	4.085	16.6	5.444
2001	3.924	12,5	4.851
2002	3.515	11,4	3.937
2003	2.836	9,1	3.308
2004	3.296		5.943
2005	3.234		5.681

Charakteryzując nieletnich sprawców czynów karalnych z naszego województwa, należy stwierdzić, że w zdecydowanej większości są to chłopcy w wieku od 7 do 17 lat.

Udział dziewcząt w popełnianiu przestępstw nie jest duży i wykazuje nieznaczne wahania. Jednakże zachowanie dziewczyn nacechowane jest coraz większą brutalnością i agresją.

Duża liczba czynów karalnych dokonywana jest przez nieletnich w późnych godzinach popołudniowych, lub wręcz nocnych, co może świadczyć o braku odpowiedniej opieki ze strony rodziców lub opiekunów.

Coraz częściej zauważa się działanie **grup przestępczych**. Wzajemne oddziaływanie między członkami, fakt anonimowego działania i stan nietrzeźwości wywołują poczucie braku odpowiedzialności i wzmagają przemoc fizyczną.

Ponowny konflikt z prawem dowodzi małej skuteczności stosowanych środków wychowawczych i poprawczych. Coraz częściej nieletni dokonujący przestępstw są dumni z faktu, iż zostali zatrzymani przez policję lub z powodu sprawy toczącej się w sądzie rodzinnym. Osoba mająca do czynienia z sędzią czy też z „gliną” jest uważana za autorytet w środowisku rówieśników.

Nieletni najczęściej czyny karalne popełniali w mieście. Dzieje się tak dlatego, iż w miastach rodziny są bardziej anonimowe, a stosunki sąsiedzkie ograniczone. Wpływ opinii publicznej nie jest tak znaczny jak na wsi, czy małych miasteczkach.

Należy zaznaczyć, iż w wielu sprawach sprawcą czynu karalnego okazuje się osoba, która nie ukończyła 13 roku życia. Stosowane środki wychowawcze w stosunku do tych osób nie wnoszą pozytywnych zmian, co potwierdzają kolejne czyny dokonywane przez tych nieletnich.

Obniżanie się granicy wieku nieletnich sprawców jest szczególnie niebezpiecznym zjawiskiem społecznym wymagającym natychmiastowych przedsięwzięć w zakresie prawa, wychowania i resocjalizacji w celu ograniczenia bądź zahamowania negatywnych zachowań dzieci.

Poziom przestępczości nieletnich jest niejednorodny w różnych częściach województwa pomorskiego.

Rok 2003 przyniósł wyraźny spadek przestępczości nieletnich w porównaniu z rokiem poprzednim. Jednakże wzrost odnotowano w kategoriach przestępstw, które najbardziej bulwersują społeczeństwo (zwłaszcza te z udziałem nieletnich), tj. zgwałceniach o 125% więcej niż w 2002 r. (18 – 2003 r.; 8 – 2002 r.) i w zabójstwach – 1 czyn popełniony przez nieletniego. W 2002 r. nieletni nie dokonali przestępstw w tej kategorii.

Zupełną nowością, jeśli chodzi o sprawstwo nieletnich, są czyny karalne do tej pory zarezerwowane dla dorosłych. Są to fałszerstwa i przestępstwa dot. kradzieży programów komputerowych.

W 2004 roku odnotowujemy ponowny wzrost zarówno w liczbie nieletnich sprawców, jak i liczbie wykrytych przestępstw.

Największy wzrost odnotowano z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 451 czynów popełnionych w 2003 r. do 1994 w 2004 r. Dynamika w tym zakresie wynosiła 442%. Najczęściej naruszany był art. 48 ust. 1 Ustawy – posiadanie narkotyków.

Generalnie jednak udział nieletnich w czynach skierowanych bezpośrednio na osoby jest zatrważający.

Zupełną nowością, jeśli chodzi o sprawstwo nieletnich, są groźby karalne wysyłane na telefon komórkowy.

W strukturze przestępczości przeważają czyny o charakterze kryminalnym jak rozboje i wymuszenia rozbójnicze, uszczerbek na zdrowiu, bójki i pobicia. Najczęściej pokrzywdzonymi są osoby małoletnie. Liczba popełnianych przestępstw jest o wiele wyższa niż ujawniona.

Z analizy przeprowadzonych spraw wynika, że **nieletni tworzą grupy przestępcze, które działają bezwzględnie grożąc swoim ofiarom pobiciem**, zniszczeniem mienia, pozbawieniem życia. Ponadto obniża się wiek nieletnich sprawców czynów karalnych, dokonują oni czynów działając bardziej brutalnie i bezwzględnie

Wybrane kategorie przestępstw w ujęciu procentowym

Kategoria	% czynów popełnionych przez nieletnich do ogółu przestępstw wykrytych		
	2004	2005	+/- %
Zabójstwa	-	-	-
Rozboje i wym. Rozbójnicze	46,2	42,7	- 3,5
Kradzież cudzej rzeczy	14,2	12,9	- 1,3
Kradzież z włamaniem	13,1	19,2	+ 6,1
Bójka lub pobicie	33,9	27,7	- 6,2
Uszczerbek na zdrowiu	34,7	44,6	+ 9,9
Uszkodzenie rzeczy	16,4	17,1	+ 0,7
Zgwałcenie	3,6	14,0	+ 10,4
Ustawa o narkomanii	43,9	25,5	- 18,4
Razem p-stw kryminalnych	17,8	19,1	+ 1,3
Ogółem przestępstw	9,6	10,0	+ 0,4

Niepokój budzi fakt, że od kilku lat przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu są pozycją dominującą wśród czynów popełnionych przez nieletnich sprawców.

Ofiarami nieletnich sprawców czynów karalnych są ich rówieśnicy – znani ze szkoły czy też dzielnicy, w której wspólnie zamieszkują – świadczy to o poczuciu bezkarności nieletnich sprawców i ich lekceważącym stosunku do niejednokrotnie orzeczonych wcześniej przez sąd środków wychowawczych np. nadzór kuratora.

W celu stworzenia wspólnego systemu zmierzającego do lepszej organizacji i realizacji lokalnych przedsięwzięć profilaktycznych w kierunku właściwego procesu socjalizacji nieletnich i osób zagrożonych demoralizacją w 2005 roku Komenda Wojewódzka Policji w Gdańsku wspólnie z samorządem województwa pomorskiego wydała materiał “Wspólnie przeciw patologiom”, zawierający procedury postępowania w różnych sytuacjach, np. ujawnienie ucznia pod wpływem alkoholu lub środków odurzających.

Autorzy opracowania mają świadomość, że zawarte procedury nie rozwiązują wszystkich napotkanych problemów, gdyż należy dostosować je do konkretnych sytuacji i możliwości. Liczą jednak na pozytywne efekty podejmowanych wspólnie działań różnorodnych służb, które oparte będą na doprecyzowanych i jasno określonych kompetencjach, zasadach wzajemnego informowania się i wspólnego działania pomocowego.

Należy podkreślić, że wejście na drogę przestępczą nie ma na ogół charakteru przypadkowego, jest poprzedzone wcześniejszymi sygnałami, świadczącymi często o zaburzeniu funkcjonowania dziecka. Zatem podejmowanie działań w początkowej fazie jest najskuteczniejsze.

Przejawem demoralizacji nieletnich są **ucieczki**.

W roku 2004 zanotowano:

- 291 uciezek z domów rodzinnych osób nieletnich,
- 373 z placówek opiekuńczo – wychowawczych,
- 205 z ośrodków szkolno – wychowawczych,
- 57 ze schronisk dla nieletnich i zakładów poprawczych.

Ucieczki z domów rodzinnych były najczęściej wynikiem długotrwałych konfliktów między nieletnimi a rodzicami. Powodem uciezek są wagary i używanie podczas nich różnego rodzaju używek.

Należy nadmienić, że w większości przypadków ucieczki nieletnich były wielokrotne.

Ucieczki dokonywane z placówek opiekuńczo – wychowawczych były wynikiem niedostosowania się nieletnich do nowych warunków życia tj: obowiązującego regulaminu.

Problemem szczególnie nurtującym społeczeństwo jest swoisty **“kryzys” szkoły, środowiska oraz rodziny**, który wywołuje wśród młodzieży reakcje agresywne będące próbą kompensacji niezaspokojonych potrzeb społecznych i psychicznych. Ta trudna sytuacja rodzi frustracje młodego pokolenia pozbawionego wzorców moralnych, co przy słabej odporności psychicznej sprowadza młodzież na drogę narkotykową, alkoholową bądź do sekt.

Podsumowanie:

1. Warunki materialne i zmiany obyczajowe nie sprzyjają zakładaniu rodziny i rodzeniu oraz wychowaniu dzieci. Brak bezpieczeństwa ekonomicznego i wzrost ubóstwa / proporcjonalny do ilości dzieci, poważniejszy na wsi niż w mieście, związany z obecnością w rodzinie osoby niepełnosprawnej; dzieci poniżej 15 r.ż. czterokrotnie biedniejsze niż osoby po 65 r. ż./ oraz jego utrwalanie staje się coraz powszechniejszym zjawiskiem. Coraz więcej osób korzysta ze świadczeń pomocy społecznej.

2. Pogłębiają się różnice w sytuacji rodzin ze względu na zamieszkanie w mieście lub na wsi. Rodzina wiejska ma większe kłopoty z bezrobociem, niedostatecznym dostępem do opieki zdrowotnej, szczególnie specjalistycznej, dobrej edukacji od poziomu przedszkolnego do ponadgimnazjalnego. Pozytywnie natomiast wygląda sytuacja mieszkaniowa oparta o budownictwo rodzinne, jednocześnie sprzyjające więziom rodzinnym, lepszemu rozwiązywaniu pojawiających się problemów.
3. Miasta zaś posiadają lepszą infrastrukturę oświatową, kulturalną i leczniczą, większe możliwości zatrudnienia w różnorodnych formach, ale nasilają się problemy społeczne wynikające z braku dostatecznych kontaktów z rodzicami walczącymi o byt, rozpadem małżeństw, przemocą, uzależnieniem od alkoholu i narkotyków.
4. Wzrasta niedostosowanie społeczne dzieci i młodzieży oraz zapotrzebowanie na placówki resocjalizacyjne i opiekuńcze, zwłaszcza, że obniża się wiek wchodzenia dzieci w konflikty z prawem, ich zachowania są coraz bardziej agresywne, wielokrotnie powtarzane.
5. Słaby i nierównoważony dostęp do edukacji zwłaszcza przedszkolnej.
6. Brak polityki mieszkaniowej ze zróżnicowaną ofertą dostosowaną do potrzeb i możliwości.
7. Podwyższony wskaźnik zachorowalności i słaby dostęp do specjalistycznych usług zdrowotnych.
8. Konieczne wydaje się systemowe wsparcie funkcjonowania rodziny, umożliwiające profilaktykę pierwszorzędową, zapobiegające utracie zdolności realizacji podstawowych zadań i rozwiązywaniu problemów na początku ich pojawiania się.
9. Dla poprawy kondycji rodziny należy:
 - pielęgnować więzi rodzinne i wzmacniać model rodziny oparty tradycyjnie na wartościach chrześcijańskich,
 - wspierać „Szkoły dla rodziców” i system dziennego wsparcia,
 - budować i realizować w oparciu o jak najszersze grono partnerów społecznych powiatowe programy pomocy dziecku i rodzinie,
 - wzmacniać działania organizacji pozarządowych na rzecz rodzin z problemami i dysfunkcyjnych,
 - uruchomić programy edukacyjne dotyczące umiejętności budowania relacji rodzinnych.
10. Konieczne jest inwestowanie w rodziny zastępcze i zawodowe rodziny zastępcze /ilość i jakość ich funkcjonowania/.

II.3. Główne obszary problemowe

Rodziny tworzą społeczności lokalne. Problemy ich dotyczące, są problemami całych społeczności i wymagają współpracy w poszukiwaniu rozwiązań.

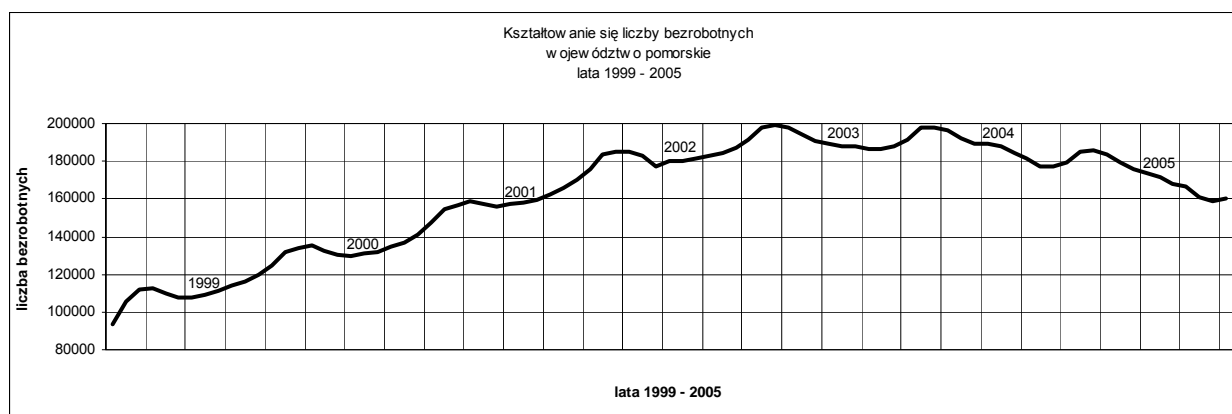
Jednym z największych problemów w naszym regionie, zwłaszcza w powiatach wzdłuż granic regionu, w odległości od aglomeracji trójmiejskiej jest bezrobocie. Kolejne istotne problemy regionu to: bezdomność, trudna sytuacja osób niepełnosprawnych, uzależnienia od alkoholu i narkotyków, problemy osób opuszczających zakłady karne, ubóstwo. Problemem w regionie jest także dostęp do usług zdrowotnych i dobrej jakości usług edukacyjnych.

II.3.1. Bezrobocie

Problemy na rynku pracy, objawiające się niedoborem miejsc pracy, powodują obniżenie warunków życia ludności, a długotrwałe pozostawanie bez pracy zmniejsza szanse na zatrudnienie i przyczynia się do postępującego procesu ubożenia ludności, a nawet może prowadzić do wykluczenia społecznego dużych grup społeczeństwa. Konsekwencją braku pracy

jest nie tylko zubożenie i nie uczestniczenie w życiu zawodowym i społecznym, ale także brak zabezpieczenia dochodowego w przyszłości.

W latach 1999-2002 w województwie pomorskim odnotowywany był, podobnie jak i w kraju, trend wzrostowy liczby bezrobotnych. W tym okresie liczba osób bezrobotnych wzrosła ponad dwukrotnie (tj. o 98,1 tys. osób). Od 2003 r. nastąpiło odwrócenie się poprzedniego trendu, podobnie jak i w kraju. W 2003 roku liczba bezrobotnych zmalała o 0,2 tys. osób tj. 0,1%, w 2004 r. o 11,9 tys. osób tj. o 6,2%, w 2005 r. o 19,8 tys. osób tj. o 11,0%. Według stanu na 31 grudnia 2005 r. liczba osób bezrobotnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy województwa pomorskiego wyniosła 159,9 tys. osób, w tym 90,4 tys. kobiet (56,5%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań rynku pracy MGIP-01.

Do korzystnych zmian na rynku pracy zaliczyć można również :

- wzrost przeciętnego zatrudnienia w sektorze przedsiębiorstw; w roku 2005 przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw ukształtowało się na poziomie 244,1 tys. osób i było wyższe o 4,5 % od odnotowanego w 2004 r. (w kraju o 1,9 %),
- wzrost ilości ofert pracy, jakimi dysponowały powiatowe urzędy pracy województwa pomorskiego: w 2004 r. – 58,2 tys. ofert pracy, w 2005 r. – 67,8 tys. ofert pracy,
- zmniejszenie zwolnień z przyczyn dotyczących zakładu pracy; w województwie pomorskim w roku 2005 odnotowano zdecydowanie mniejszą liczbę osób zwolnionych z przyczyn dotyczących zakładu pracy niż w latach poprzednich; w roku 2005 zwolnienia dotyczyły 37 zakładów pracy, z których zwolniono - 2,1 tys. osób, podczas gdy w latach ubiegłych zwolnienia dotyczyły: w roku 2004 - 2,3 tys. osób z 63 zakładów pracy, w roku 2003 - 3,7 tys. osób ze 155 zakładów pracy.

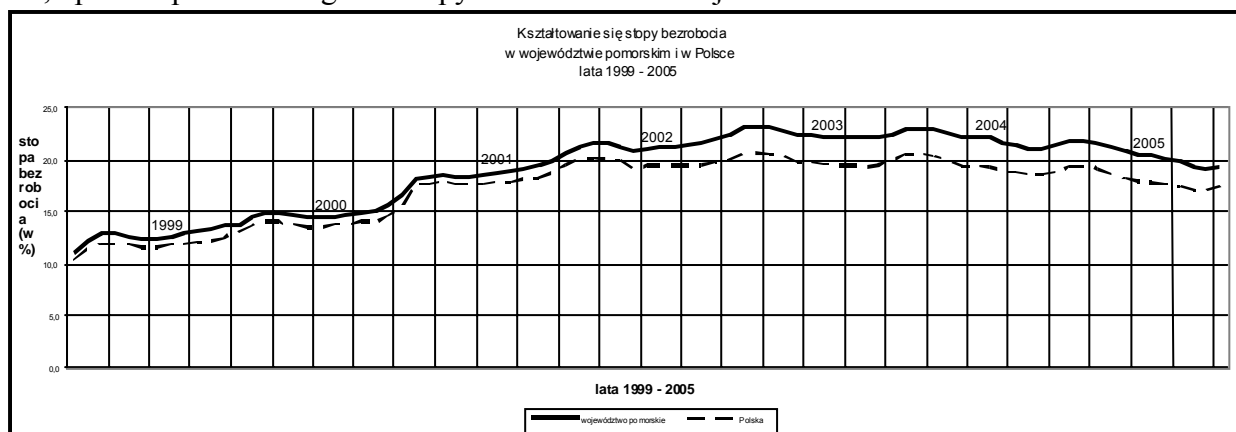
Rynek pracy województwa pomorskiego charakteryzuje się również:

- korzystną strukturą pracujących; w roku 2004 według danych GUS w usługach pracowało 65,1% pracujących, w przemyśle – 25,3%, a w rolnictwie 9,5% (dla kraju wskaźniki te kształtowały się odpowiednio na poziomie 54,5%, 28,3% i 17,3%),
- wysokim odsetkiem ludności z wykształceniem wyższym; według BAEL w IV kwartale 2004 r. wśród ludności w wieku 15 lat i więcej osoby posiadające wykształcenie wyższe stanowiły 13,3%,
- relatywnie młodą strukturą wiekową społeczeństwa; w grudniu 2004 r. ludność w wieku produkcyjnym w województwie pomorskim stanowiła 22,3% populacji, w kraju 21,2%.
- dostępnością do usług instytucji rynku pracy; oprócz działalności publicznych służb zatrudnienia i OHP w końcu 2005 r. na terenie województwa pomorskiego działało 181 agencji zatrudnienia, 30 gminnych centrów informacji i 14 akademickich biur karier,

- odpływem osób poszukujących pracy za granicą; według danych WUP w Gdańsku i ZZWUP w Słupsku do pracy- wyłącznie za ich pośrednictwem- w roku 2003 wyjechały 10 953 osoby zaś w roku 2005 12 769 osób. Brakuje informacji o wszystkich wyjazdach czasowych i na stałe do pracy za granicę.

Pomimo odwrócenia się negatywnego trendu wzrostu liczby bezrobotnych, sytuacja na rynku pracy województwa pomorskiego jest nadal trudna, a bezrobocie jest jednym z najpoważniejszych problemów społecznych województwa pomorskiego.

Województwo pomorskie należy do województw o jednej z najwyższych stóp bezrobocia w Polsce. Stopa bezrobocia dla województwa pomorskiego wyniosła na koniec grudnia 2005 r. - 19,3%, a dla kraju – 17,6%. Stopa bezrobocia dla województwa pomorskiego była więc wyższa o 1,7 punktu procentowego od stopy bezrobocia dla kraju.



Źródło: Opracowanie własne według danych GUS.

Jedną z cech charakterystycznych bezrobocia w województwie pomorskim jest jego duże zróżnicowanie terytorialne. Najniższe bezrobocie występuje w dużych miastach oraz w powiatach położonych w bezpośrednim sąsiedztwie Trójmiasta. Najwyższe bezrobocie odnotowywane jest natomiast w powiatach położonych wzdłuż granic regionu. Są to przede wszystkim obszary byłych PGR-ów. W powiatach tych stopa bezrobocia na koniec grudnia 2005 r. wyniosła: powiat sztumski – 37,1%, nowodworski – 37,1%, bytowski – 34,7%, słupski – 33,7%, człuchowski – 30,8% i starogardzki – 30,0%. Różnica pomiędzy najniższą stopą bezrobocia odnotowaną w województwie (Sopot – 7,1%), a najwyższą (powiat nowodworski i powiat sztumski po 37,1%) wynosi 30 punktów procentowych /tabela nr 8-mapy w aneksie/

Cechą charakterystyczną bezrobocia w województwie pomorskim jest niski poziom kwalifikacji zawodowych osób bezrobotnych, szczególnie mieszkańców wsi, którzy stanowili w grudniu 2005 r. - 44,7% ogółu bezrobotnych. Wśród bezrobotnych mieszkańców wsi największy udział miały osoby z wykształceniem gimnazjalnym i poniżej - 40,1% oraz zasadniczym zawodowym – 37,2%, bezrobotni z wykształceniem średnim - 21,0% a z wykształceniem wyższym - 1,7%. Dla porównania struktura wykształcenia bezrobotnych mieszkańców miast kształtowała się odpowiednio: 28,8%, 31,4%, 32,8% i 6,9%.

Około 1/5 ogółu bezrobotnych stanowi młodzież. W grudniu 2005 r. w ewidencjach powiatowych urzędów pracy województwa pomorskiego zarejestrowanych było 35,7 tys. osób bezrobotnych w wieku 18-24 lata. Ponad połowa bezrobotnej młodzieży to mieszkańcy wsi.

Niskie kwalifikacje zawodowe, mała mobilność życiowa, zawodowa i przestrzenna, rosnące wymagania pracodawców, problemy komunikacyjne utrudniające dojazdy do pracy, to niektóre z elementów sprzyjających długotrwałemu bezrobociu. W województwie pomorskim co druga osoba bezrobotna pozostaje bez pracy dłużej niż 12 miesięcy, z tego 15,5% stanowią osoby pozostające bez pracy od 12 do 24 miesięcy, a 34,6% stanowią osoby pozostające bez

pracy powyżej 24 miesięcy. 75,4% osób długotrwale bezrobotnych posiadało wykształcenie zasadnicze zawodowe i niższe. Długotrwale pozostawanie bez pracy może skutkować występowaniem patologii społecznych.

Jednym z istotnych uwarunkowań dla kształtowania się poziomu zatrudnienia oraz bezrobocia w województwie podobnie jak w całym kraju są zmiany demograficzne. Przy ogólnym przyspieszeniu procesu starzenia się polskiego społeczeństwa, liczba ludności w wieku produkcyjnym będzie wzrastać do 2010 roku. W świetle prognoz demograficznych GUS w stosunku do danych rzeczywistych z 2004 r. liczba ludności w wieku produkcyjnym w województwie pomorskim wzrośnie do roku 2010 o 38,7 tys. osób tj. o 2,8 % (w kraju o 1,7 %). W roku 2010 populacja w wieku produkcyjnym będzie najwyższa i wynosić będzie 1440,5 tys. osób. Począwszy od 2010 r. populacja w wieku produkcyjnym zacznie się sukcesywnie zmniejszać. W roku 2004 odsetek osób w wieku zdolności do pracy wynosił 63,9 % (w kraju 63,5 %). W świetle prognoz w roku 2010 wynosić będzie 65,2 % (w kraju 65,1 %).

Na uwagę zasługuje fakt, że inaczej kształtować się będą zmiany w liczbie ludności w wieku produkcyjnym na wsi i w mieście. Liczba ludności w wieku produkcyjnym w mieście będzie malała już po 2005 r., natomiast w grupie ludności zamieszkującej tereny wiejskie obserwowany jest wzrost liczby ludności w wieku produkcyjnym i prognozy wskazują na utrzymywanie się tego wzrostu do 2030 roku.

Niekorzystnym zjawiskiem jest postępujące starzenie się zasobów pracy. W 2004 r. liczba ludności w wieku niemobilnym (mężczyźni 45-64 lata, kobiety 45-59 lat) wynosiła 512,1 tys. osób i stanowiła 36,5% ogółu ludności w wieku produkcyjnym województwa. Do 2010 udział ten wzrośnie do 37,2%, a w perspektywie 2030 roku do 45,5%.

Podsumowanie:

1. Przy wysokim odsetku ludności województwa pomorskiego z wyższym wykształceniem, korzystnej strukturze zatrudnienia, rozwiniętych usług instytucji rynku pracy i relatywnie młodej strukturze wieku społeczeństwa obserwujemy wysoką stopę bezrobocia o dużym zróżnicowaniu terytorialnym.
2. Jednocześnie obserwuje się zjawisko utrwalania długotrwałego bezrobocia i wysoki udział w liczbie bezrobotnych kobiet, młodzieży / szczególnie na wsi / i osób o niskich kwalifikacjach.
3. Nie sprzyjają ograniczeniu bezrobocia : wysokie koszty pracy, dynamiczny przyrost ludności w wieku produkcyjnym zwłaszcza na obszarach wiejskich , niedostateczne powiązanie edukacji z potrzebami rynku pracy, słabe wykorzystanie funduszy europejskich.
4. Należy wykorzystać możliwości związane z rozwojem instytucji rynku pracy /trzeba je uruchamiać nie tylko w dużych aglomeracjach/, coraz większym znaczeniem przedsiębiorczości i innowacyjności w gospodarce, promowaniem elastycznych form zatrudniania (między innymi poprzez i mobilności zawodowej oraz ustawicznego kształcenia).
5. Należy rozwijać system przygotowania osób wykluczonych społecznie do samodzielnego świadczenia pracy w ramach centrów integracji społecznej, klubów integracji społecznej, spółdzielni socjalnych.

II.3.2. Bezdomność

BEZDOMNOŚĆ - definicja przeformułowana i przyjęta przez Pomorskie Forum na Rzecz Wychodzenia z Bezdomności zaproponowana przez A. Przymeńskiego „osoba bezdomna to taka, która z różnych przyczyn, wykorzystując własne możliwości i uprawnienia, czasowo lub

trwale nie jest w stanie zapewnić sobie schronienia spełniającego minimalne warunki pozwalające uznać je za pomieszczenie mieszkalne.

Typową osobą bezdomną jest mężczyzna z wykształceniem zawodowym w przedziale wiekowym 51-60 lat. Zazwyczaj osoby bezdomne mieszkają poza Trójmiastem, najczęstszą fazą bezdomności okazała się faza wstępna, w której znajduje się, co czwarty badany respondent.

Z przeprowadzonych badań wynika, że problem bezdomności to przede wszystkim problem większych aglomeracji miejskich. Osoby bezdomne zamieszkujące w Gdańsku, Sopocie i Gdyni stanowią prawie połowę wszystkich przebadanych osób (45,6%). Gdybyśmy dodali do tego kolejne procenty w kolejnych dużych miastach (Słupsk – 11,7%) okazałoby się, że więcej osób bezdomnych mieszka w dużym mieście niż poza nim.

Badanie ustaliło 2 753 osoby bezdomne, z czego 2 470 to osoby dorosłe, a 283 to osoby niepełnoletnie. Analogicznym badaniem w 2001 roku objęto łącznie 2 144 osoby, a w roku 2003 objęto 2 384 osoby bezdomne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że stosunek pomiędzy bezdomnością instytucjonalną („placówkową”) i pozainstytucjonalną („niemieszkalną”) wyniósł 60% do 40%. Jest to o tyle cenna informacja, iż pozwoli kierować konkretną praktyczną pomoc do osób doświadczających konkretnego rodzaju bezdomności, a ta jak wiemy z badań, zasadniczo różni się od siebie.

W przypadku zaangażowania społecznego i zawodowego możemy mówić raczej o braku aktywności niż o jej istnieniu. Jak się okazuje zdecydowana większość osób nie pracuje (niecałe 90%), chociaż posiadają ku temu kwalifikacje (ponad 60%). Obserwuje się również wysoki odsetek tych osób, które nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne lub poszukujące pracy (36%). Zdecydowana większość osób bezdomnych, nawet jeśli pracuje zarobkowo, nie posiada umowy o pracę (70%), zaś deklarowanym źródłem dochodu są zasiłki pobierane z różnego rodzaju instytucji oraz sezonowa praca dorywcza.

Jak już wyżej wspomniano w wielu aspektach poruszanych podczas badań terenowych uwidaczniają się zasadnicze różnice ze względu na rodzaj bezdomności. Pierwsza różnica dotyczy faz bezdomności: w bezdomności instytucjonalnej w sposób zdecydowany przeważają osoby będące we wstępnej fazie bezdomności (0-2 lata), osoby o bezdomności pozainstytucjonalnej to raczej osoby z fazy adaptacyjnej (4-6 lat) i późniejszych. Można, zatem powiedzieć, że pod względem ilości lat spędzonych w bezdomności bezdomność instytucjonalna jest młodsza niż pozainstytucjonalna. Konkludując dalej widać, że większe szansę na wyjście z bezdomności mają osoby, które niedawno weszły do zbiorowości osób bezdomnych niż te, które są osobami bezdomnymi ponad 6 lat.

Ogromne różnice w analizie statystycznej dotyczą miejsca pobytu w ciągu ostatniego roku osób bezdomnych. Prawie trzy czwarte osób zakwalifikowane do kategorii bezdomności instytucjonalnej w ciągu ostatniego roku mieszkało w placówce (74,5%). W przypadku bezdomności pozainstytucjonalnej ponad połowa osób ostatnie 12 miesięcy spędziła w altankach (52,8%), co piąta osoba zadeklarowała, że w ciągu ostatniego roku najczęściej zamieszkiwała kątem u rodziny. Pozostałe osoby z bezdomności pozainstytucjonalnej zamieszkiwały również na dworcach, klatkach schodowych oraz w pustostanach. W miejscu, w którym aktualnie przebywają osoby bezdomne dominuje zamieszkiwanie samotne. Ale okazuje się, że częściej na samotność zwracają uwagę osoby z bezdomności instytucjonalnej niż pozostałe osoby. To, co odróżnia bezdomność instytucjonalną od bezdomności pozainstytucjonalnej to korzystanie z pomocy organizowanej zarówno przez ośrodki pomocy społecznej, jak również organizacje pozarządowe. Osoby z bezdomności pozainstytucjonalnej są w mniejszym stopniu roszczeniowe, a tym samym są mniej uzależnione od pomocy. Bardziej liczą na siebie i na swoje umiejętności niż na pomoc z zewnątrz.

W przypadku jednostkowych przyczyn bezdomności osoby o bezdomności pozainstytucjonalnej częściej niż pozostałe osoby zaznaczają odpowiedź wskazującą na nałóg alkoholowy oraz na własny wybór jako główną przyczynę własnej bezdomności. Z przeprowadzonych badań wynika,

że sytuacja mieszkaniowa osób bezdomnych instytucjonalnie jest nieco lepsza niż pozostałych osób. Częściej są oni na liście oczekujących na mieszkanie, częściej mają złożone wnioski o przydział mieszkania komunalnego bądź socjalnego. Osoby z bezdomności instytucjonalnej znacznie częściej niż inne osoby posiadają orzeczoną grupę inwalidzką lub określony stopień niepełnosprawności. Zdecydowanie częściej również posiadają ubezpieczenie zdrowotne.

Odnosząc uzyskane wyniki do kolejnej hipotezy z całą pewnością można powiedzieć, że problemowi bezdomności najczęściej towarzyszą bezrobocie, niepełnosprawność oraz alkoholizm.

Bardzo ważną konkluzją, która nie znalazła swojego miejsca w postawionych hipotezach, a jest wynikiem, którego autorzy badania się nie spodziewali jest fakt starzenia się populacji osób bezdomnych. Sytuacja taka związana jest z tym, iż w ciągu ostatnich dwóch lat do zbiorowości osób bezdomnych dołączyło bardzo dużo osób w podeszłym wieku, które ukończyły 60 rok życia. Z przeprowadzonych badań wynika, że w większości trafili oni bezpośrednio do placówek. Oznacza to, że osoby te w dużym stopniu pozostaną osobami bezdomnymi już do końca życia. Przede wszystkim, dlatego, że są to osoby o bardzo złym stanie zdrowia oraz nie posiadają odpowiedniego wieku do podjęcia pracy. Dlatego w najbliższym okresie należy spodziewać się, że odbiorcą pomocy kierowanej przez ośrodki pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe dla osób bezdomnych w dużej mierze stanie się osoba w podeszłym wieku. Praktyczny wymiar tego wniosku jest taki, że pomoc dla starszych osób bezdomnych musi być dostosowana do ich potrzeb i zasobów. Z racji tego, że bezdomne osoby starsze i niepełnosprawne posiadają wiele deprivacji (alkoholizm, długotrwałe bezrobocie i bezdomność, zły stan zdrowia) należy poważnie zastanowić się nad stworzeniem dla nich wyodrębnionych domów socjalnych.

Podsumowanie:

1 Najpilniej należy skupić się na zwiększeniu efektywności i jakości pomocy świadczonej ludziom bezdomnym przebywającym poza systemem pomocy instytucjonalnej przez:

- wspieranie rozwoju streetworkingu,
- wspieranie rozwoju standaryzacji i specjalizacji placówek zgodnie z lokalnym zapotrzebowaniem i potrzebami osób bezdomnych,
- wspieranie interwencyjnych form pomocy /jadłodajni, punktów medycznych, charytatywnych/,
- wspieranie lokalnych i regionalnych diagnoz dotyczących skali i charakteru bezdomności,
- zwiększenie dostępności dla osób bezdomnych do usług w zakresie wsparcia społecznego i usług służby zdrowia,
- wspieranie środowiskowych form pomocy,
- wspieranie współpracy między służbami mundurowymi, władzami lokalnymi, służbą zdrowia, podmiotami pracującymi w obszarze narkomanii.

2. **Należy stwarzać warunki do integracji społecznej i zawodowej w celu intensyfikacji działań** na rzecz wychodzenia z bezdomności osób przebywających w placówkach, a w wypadku obiektywnych trudności /wynikających z wieku, choroby lub niepełnosprawności/ powodujących pozostawanie na stałe w placówkach - działań na rzecz uzyskania aktywności i samodzielności decyzji .

II.3.3. Sytuacja osób niepełnosprawnych

Niepełnosprawność: oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

Jedynym, pełnym badaniem, którego wyniki pozwalają ustalić liczbę osób niepełnosprawnych oraz umożliwiają szczegółową charakterystykę tej grupy ludności są Spisy Powszechne Ludności.

Ostatnie dane Narodowego Spisu Powszechnego wskazują, że w roku 2002 w kraju liczba osób niepełnosprawnych wynosiła **5.567.711**, co stanowi 14,3 % ogółu ludności, z czego w województwie pomorskim liczba osób niepełnosprawnych wynosiła **301.625** (w tym **12.972** dzieci niepełnosprawnych w wieku od 0 do 15 lat) co stanowiło 13,8 % ogółu ludności województwa pomorskiego/ tabela nr 9 w aneksie/.

W latach 1988 – 2002 odnotowano przyrost liczby osób niepełnosprawnych. Stanowiły one w 1988 r. 9,9% ogółu ludności kraju, a w 2002 roku już 14,3%.

Przyrost liczby osób niepełnosprawnych wynika głównie z procesu starzenia się społeczeństwa. Szacuje się, że do 2010 r. liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do około 150.000 tylko w województwie pomorskim, a tym samym wzrośnie (w tym przedziale wiekowym) liczba osób niepełnosprawnych.

Województwo pomorskie należy do grupy 6 województw o najniższej częstości występowania niepełnosprawności - wskaźnik wynosi 135 osób niepełnosprawnych na 1000 mieszkańców / najwyższy wskaźnik posiada województwo lubelskie – 177/.

Z danych Wojewódzkiego Zespołu Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wynika, iż na terenie województwa pomorskiego tylko w roku 2004 r. łącznie wydano 25.219 orzeczeń dotyczących dorosłych osób niepełnosprawnych oraz 7.770 orzeczeń dotyczących osób przed 16 rokiem życia.

Liczba wydanych orzeczeń według przyczyn niepełnosprawności oraz stopni niepełnosprawności zawarta jest w tablicy nr 10 i 11 / w aneksie/.

Dominującymi przyczynami niepełnosprawności w województwie pomorskim są: **choroby narządu ruchu** – w 2005r. 28,7% ogółu wydanych orzeczeń (od 2000 roku tendencja rosnąca), **upośledzenie umysłowe i choroby psychiczne** – w 2005r. 18,6% ogółu wydanych orzeczeń (od 2000r. tendencja malejąca) oraz **choroby układu oddechowego i choroby układu krążenia** – w 2005r. 18,7% ogółu wydanych orzeczeń (tendencja rosnąca).

W województwie pomorskim, podobnie jak w całym kraju osoby niepełnosprawnych napotykają trudności w uczestniczeniu w życiu społecznym i zawodowym. Osoby niepełnosprawne mają również ograniczone możliwości korzystania z oferty edukacyjnej, są zdecydowanie gorzej wykształcone.

Obecnie w województwie pomorskim opieka diagnostyczna i terapeutyczna nad małym dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością i niepełnosprawnym jest niewystarczająca i prawie zupełnie niedostępna poza aglomeracją trójmiejską. W całym województwie znajduje się 6 placówek diagnostyczno-terapeutycznych: 3 w Gdańsku, 1 w Gdyni, 1 w Słupsku i 1 w Kwidzynie.

Zgodnie z informacją uzyskaną z Kuratorium Oświaty w Gdańsku (stan na dzień 27 września 2004 r.) liczba uczniów w szkołach specjalnych województwa pomorskiego kształtuje się następująco:

Typ szkoły / placówki	Liczba placówek	Liczba uczniów
Przedszkola	10	163
Szkoła Podstawowa	38	2 263
Gimnazja	41	2 554
Zasadnicza Szkoła Zawodowa	26	1 627
Szkoła Przystosowująca do Pracy	12	166
Technikum	1	28
Liceum	2	45
Ośrodek Rehabilitacyjno – Edukacyjno - Wychowawczy	5	191
Ośrodek Rewalidacyjno - Wychowawczy	2	56
Razem	137	7 093

Szkoły i placówki z oddziałami integracyjnymi – w roku szkolnym 2005/2006 w województwie pomorskim wychowaniem i nauczaniem integracyjnym objęto 2.116 dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w 161 placówkach .

Typ szkoły / placówki	Liczba placówek	Liczba utworzonych oddziałów / klas	Liczba uczniów
Przedszkola	17	47	190
Szkoły Podstawowe	98	366 - klasy	1 453
Gimnazja	38	94 - klasy	375
Szkoły ponadgimnazjalne	8	22 - klasy	98
Razem	161	529	2 116

Z powyższego wynika, iż specjalistycznych placówek przygotowujących młodzież do podjęcia nauki w szkołach wyższych jest stosunkowo mało, jedynie 8 placówek ponadgimnazjalnych. Dane statystyczne wskazują, iż na terenie województwa pomorskiego zamieszkuje 12.972 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, natomiast studiuje około 300 osób (dane uzyskane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Oddział Pomorski stan na dzień 31-12-2005 r.), w tym: 92 osoby – Uniwersytet Gdański (dane z 2002), 15 osób – Politechnika Gdańska (dane z roku 2005), 193 osoby – pozostałe uczelnie.

Szkoły i placówki z oddziałami integracyjnymi nie są w pełni przystosowane dla potrzeb dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Placówki te w znacznym stopniu wyeliminowały bariery architektoniczne, znacznie trudniej o właściwe do specjalnych potrzeb edukacyjnych wyposażenie wspierające proces dydaktyczny i pełne przygotowanie metodyczne nauczycieli.

Solidne wykształcenie osoby niepełnosprawnej jest podstawą przygotowania do pracy oraz zatrudnienia. Zatrudnienie zapewnia między innymi niezależność osobistą i materialną, jednak dla osób niepełnosprawnych ma wartość dodatkową – kompensuje ograniczenia wynikające z niepełnosprawności.

Dane statystyczne Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Gdańsku dotyczące bezrobocia rejestrowanego wskazują, iż w końcu 2005 r. w województwie pomorskim zarejestrowanych było 4660 bezrobotnych osób niepełnosprawnych, co stanowiło 2,9% ogółu bezrobotnych.

Bezrobotni niepełnosprawni to osoby:

- z lekkim stopniem niepełnosprawności – 80,3%,
- z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – 18,9%,
- ze znacznym stopniem niepełnosprawności – 0,8%.

Spośród zarejestrowanych w końcu 2005 r. bezrobotnych osób niepełnosprawnych, najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku:

- 50-54 lata – 927 osób, tj. 19,9%,
- 45-49 lat – 819 osób, tj. 17,6%.

Poziom wykształcenia zarejestrowanych osób niepełnosprawnych kształtował się następująco:

- gimnazjalne i poniżej – 39,9%,
- zasadnicze zawodowe – 36,5%,
- średnie ogólnokształcące – 6,5%,
- policealne i średnie zawodowe – 14,9%,
- wyższe – 2,2%.

W końcu 2005 r. zarejestrowane były 1273 osoby niepełnosprawne poszukujące pracy i nie pozostające w zatrudnieniu, tj. 49,7% ogółu osób poszukujących pracy.

Niepełnosprawni poszukujący pracy i nie pozostający w zatrudnieniu, to osoby:

- z lekkim stopniem niepełnosprawności – 24,5%,
- z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – 61,4%,
- ze znacznym stopniem niepełnosprawności – 14,1%.

Spośród zarejestrowanych w końcu 2005 r. niepełnosprawnych poszukujących pracy i nie pozostających w zatrudnieniu, najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku:

- 50-54 lata – 240 osób, tj. 18,9%,
- 45-49 lat – 234 osoby, tj. 18,4%.

Poziom wykształcenia zarejestrowanych osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i nie pozostających w zatrudnieniu kształtował się następująco:

- gimnazjalne i poniżej – 32,5%,
- zasadnicze zawodowe – 28,5%,
- średnie ogólnokształcące – 8,6%,
- policealne i średnie zawodowe – 24,6%,
- wyższe – 5,7%.

Osoby niepełnosprawne korzystające ze świadczeń socjalno-rentowych rzadko rejestrują się jako poszukujące pracy obawiając się utraty świadczeń i nie postrzegają siebie w kategoriach osoby zdolnej do podjęcia pracy.

Wsparcie adresowane do pracodawców nie sprzyja wzrostowi zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Ma ono charakter głównie dofinansowania kosztów pracy pracodawcy i nie jest skojarzone ze wsparciem osoby niepełnosprawnej. Osobę niepełnosprawną należy wesprzeć w procesie pozyskania i utrzymania pracy poprzez właściwe przygotowanie miejsca i narzędzi pracy oraz asystenta wspomagającego.

Nateżenie zjawiska niepełnosprawności nasila się wraz z wiekiem. Blisko 56% zbiorowości tych osób stanowiły osoby w wieku 55 lat i więcej.

Poziom wykształcenia niepełnosprawnych mieszkańców miast, zarówno mężczyzn jak i kobiet, był znacznie wyższy niż osób zamieszkałych na wsi. Tylko 6,1% osób niepełnosprawnych w województwie pomorskim ma wykształcenie wyższe.

Najwięcej osób niepełnosprawnych 79,3% posiadało własne źródło utrzymania w postaci emerytur, rent, różnego rodzaju zasiłków. Tylko 9,8% osób niepełnosprawnych utrzymywało się z osobiście wykonywanej pracy.

Poziom aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych był prawie 3-krotnie niższy niż ogółu ludności w wieku 15 lat i więcej.

W województwie pomorskim w 126 Zakładach Pracy Chronionej zatrudnionych jest 590 osób niepełnosprawnych / stan na 01.06.2006 za raportem PFRON/. Najwięcej w Gdańsku / 119/ najmniej w powiecie Nowy Dwór Gdański / 6 /. Należy przy tym zaznaczyć, że w ostatnich latach spada ilość Zakładów Pracy Chronionej oraz ilość osób przez nie zatrudnianych / w 2000 roku 3448 ZPCh zatrudniało w Polsce 376129 osób, w 2004 roku już tylko 2677 ZPCh zatrudniało 327147 osób niepełnosprawnych/.

Osoby niepełnosprawne wchodzące w dorosłą aktywność mają możliwość przygotowywania się do aktywności zawodowej poprzez udział w Warsztatach Terapii Zajęciowej. Jest ich w województwie pomorskim 38 przy czym są powiaty nie posiadające takiej formy wsparcia /słupski ziemski, lęborski, kościerski, sztumski i Sopot/.

Instytucjonalną formą nauki zawodu i pracy jest Zakład Aktywizacji Zawodowej. W województwie pomorskim funkcjonuje jeden w Sztumie.

Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi są zbliżone do ogółu gospodarstw domowych - powierzchnia mieszkania przeciętnej powierzchni powyżej 30m² jest najczęstsza, 36% gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi posiada podstawowe urządzenia techniczno-sanitarne.

Osoby niepełnosprawne napotykać mimo ustawowych sprzyjających rozwiązań na wiele barier w komunikacji, dostępie do usług i dóbr, co sprawia znaczne utrudnienia w aktywnym uczestniczeniu w życiu społecznym.

Podsumowanie:

1. Wzrost liczby osób niepełnosprawnych / szczególnie w wyniku postępów w medycynie ratunkowej, wydłużaniu czasu życia /
2. Utrudniony i znacznie zróżnicowany dostęp do wczesnej diagnozy i terapii
3. Niski odsetek dzieci z niepełnosprawnością mający możliwość edukacji w systemie integracyjnym, na wyższym poziomie edukacji/ ponadgimnazjalnym i wyższym/
4. Mała aktywność zawodowa i społeczna co sprzyja wykluczeniem na poziomie zawodowym i społecznym osób niepełnosprawnych.
5. Niski poziom zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy
6. Brak spójnego systemu orzekania o stopniu niepełnosprawności, co skutkuje brakiem wiedzy o liczbie osób niepełnosprawnych i ich potrzebach
7. Konieczna jest możliwość jak najwcześniejszego diagnozowania i wczesnej, systematycznej rehabilitacji osób niepełnosprawnych.
8. System edukacji musi w znacznie elastyczniejszy sposób odpowiadać na specjalne potrzeby edukacyjne dzieci, młodzieży i dorosłych.
9. Konieczne jest inwestowanie w przystosowanie miejsca na rynku pracy dla osoby niepełnosprawnej poprzez odpowiednie narzędzia, zabezpieczenia i asystenturę, umożliwiające zdobycie i utrzymanie zatrudnienia.
10. Konieczne jest egzekwowanie ustawowo zapewnionej realizacji wszelkich inwestycji i przedsięwzięć bez barier dla osób z każdą niepełnosprawnością.

II.3.4. Uzależnienia

II.3.4.1. ALKOHOLOWIZM, nałóg alkoholowy - jedno z najbardziej rozpowszechnionych na świecie uzależnień, w którym substancją uzależniającą jest alkohol etylowy; motywem sięgania

po niego jest działanie euforyzujące, rozluźniające, rozhamowujące (upojenie alkoholowe). Rozwój uzależnienia postępuje z różną szybkością, wpływa na to wiele indywidualnych i społecznych czynników ryzyka (m.in. predyspozycje dziedziczne, sytuacja rodzinna i zawodowa, dostępność alkoholu, cechy osobowości).

Osoba uzależniona pije stale lub z niedługimi przerwami, tworzy przy tym zwykle cały system mechanizmów psychologicznych, zaprzeczających istnieniu choroby (np. bagatelizowanie, oskarżanie innych); zależność od alkoholu ma charakter psychiczny i fizyczny, w niektórych środowiskach także społeczny.

Przewlekłe zatrucia powodują występowanie licznych zaburzeń somatycznych (m.in. uszkodzenie wątroby, trzustki, serca, mózgu, przewodu pokarmowego), psychoz alkoholowych oraz ryzyko szkodliwych skutków dla potomstwa; stopniowo narasta degradacja osobowości oraz nieprzystosowanie społeczne; alkoholizm ma często znaczenie kryminalne.

Podstawową trudność w leczeniu alkoholizmu stanowi brak motywacji do jego podjęcia u większości uzależnionych; leczenie wymaga, po wstępnej detoksykacji, długotrwałego uczestnictwa w programach reorientujących i przygotowujących do alternatywnego sposobu życia oraz wspomagających wysiłek utrzymania abstynencji; pomocne tu są nieprofesjonalne ruchy trzeźwościowe oraz kluby i stowarzyszenia grupujące samych uzależnionych (np. Anonimowi Alkoholicy).

Polska należy do krajów o średnim spożyciu alkoholi, lecz wyprzedza inne pod względem spożycia wysokoprocentowych napojów alkoholowych; niekorzystna jest też dominacja sposobu picia polegającego na wypijaniu dużych ilości mocnych napojów jednorazowo aż do silnego upojenia, co podwyższa ryzyko negatywnych następstw społ. i zdrowotnych.

Problemy alkoholowe - termin wprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia na określenie alkoholizmu w szerszym ujęciu, rozumianego jako całokształt patologii społecznej, związanej z piciem i nadużywaniem napojów alkoholowych. Następstwem nadużywania alkoholu są zakłócenia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym alkoholika.

Problemy alkoholowe są przedmiotem zainteresowania polityki społecznej i zindywidualizowanej pracy socjalnej.

Przeciwdziałanie alkoholizmowi odbywa się za pomocą działalności informacyjno-wychowawczej, leczniczo-rehabilitacyjnej, prewencyjno - profilaktycznej i karnej.

Przeciwdziałaniu alkoholizmowi służą także środki karne stosowane wobec osób, które spożywając, sprzedając lub podając alkohol naruszają przepisy, a także wobec tych, którzy wbrew szczególnemu obowiązkowi nadzoru dopuszczają się sprzedaży, podawania lub spożywania alkoholu w miejscach zakazanych. Prawo polskie nie traktuje okoliczności bycia pod wpływem alkoholu jako okoliczności łagodzącej.

Skala problemu nadużywania i uzależnienia od alkoholu. Dynamika problemu i rozmieszczenie w województwie pomorskim.1)

Z przeprowadzonych badań wynika, że przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku alkohol piło 90% mieszkańców województwa pomorskiego, podczas gdy dla ogółu Polaków odsetek ten wynosi 84%.

Średnio każdy mieszkaniec województwa pomorskiego wypił 3,82 litra stuprocentowego alkoholu. Jest to mniej niż statystyczny Polak (4,31 l.). Każda z osób zaliczanych do pomorskiej grupy konsumentów napojów alkoholowych wypija 4,27 l. stuprocentowego alkoholu, a zatem dużo mniej niż przeciętny konsument w całej Polsce (5,18 l.).

1)W listopadzie i grudniu 2005 roku zrealizowane zostało badanie na reprezentatywnej 513-osobowej próbie dorosłych mieszkańców województwa pomorskiego. Struktura demograficzna próby odpowiadała strukturze lokalnej społeczności.)

W województwie pomorskim struktura spożycia nie różni się od ogólnopolskiej. W obu przeważa wódka (46% z ogólnie wypitego 100% alkoholu na Pomorzu oraz 47% w Polsce). Drugie miejsce zajmuje piwo (43% na Pomorzu wobec 45% w próbie ogólnopolskiej). Wino natomiast stanowi najmniejszą część spożywanych napojów alkoholowych (w województwie pomorskim 11%, w Polsce 9%) /patrz tabela nr 12 w aneksie/.

Podział pomorskich respondentów ze względu na płeć pokazuje, że kobiety z województwa pomorskiego konsumują alkohol w ilościach podobnych jak Polki, choć mężczyźni piją mniej jak ogół mężczyzn w kraju. W województwie pomorskim mężczyźni piją ponad trzy razy więcej alkoholu niż kobiety. W przypadku województwa pomorskiego nie widać silnej zależności ilości wypitego alkoholu od wieku. Związek ten jednak istnieje, jeśli chodzi o wielkość miejscowości – najwięcej (5,04 l.) piją mieszkańcy dużych miast, a najmniej mieszkańcy wsi (3,38 l.).

Status zawodowy jest cechą, która różnicuje spożycie alkoholu wśród mieszkańców województwa pomorskiego. **Zdecydowanie najwięcej piją bezrobotni** (6,50 l., w Polsce – 8,35 l.) **oraz uczniowie i studenci** (6,19 l., w Polsce – 4,99 l.). W badaniu ogólnopolskim w grupie uczniów i studentów, kobiety piją zbliżone ilości alkoholu co mężczyźni, jednak w województwie pomorskim w tej grupie kobiety piją pięciokrotnie mniej alkoholu niż mężczyźni.

Kolejną cechą wpływającą na wielkość spożycia alkoholu jest stosunek badanego do wiary: osoby wierzące i praktykujące (zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn) przeciętnie piją mniej niż pozostałe. Podobna zależność obserwowana jest również w Polsce.

Podsumowując, należy stwierdzić / patrz tabela 13 w aneksie/, że osoby najczęściej wypijające w województwie pomorskim to mężczyźni: z dużych miast, o dochodach ich gospodarstw domowych ponad 3000 zł, uczniowie i studenci, w wieku 18-25 lat, posiadający wykształcenie średnie oraz niewierzący lub wierzący, ale niepraktykujący.

Odsetek mężczyzn nadmiernie pijących jest prawie pięć razy wyższy niż odsetek nadmiernie pijących kobiet. Do grupy ryzyka stosunkowo najczęściej należą: mężczyźni w wieku 18-29 lat, posiadający wykształcenie średnie, niewierzący lub wierzący, ale niepraktykujący oraz zamieszkujący w gospodarstwach o łącznym dochodzie przekraczającym 3000 zł.

Z danych GUS-u wynika, że w stacjonarnych placówkach leczenia odwykowego w województwie pomorskim leczyło się 146 osób, co daje łącznie 5.831 osobodni leczenia; przeciętny pobyt jednej osoby w placówce wynosił 39,9 dni (według stanu na 31.12.2004 r.).

Przyczyny problemów alkoholowych

Alkohol nadal jest bardzo popularną używką, zwłaszcza wśród nieletnich, którzy poprzez spożywanie alkoholu chcą pokazać, że są dorośli którzy spożywają alkohol z braku zajęć kulturalno-oświatowych, małej ilości klubów osiedlowych oraz innych miejsc spotkań.

W naszym społeczeństwie panuje przyzwolenie ze strony osób dorosłych na spożywanie alkoholu przez nieletnich i brak zdecydowanej reakcji na takie sytuacje; zatrważający jest fakt, że znacznie obniża się wiek inicjacji alkoholowej, a coraz częściej ujawniane są nietrzeźwe nieletnie dziewczyny.

Dostęp do alkoholu jest bardzo łatwy – sklepy oferujące tego typu używki są otwarte całodobowo lub do późnych godzin nocnych. Sprzedawcy i właściciele sklepów monopolowych często sprzedają alkohol nieletnim, bez uprzedniego sprawdzenia wieku kupującego, nawet gdy jego wygląd wskazuje na wiek poniżej 18 roku życia.

Kolejnym ważnym zagadnieniem związanym ze spożywaniem alkoholu jest nielegalny rynek napojów alkoholowych. Co dwudziesty (5%) mieszkaniec województwa pomorskiego

przynajmniej raz do roku kupuje alkohol na nielegalnym rynku (dla porównania 8% Polaków w ten sposób dokonuje zakupów alkoholowych).

Prognoza występowania problemów alkoholowych w województwie pomorskim

Zarówno palenie tytoniu jak picie napojów alkoholowych jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Należy odnotować, że palenie tytoniu, picie alkoholu lub używanie innych substancji psychoaktywnych nie ma związku z uczestnictwem w zajęciach profilaktycznych dotyczących tych środków. Niezależnie od tego, czy badani uczestniczyli w zajęciach profilaktycznych, czy też nie brali w nich udziału, ich zachowania w zakresie substancji psychoaktywnych są podobne.

Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów.

Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. O stopniu ryzyka, według ocen respondentów, decyduje bardziej nasilenie używania, niż rodzaj substancji.

Poziom akceptacji dla używania poszczególnych substancji jest znacznie zróżnicowany. Sporadyczne picie jest powszechnie akceptowane natomiast używanie substancji nielegalnych spotyka się generalnie z większym potępieniem niż picie alkoholu czy palenie tytoniu. Uczniowie młodszy częściej raportowali również używanie kiedykolwiek w życiu alkoholu razem z substancjami psychoaktywnymi (12,3% - Woj. Pomorskie i 8,4% - Polska). Jeżeli chodzi o używanie alkoholu w czasie 12 ostatnich miesięcy, to podobnie jak w przypadku eksperymentowania więcej młodszych uczniów z województwa pomorskiego niż z innych województw i z terenu całej Polski używało alkoholu w połączeniu z substancjami psychoaktywnymi. Podobny lub niższy odsetek badanych, niż ma to miejsce w innych regionach, deklaruje przekraczanie progu nietrzeźwości.

Wyniki badania skłaniają do sformułowania kilku wniosków, a w ślad za nimi kilku rekomendacji.

Młodzież Województwa Pomorskiego wedle wyników badania znacznie częściej deklaruje zażywanie alkoholu wraz z substancjami psychoaktywnymi.

Wydaje się, że nasilenie picia alkoholu jest efektem głębokiej zmiany obyczajowej, której dotychczasowe zabiegi profilaktyczne skutecznie przeciwstawić się nie są w stanie. Dla odwrócenia obecnego trendu, jeśli to jest w ogóle możliwe, potrzebna jest nie tylko mobilizacja całego społeczeństwa oparta na pełnym konsensusie co do celu jaki chcemy osiągnąć, ale też i pomysły nowego podejścia do redukcji popytu na substancje wśród młodzieży.

Niezależnie od sformułowanych wcześniej zastrzeżeń przytoczone wyniki powinny budzić niepokój i skłaniać do głębszego namysłu nad praktyką profilaktyczną.

Znaczne rozmiary grup silnie zaangażowanych w używanie substancji skłaniają do przemyślenia na nowo priorytetów w strategii prewencyjnej. Zastanowienia wymaga kwestia oferty dla młodych ludzi względnie często pijących, w ilościach prowadzących do nietrzeźwości. Wielu z nich nie uda się przekonać do zmiany tego stylu życia, konieczne wydaje się zatem zadbanie o minimalizację szkód do jakich to może prowadzić.

Wydaje się, że warto przemyśleć przekaz profilaktyczny, szczególnie o charakterze edukacyjnym, pod kątem przystawalności do doświadczeń, postaw i przekonań młodych ludzi.

Podsumowanie:

1. Mamy bogatą wiedzę o szkodliwości zdrowotnej uzależnień, posiadamy i akceptujemy strategię i programy kompleksowego leczenia, mamy Narodowy, Wojewódzkie i Gminne Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, pełnomocników wojewódzkich i Gminne

Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – jednak wszystkie te zasoby nie przekładają się na ograniczenie problemu.

2. Faktem jest społeczny charakter przyczyn uzależnień – złe funkcjonowanie rodziny, bezrobocie i niski status materialny.
3. Najbardziej niekorzystne zjawiska nasilające znaczenie problemu to:
 - przyzwolenie dorosłych na spożywanie alkoholu przez nieletnich, obniżenie wieku inicjacji alkoholowej
 - normą i stylem bycia na wycieczkach i dyskotekach jest picie alkoholu łącznie z zażywaniem środków psychoaktywnych
 - łatwy dostęp przez całą dobę do kupna alkoholu, substancji wziewnych i grzybów halucynogennych, także dla nieletnich
 - brak motywacji do leczenia
 - brak związku między wzrostem spożywania alkoholu a uczestnictwem lub nie w zajęciach profilaktycznych
 - rosnący nielegalny rynek i związek uzależnień z przestępczością
4. Należy koniecznie podnieść skuteczność działań poprzez:
 - wspieranie organizacji pozarządowych działających na rzecz rodzin uzależnionych / liczne grupy samopomocowe/
 - podnoszenie skuteczności działań profilaktycznych, leczniczych i terapeutycznych
 - zwiększenie i uatrakcyjnienie ofert zajęć pozalekcyjnych i sposobu spędzania czasu wolnego bez zachowań ryzykownych
 - poprawa jakości zajęć profilaktycznych na wszystkich szczeblach edukacji, która powinna w większym stopniu uwzględniać doświadczenia, postawy i przekonania młodzieży
 - promowanie zdrowego stylu życia

II.3.4.2. Narkomania

Narkomania jest problemem społecznym, medycznym, prawnym i kulturowym. Zjawisko narkomanii ma charakter procesu: postępuje, ewoluuje i odznacza się zróżnicowaną dynamiką. Problem narkomanii jest ściśle powiązany z ubóstwem, bezrobociem, prostytutką, przestępczością i bezdomnością.

Od roku 1989 w Polsce widoczne są zmiany polityczne i społeczne, które wpłynęły na ewolucję wzorców w nadużywaniu narkotyków oraz polityki antynarkotykowej. Narkomania należy do grupy zjawisk, które często są nielegalne, napiętnowane i ukryte.

Strategie województwa pomorskiego poszukują sposobów ograniczenia ścigania i kar więzienia w stosunku do narkomanów na rzecz wzmocnienia wysiłków w walce ze zorganizowanym handlem narkotykami. Nastawienie do leczenia także zmieniło się po roku 1989 jako wynik zarówno wzrostu liczby uzależnień jak i zagrożenia AIDS. Obok tradycyjnych długoterminowych ośrodków leczenia metodą społeczności terapeutycznej, oddziałów detoksykacji oraz wspólnot terapeutycznych (ośrodki z sektora NGO), powstało wiele poradni a działania „outreach” rozwinęły system pomocy w nagłych wypadkach, wymianę igieł, a także poradnictwo i udzielanie w razie potrzeby schronienia.

Przyjęte w woj. pomorskim systemy monitorowania są oparte z jednej strony na danych związanych z przestrzeganiem prawa z drugiej zaś na danych z lecznictwa. Od początku lat 80-tych rozpoczęto rejestrowanie osób uzależnionych od opiatów i zażywających polską heroinę. Tradycją Gdańska jest dostępność danych na temat poradnictwa, leczenia i rehabilitacji. Wprowadzono również system rejestracji nagłych wypadków spowodowanych narkotykami.

Używanie narkotyków

Zażywanie narkotyków najpierw eksperymentalne stopniowo stawało się problemem, szczególnie po upowszechnieniu polskiej heroiny wytwarzanej w warunkach domowych ze słomy makowej.

Sytuacja zmieniła się dramatycznie po roku 1999. Gwałtownie wzrosły dostawy heroiny w postaci brown sugar oraz liczba uzależnień. Pod koniec 1996 roku liczbę narkomanów w mieście oceniono na 2130 (250 na 100 000 mieszkańców) przez rok 2002 ich liczbę oceniano na 3340 (392 na 100 000 mieszkańców) natomiast w roku 2004 liczba narkomanów była szacowana w ilości 3 590 (397 na 100 000 mieszkańców)

Liczba narkomanów opiatowych odnotowanych w programie TD (treatment demand) wzrosła z 456 w 1994r. do 793 w 2002r. oraz 1012 w roku 2004.. Wspomniany wzrost widoczny jest także w liczbie naruszeń przepisów dotyczących narkotyków.

Wzrost wartości wskaźników policyjnych połączony był z ostrym wzrostem zgonów spowodowanych narkotykami, przeważnie przedawkowaniem heroiny. Wzrost zapotrzebowania na leczenie wzrósł, głównie z powodu zwiększenia na terenie Trójmiasta oferty w postaci powstania nowych Ośrodków leczenia długoterminowego oraz oddziału detoksykacji.

Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców w woj. pomorskim narkomanów dożylnych chorych na AIDS wynosił 0,5 w 2004 roku

W woj. pomorskim częstotliwość nowych zakażeń wirusem HIV, wśród narkomanów jest obliczona na 45,45% w roku 2004 ogółu nowych zakażeń. Ostatnie dane ze źródła PZH wskazują na gwałtowny wzrost zakażeń HIV w okresie pierwszych ośmiu miesięcy roku 2005. Wynosi ona 51 nowych przypadków!.

Ostatnie oszacowania dotyczące liczby narkomanów pokazują, iż w roku 2004 narkomanów poniżej 25 – go roku życia było 2380, w grupie wiekowej 25-29 – 1120 osób oraz starszych powyżej czterdziestego roku życia – 420.

Aktualnie w Trójmieście istnieje system zbierania danych związanych z zapotrzebowaniem na leczenie wśród narkomanów. Dane są zbierane w centrach, których działalność jest skierowana bezpośrednio na osoby, które mają problemy z zażywaniem narkotyków i których celem jest poprawa społecznego, medycznego lub psychologicznego statusu osób poszukujących pomocy w związku z ich problemami dotyczącymi narkotyków. W centrach leczenie może mieć charakter medyczny lub nie medyczny, włączając w to detoksykację (odtrucie), ośrodki leczenia długoterminowego, średnioterminowego lub krótkoterminowego, poradę, leczenie i pomoc; bezpłatną terapię farmakologiczną i długoterminowe leczenie psychologiczne.

Dla diagnozy zjawiska problemowego używania narkotyków wykorzystano badania jakościowe prowadzone w Gdańsku równocześnie wśród osób uzależnionych od amfetaminy oraz pośród uzależnionych od opiatów.

Istotne różnice wiekowe zauważono w dwóch wzorcach używania narkotyków w przedziałach wiekowych poniżej lub 19 – go roku życia i w przedziale pomiędzy 20-tym, a 30 -tym rokiem życia.

W przedziale 19 lat i poniżej opiaty używa jedynie 10,7 % nominowanych natomiast uzależnieni od amfetaminy stanowią trzykrotnie większy odsetek (31,8%).

W grupie wiekowej 20-30 lat narkomani opiatowi przewyższają odsetek narkomanów uzależnionych od amfetaminy i stanowią 65% nominowanych natomiast uzależnieni od amfetaminy to połowa w tej grupie (54,1%) osób nominowanych.

W grupie powyżej 30 – go roku życia odsetek narkomanów opiatowych i używających amfetaminy stanowi 24,3% w starym wzorcu i 14.0% w nowym.

Leczenie

W woj. pomorskim istnieją liczne programy terapeutyczne. Wiele z nich koncentruje się na skróceniu procesu leczenia, podnoszenia kwalifikacji terapeutów, bardziej

zindywidualizowanej terapii, oraz na przygotowaniu pacjentów do samodzielnego życia po zakończeniu leczenia. Terapia uzależnień narkotykowych obejmuje poradnictwo, motywowanie, leczenie farmakologiczne, rehabilitację i integrację społeczną. Wiele programów leczenia uzależnień to programy które są zindywidualizowane i dostosowane do sytuacji pacjenta, oraz jego problemów. W wielu programach leczenie obejmuje także członków rodziny uzależnionych.

W woj. pomorskim działa 6 stacjonarnych ośrodków leczenia uzależnień w tym dwa publiczne. Ośrodki dysponują 164 – ma łózkami – stan na 31 grudnia 2004r.

Walka z nielegalnym rynkiem

W Polsce a także na terenie woj. pomorskiego istnieje wiele zorganizowanych grup przestępczych, z których szereg ma charakter międzynarodowy. Obszar woj. pomorskiego – z racji swego położenia, z portami morskimi oraz lotniskiem międzynarodowym - jest nie tylko strefą tranzytu, ale staje się także rynkiem zbytu narkotyków klasycznych. Obserwuje się coraz ściślejsze powiązania polskich środowisk przestępczych z innymi krajami, np. przy produkcji i obrocie amfetaminą.

Rosnąca gwałtownie na terenie woj. pomorskiego po 1999 r. liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych z ustawy z dn. 24.04.1997 o przeciwdziałaniu narkomanii, obecnie rocznie wzrasta o ok. 40 - 50 proc. W 1999 r. stwierdzono 585 przestępstw, w 2000 - 665, w 2001 - 1057, w 2002 – 1 684, w 2003 – 2 285 i w roku 2004 – 4 683. Liczba przestępstw pomiędzy latami 2003 i 2004 podwoiła się.

Wśród przestępstw popełnianych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, liczną grupę stanowią nieletni. W roku 1999 stanowili grupę 231 osób, w 2000 – 288, w 2001 – 156 i w roku 2002 liczba ta zwiększyła się do 356 oraz w roku 2003 do 429.

Społeczny charakter przyczyn zjawiska picia i odurzania się, którymi są złe funkcjonowanie rodziny, bezrobocie i niski status materialny rodzin, ogranicza skuteczność oddziaływań profilaktyczno - wychowawczych szkoły.

Podsumowanie:

Polityka przeciwdziałaniu uzależnieniu od substancji psychoaktywnych kreowana w woj. pomorskim opiera się na danych uzyskanych z badań oraz doświadczeń wynikających ze stosowania wcześniejszych programów. Systematyczne badanie problemu jest konieczne dla identyfikacji nowych trendów narkomanii. Udoskonalenie mechanizmów zbierania danych poprawia znajomość natury zagadnienia oraz ma znaczenie podstawowe, jeśli chodzi o długoterminowy rozwój efektywnych działań. Dotychczasowe doświadczenia, przyjęte strategie ograniczenia popytu na narkotyki oraz działania podejmowane w tym zakresie są wnikliwie analizowane i oceniane. Odnosi się to do programów ograniczających popyt na narkotyki, które obejmują wszystkie aspekty problemu: począwszy od wieku inicjacji narkotykowej aż do ograniczenia zdrowotnych i społecznych skutków ich zażywania. Osobom uzależnionym od narkotyków daje się możliwość leczenia i rehabilitacji. Wysiłki podejmowane w celu ograniczenia popytu na narkotyki są częścią programów socjalnych, promocji zdrowia i edukacyjnych programów prewencyjnych, Programy służące ograniczeniu popytu na narkotyki określają potrzeby całej zagrożonej populacji, oraz grup podwyższonego ryzyka.

Dokładna analiza problemu skłania do przyjęcia następujących wniosków:

1. Używanie narkotyków jest najbardziej rozpowszechnione w aglomeracji Trójmiasta,
2. Najliczniejszą grupą konsumentów narkotyków są osoby do 25 roku życia,
3. Na podstawie analizy statystyk policyjnych dostępność narkotyków oceniana jest jako wysoka,
4. Liczbę narkomanów ocenia się na ponad 3,5 tysiąca w woj. .pomorskim,
5. Gwałtownie zmieniające się realia społeczne i ekonomiczne (bezrobocie, rozwarstwienie ekonomiczne społeczeństwa, problemy socjalne) przyczyniają się do zwiększenia wagi tego problemu,

- 6 Najważniejszym elementem ograniczenia popytu na narkotyki staje się dotarcie do grup wysokiego ryzyka w celu dokładnej analizy problemu i opracowania skutecznych strategii działania,
- 7 Programy ograniczające popyt na narkotyki powinny obejmować wszystkie aspekty problemu począwszy od wieku rozpoczynania używania narkotyków, aż do ograniczenia zdrowotnych i społecznych skutków ich zażywania,
- 8 Należy zintensyfikować działania zmierzające do podnoszenia świadomości społecznej dotyczącej szkód związanych z narkotykami,
- 9 Należy wzmacniać rozwój programów lokalnych oraz działań promujących zdrowie,
- 10 Należy zwiększyć koordynację działań władz samorządu i organizacji pozarządowych,
- 11 Profilaktyka uzależnień powinna stanowić standard programów szkół wszystkich typów i poziomów,
- 12 Należy dążyć do udoskonalenia systemu informacyjnego o programach zapobiegania oraz epidemiologii narkomanii.

II.3.5. Osoby opuszczające zakłady karne

Aktualnie prawo wprowadziło pojęcie pomocy w readaptacji społecznej i ustanowiło fundusz pomocy postpenitencjarnej, który w większości trafia do Centralnego Zarządu Służby Więziennej, do kuratorów sądowych i organizacji pozarządowych, które dysponują schronieniem, realizują programy terapeutyczne, współpracują z biurami porad obywatelskich oraz aktywizują zawodowo byłych skazanych. Niestety w chwili obecnej nie dysponujemy danymi dotyczącymi powyższego zagadnienia.

II.3.6. Ubóstwo

W ostatnich latach w Polsce następuje zarówno wzrost liczby osób dotkniętych ubóstwem, jak i głębokość tego ubóstwa. Osoby żyjące poniżej minimum egzystencji stanowiły: 5,6% ogółu społeczeństwa w 1998 r., 11,1% w 2002 r. i 11,8% w 2004 r. Luka dochodowa dla tej grupy wynosiła odpowiednio: 16%, 20% i 21%. Według GUS, wzrost ubóstwa w ostatnich latach dokonał się przy poprawie przeciętnej sytuacji materialnej ogółu Polaków, generowanej przez wysokie dochody, co świadczy o rosnących nierównościach w sytuacji dochodowej i poziomie spożycia polskiego społeczeństwa./ tabela nr 14 w aneksie/

Mimo że w 2004 roku PKB w Polsce wzrósł o 5,3%, większość wskaźników ubóstwa uległa pogorszeniu. Według GUS w zeszłym roku poniżej minimum socjalnego żyło prawie 60% Polaków. W 2003 roku było to 59%, w 2002 58%, w 2001 57%, w 2000 54%, w 1996 47%, a w 1989 wskaźnik ten wynosił tylko 15%.

W grudniu 2004 roku wartość koszyka minimum socjalnego dla najbardziej typowego modelu rodziny w Polsce – małżeństwa z dwojgiem dzieci na utrzymaniu – oszacowano na poziomie **2 439,60 zł** (czyli 609,90 zł na osobę). Dla najliczniejszej rodziny ujętej w badaniach (małżeństwo z trójką dzieci) wartość minimum socjalnego wyniosła nominalnie więcej (3 003,40 zł), ale w przeliczeniu na jedną osobę, wartość ta wynosiła najmniej (600,70 zł). Najwyższa wartość omawianego wskaźnika w ujęciu *per capita* dotyczyła osób samotnych. W przypadku osób w wieku produkcyjnym koszyk minimum kształtował się na poziomie **826,70 zł**, zaś dla samotnego emeryta – **763,50 zł**.

Przyczyny wzrostu zjawiska ubóstwa związane są z dwoma zasadniczymi procesami:

1. Poddanie ludności rolniczej konkurencji ze strony silnie działającego rynku i upadek małych gospodarstw.
2. Zmiany w industrializacji i urbanizacji.

Procesom tym towarzyszyły zjawiska niekorzystnych przemian na wsi – spadek przeciętnego poziomu dochodów rolniczych w rezultacie zmian ustrojowych i mechanizmów rynkowych oraz zmian na rynku pracy / upadek państwowych gospodarstw rolnych/. Od 1997 roku ubóstwo na wsi objęło również chłopskie gospodarstwa domowe / deficytem stała się gotówka, która jest podstawą mobilności i dostępności dóbr poza żywnościowych/.

Restrukturyzacja zaowocowała znaczną przewagą likwidacji miejsc pracy nad ich tworzeniem. Po 1998 roku powstało o 80% mniej miejsc pracy w sektorze prywatnym, niż w okresie wzrostu w latach 1994 – 1997. Wzrosła wydajność pracy w przemyśle, ale przy braku rozwoju miejsc pracy w innych sektorach, spowodowała wzrost bezrobocia.

Instytucje polityki społecznej nie stały się narzędziem dostosowań transformacyjnych a miejscem ucieczki/ wczesne emerytury, świadczenia przedemerytalne/.

Znacznie pogłębiły się i wyostrzyły różnicowania regionalne, będące spuścizną przeszłości. Ujawniły się również ogromne zaniedbania edukacyjne, które stanowią obecnie barierę rozwoju.

Grupy zagrożone ryzykiem ubóstwa

Ubóstwo w Polsce najsilniej związane jest z bezrobociem i wielodzietnością. Przy czym w 1/3 rodzin wielodzietnych bezrobotnym jest któryś z rodziców... Tymczasem transfery socjalne dla obu grup są bardzo niskie i obejmują nieznaczny zakres dotkniętych ryzykiem ubóstwa. Zasiłek dla bezrobotnych pobiera tylko 20% zarejestrowanych bezrobotnych, a zasiłki dla dzieci pobierało w 2000 r. /po wprowadzeniu kryterium dochodowego/ tylko 3,3 mln rodzin / 40 %mniej niż wcześniej/.

Ubóstwo związane z bezrobociem generuje potrzebę uzyskania wsparcia z jednostek pomocy społecznej. Tabela nr 15 / w aneksie/ pokazuje jednak rozwarstwienie pomiędzy stopą bezrobocia a liczbą gospodarstw domowych objętych pomocą w poszczególnych powiatach województwa pomorskiego. Przyczyny wymagają głębszej analizy.

Ryzyko popadnięcia w ubóstwo jest większe wśród mieszkańców wsi. Mieszkańcy wsi mają niższe kwalifikacje, a rodziny mają liczniejsze potomstwo.

Polskie badania nie potwierdzają natomiast często przywoływanej tezy, że ubogie są osoby starsze oraz, że występuje w Polsce zjawisko „feminizacji biedy”.

Stopa ubóstwa wśród najbardziej zagrożonych ubóstwem grup ludności: /GUS 2001/

Grupa ludności	Kryterium dochodowe w pomocy społecznej
Przeciętnie w kraju	13,6
Średnio w woj. pomorskim	14,5 / w 2004r. 12,6/
Bezrobotni i klienci pomocy społecznej	43,1
Na obszarach wiejskich	20,6
W rodzinach z 3 dzieci	19,3
W rodzinach z 4 i więcej dzieci	40,8

Stopa ubóstwa w województwie pomorskim / patrz tabela nr 16 w aneksie/

Na skutek pogłębiających się trudności na rynku pracy, zjawiskiem powszechnym na wsi i w małych miastach jest utrzymywanie gospodarstw domowych z emerytur i rent. To właśnie one stają się jednym z niewielu stałych i pewnych dochodów rodzin. W biednych środowiskach na wsi i w małych miejscowościach również praca zarobkowa dzieci staje się elementem strategii zapewnienia możliwości minimum egzystencji.

W wielu rodzinach nauka dzieci schodzi na plan dalszy w obliczu codziennych zmagania o znalezienie środków na utrzymanie.

Prezentowane dane wskazują na duże zapóźnienia cywilizacyjne na wsi i w małych miejscowościach, które powodują, że młode pokolenie wychowuje się w otoczeniu o niższych standardach użyteczności i estetyki.

Najbardziej problem ten uwidoczni się w środowiskach popegeerowskich, gdzie rodziny wykazywały skłonność do lokalnej migracji w miejsca gdzie PGR-y oferowały pracę i mieszkania. Mieszkańcy osiedli popegeerowskich często nie są związani z miejscowościami, w których przyszło im zamieszkać, co utrudnia kształtowanie poczucia odpowiedzialności za środowisko, w którym żyją. Tymczasowość i nadmierna opiekuńczość wobec pracowników w dawnych PGR-ach zaowocowała rozbudzoną roszczeniowością i brakiem nawyków inicjowania samodzielnych działań, chociażby związanych z dbałością o najbliższe otoczenie.”

Utrwalanie się ubóstwa.

W 2002 roku w grupie osób żyjących poniżej minimum egzystencji aż połowa doświadczała tego problemu drugi rok. Długotrwałe ubóstwo wymusza zmianę stylu życia rodziny, powoduje wzrost poczucia beznadziejności i negatywnie wpływa na kierunek podejmowanych decyzji. Często może oznaczać rezygnację z zakupu niezbędnych dóbr, typu lekarstwa czy przybory szkolne, a w rezultacie powoduje pogłębianie się trudności, które wymagają kolejnych nakładów finansowych (np. kolejne lekarstwa przy niezaleczonych chorobach lub korepetycje dla dziecka). Brak możliwości rekompensowania kolejnych potrzeb powoduje drastyczny spadek poziomu życia rodziny, prowadzi do powstawania zaniedbań w sprawach wychowawczych i opiekuńczych. Może też powodować powstawanie kolejnych niekorzystnych zjawisk: alkoholizmu, przemocy w rodzinie, osłabienia więzi rodzinnych, czy nawet przestępczości.

Niepokojącym zjawiskiem staje się dziedziczenie biedy i negatywnych wzorców.

Wyniki badań z 2004 r. potwierdzają wnioski z lat poprzednich dotyczące wpływu czynników społeczno-ekonomicznych na zróżnicowanie zasięgu ubóstwa w Polsce.

Czynnikiem decydującym o statusie społecznym, w tym o sytuacji materialnej jednostki i jej rodziny, jest miejsce zajmowane na rynku pracy. Ubóstwem zagrożone są przede wszystkim osoby wykluczone z rynku pracy na skutek bezrobocia. Pauperyzacji sprzyja również wykonywanie niskopłatnej pracy. Dotyczy to głównie osób o niskim poziomie wykształcenia, pracujących na stanowiskach robotniczych. W rodzinach, których główny strumień dochodów pochodził z pracy najemnej na stanowisku robotniczym stopa ubóstwa skrajnego kształtowała się na poziomie 15% (wobec 2% wśród gospodarstw utrzymujących się głównie z pracy najemnej na stanowiskach nierobotniczych).

Wg danych GUS i WUP ubóstwem w Polsce relatywnie częściej zagrożeni są ludzie młodzi, w tym w dużej części dzieci, głównie z rodzin wielodzietnych. W 2004 r. poniżej minimum egzystencji żyło ok. 40% osób w rodzinach małżeństw z 4 i więcej dzieci na utrzymaniu, ok. 21% osób - w rodzinach małżeństw z 3 dziećmi na utrzymaniu i ok. 15% - w rodzinach niepełnych (samotnych matek lub ojców z dziećmi na utrzymaniu).

Występujące w Polsce różnice w poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego między miastem a wsią oraz między poszczególnymi regionami znajdują swe odzwierciedlenie w danych dotyczących zasięgu ubóstwa. Relatywnie najczęściej w ubóstwie żyją rodziny na wsi oraz w małych miasteczkach, a najrzadziej ubóstwem dotknięci są mieszkańcy dużych aglomeracji miejskich. W 2004 r. w skrajnym ubóstwie w miastach żyło ok. 8% osób, w tym w dużych ośrodkach miejskich liczących co najmniej 500 tys. mieszkańców - ok. 4%, natomiast w miastach do 20 tys. mieszkańców - ok. 12%. Na wsi poniżej granicy ubóstwa przyjętej na poziomie minimum egzystencji żyło 18,5% osób. Najwyższym odsetkiem ubogich osób na wsi odznaczały się gospodarstwa nie mające własnego gospodarstwa rolnego i utrzymujące się głównie ze źródeł nie zarobkowych innych niż emerytura i renta (45%).

Ogólnie można stwierdzić, że na syndrom głębokiego ubóstwa w Polsce składa się bezrobocie połączone z niskim poziomem wykształcenia głowy gospodarstwa domowego, z wielodzietnością oraz z faktem zamieszkania w małych ośrodkach miejskich oraz na wsi, szczególnie na obszarach dotkniętych bezrobociem strukturalnym.

Pamiętać przy tym należy, że masowe badania statystyczne nie wykazują ubóstwa związanego z dysfunkcjami rodziny: ciężką chorobą, starością, czy też ze środowiskami patologii społecznej. Poza tymi badaniami jest również charakteryzująca się głębokim ubóstwem grupa osób bezdomnych.

Prognoza

Od roku 2003, mimo nadal rosnącego bezrobocia zauważa się poprawę sytuacji ekonomicznej, czego wyrazem jest zmniejszanie się procentu rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej. Może to świadczyć o skuteczności pracy socjalnej z rodzinami, efektywności zawieranych kontraktów, jak również o rozmiarze "pracy na czarno" i pracy za granicą, dla której nastał dobry klimat w okresie przystępowania do UE. Zauważalna od 2003 r. poprawa sytuacji ekonomicznej, pozwala prognozować dalszy spadek ubóstwa. Ponadto w 2004 r. odnotowano po raz pierwszy w analizowanym okresie spadek bezrobocia o 0,2 %, By jednak były to zmiany spektakularne, harmonijne i trwałe potrzebny jest nie tylko sprzyjający klimat do rozwoju gospodarczego i wyrównanie warunków dla tego rozwoju we wszystkich powiatach województwa, ale również rozwiązania systemowe na poziomie rządowym, a także wykorzystanie szans stwarzanych przez akcesję do UE.

Podsumowanie:

1. Na syndrom głębokiego ubóstwa w Polsce składa się:
 - bezrobocie połączone z niskim poziomem wykształcenia głowy rodziny,
 - wielodzietność
 - zamieszkiwanie w małych ośrodkach miejskich oraz na wsi, szczególnie na obszarach dotkniętych strukturalnym bezrobociem
2. Masowe badania statystyczne nie wykazują ubóstwa związanego z dysfunkcjami rodziny
3. Głębokie ubóstwo dotyka grupę bezdomnych.
4. Stopa ubóstwa w Pomorskim była największa w 2002 r. / 16,9 % gospodarstw/ obecnie maleje / 12,6 %/
5. Niekorzystne zjawiska związane z ubóstwem to:
 - dziedziczenie biedy oraz negatywnych wzorców
 - trudności w powrocie na rynek pracy
 - niskopłatna praca
 - największe zagrożenie ubóstwem dotyka dzieci z rodzin wielodzietnych

- utrzymywanie się – głównie na wsi z emerytur i rent / 34 % stopa ubóstwa skrajnego/
6. Cechy ubóstwa w Polsce / także w województwie pomorskim/, których przewyższenie wymaga szerokiego programu ekonomiczno- społecznego:
- Bezrobocie
 - Brak polityki prorodzinnej
 - Brak zdolności dostosowawczych ludności rolniczej do sprostania konkurencji w ramach gospodarki rynkowej.
 - Konieczność włączania do pracy i życia społecznego osób i grup marginalizowanych.

II.3.7. Dostęp do usług zdrowotnych

Zdrowie to stan osoby, która ciesząc się dobrym samopoczuciem czuje się silna i niezagrożona, zdolna do rozwiązywania swych konfliktów tak zewnętrznych, jak i wewnątrzpsychicznych i nie poddająca się nieuniknionym frustracjom życia społecznego. Statystyka w zakresie zdrowotności mieszkańców Pomorza nie jest zadowalająca. Spośród wszystkich przyczyn zgonów w województwie pomorskim w latach 2000 – 2002, na pierwsze miejsce wysuwają się choroby układu sercowo-naczyniowego, a następnie choroby nowotworowe (tabela nr 17 w aneksie).

Ważnym czynnikiem wykluczenia społecznego jest brak szeroko rozumianej **dostępności do usług zdrowotnych**, którą należy zdefiniować jako **możliwość uzyskania przez każdego pacjenta potrzebnej opieki zdrowotnej**. Zależy ona od wielu czynników, ale najważniejsze z nich to:

- równomierne rozmieszczenie poszczególnych świadczeniodawców udzielających określone usługi medyczne na terenie województwa
- ilość świadczeń zakontraktowanych przez płatnika (powoduje to wyznaczanie limitów przyjęć, wydłużenie czasu oczekiwania w poradniach, pracowniach diagnostycznych i na świadczenia planowane tzw. kolejki oczekujących)
- odpowiednio wykwalifikowana kadra medyczna
- wyposażenie jednostek w sprzęt medyczny
- brak barier architektonicznych (dobra dostępność poprzez środki komunikacji) .

W podstawowej opiece zdrowotnej /patrz tabela nr 18 w aneksie/ utrzymuje się tendencja do zmniejszania się liczby podmiotów zawierających umowy z płatnikiem – świadczy to o zmniejszaniu się stopnia rozproszenia świadczeniodawców jak również o jednoczeniu się mniejszych jednostek w większe konsorcja.

W przypadku kontraktowania **świadczeń stomatologicznych** daje się zaobserwować duży stopień rozproszenia świadczeniodawców i zwiększanie się liczby mieszkańców przypadającej na jeden podmiot świadczący usługi w zakresie stomatologii. Również ilość umów zawieranych przez stomatologów z płatnikiem zmniejsza się z powodu niekorzystnego modelu finansowania.

Na dostępność do świadczeń zdrowotnych ma duży wpływ plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia – jedyne go na polskim rynku płatnika kontraktującego usługi medyczne ze środków publicznych. Podział środków finansowych na poszczególne województwa odgrywa istotną rolę.

W stosunku do 2005 roku województwo pomorskie otrzymało na 2006 rok z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia o ok. **45 mln zł mniej** środków finansowych na ochronę zdrowia co daje nam **14 pozycję w kraju** / patrz tabela 19 w aneksie/.

W sytuacji limitowania świadczeń medycznych, zmniejszenie poziomu finansowania wpływa niekorzystnie na ich dostępność.

Ograniczenia finansowe powodują powstawanie kolejek do świadczeń specjalistycznych. Dodatkowo w obliczu ograniczenia środków finansowych, dokonywane są wybory, polegające na tym, że **schorzenia i stany zagrażające śmiercią leczone są w pierwszej kolejności, podczas gdy te skutkujące zmniejszeniem jakości życia – w drugiej.**

Z tabeli nr 20 w aneksie wyraźnie widać, że w kilku powiatach brak jest dostępu do niektórych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i istnieje potrzeba uruchomienia deficytowych poradni w brakujących specjalnościach. W związku z tym nie jest zabezpieczona specjalistyczna opieka dla dzieci i młodzieży w zakresie m.in. diabetologii, reumatologii, rehabilitacji, urologii, onkologii, okulistyki, pulmonologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej. Przyczyną takiej sytuacji może być brak specjalistów w danej dziedzinie specjalizacji, niespełnienie standardów wymaganych do zawarcia kontraktów ze świadczeniodawcą, a także brak środków finansowych na realizację usługi.

Duży problem w dostępie do świadczeń zdrowotnych w województwie pomorskim stanowi baza specjalistyczna z zakresu **lecnictwa rehabilitacyjnego i opieki długoterminowej**. Koncentracja jednostek szpitalnych o profilu ogólnym i specjalistycznym w Trójmieście powoduje zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia w powyższym zakresie. Wnioski zarówno środowiska medycznego jak i pacjentów dotyczą przede wszystkim utworzenia zaplecza rehabilitacyjnego na terenie Trójmiasta i zorganizowanie opieki zdrowotnej w taki sposób, aby pacjenci, którym udzielono świadczeń w tzw. trybie ostrym z powodu np. urazów, udaru mózgu czy zawału serca mogli kontynuować leczenie na innych oddziałach - rehabilitacji czy opieki długoterminowej - zwalniając miejsca, zwiększając tym samym dostępność dla innych pacjentów tzw. „ostrych”. Obecnie trwają prace nad poprawą zabezpieczenia w tym zakresie świadczeń. Również dostęp do opieki długoterminowej w województwie pomorskim nadal jest niewystarczający - brakuje około 150 łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Od wielu lat mimo sygnalizowanych potrzeb nie udaje się uruchomić zakładu opiekuńczo-leczniczego w okolicach Trójmiasta i Słupska jako zaplecza dla szpitali ogólnych w tych miejscowościach.

W dostępności do usług zdrowotnych dużą rolę odgrywa odpowiednio wykwalifikowana kadra medyczna. Z uwagi na zwiększającą się migrację ludności do krajów Unii Europejskiej, w tym także kadry medycznej, notuje się liczne wyjazdy do pracy zagranicą anestezjologów, radiologów, lekarzy medycyny rodzinnej, internistów i psychiatrów. Z analizy danych dostępnych z różnych źródeł dotyczących kadry medycznej wynika, że istnieją znaczne niedobory w naszym województwie w zakresie kardiologii, onkologii i niewielkim stopniu neurologii. Alarmujące wskaźniki dotyczące narastającej zachorowalności na choroby psychiczne wśród dzieci i młodzieży wymagają wzmocnienia kadry specjalistycznej w tym zakresie. Brakuje też psychologów klinicznych, których zatrudnienie warunkuje uzyskanie kontraktów z NFZ.

Ze statystyki chorobowości oraz z danych o kwalifikacjach kadry medycznej w pomorskiem, należy wnioskować, że istnieje duże zapotrzebowanie w następujących dyscyplinach medycznych: **kardiologii, onkologii, anestezjologii, medycynie ratunkowej, psychiatrii dziecięcej, psychologii klinicznej, geriatryi.**

W zakresie dostępności do realizowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia na terenie województwa pomorskiego od kilku lat obserwuje się znaczną poprawę.

Finansowanie programów profilaktycznych zgodnych z priorytetami Narodowego Programu Zdrowia pochodzi z kilku źródeł: samorządów, Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia oraz sponsorów prywatnych. Środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia wykorzystane są w ok. 90 %, niepełne ich wykorzystanie wynika nadal jeszcze z niskiej świadomości społecznej w zakresie zapobiegania chorobom i nie wypracowanych zachowań prozdrowotnych.

Natomiast analizując programy profilaktyczne finansowane z innych źródeł poza NFZ, obserwuje się duże dysproporcje w powiatach w rozdziale środków finansowych na poszczególne programy zdrowotne. W niektórych powiatach o mniejszej liczbie ludności wydatkowanych było kilkakrotnie więcej środków finansowych na programy niż w powiatach o dużej populacji. Liczba realizowanych programów w poszczególnych powiatach jest zróżnicowana i nie odzwierciedla potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego regionu, jak również rodzaj realizowanych programów profilaktycznych nie uwzględnia statystyki chorobowej dla województwa pomorskiego.

Zdrowie psychiczne

Zdrowie psychiczne jest rozumiane na wiele sposobów. Zdrowie psychiczne to brak zaburzeń psychicznych. Zdrowie psychiczne to pełny rozwój osobowości, z odpornością na frustrację i stres, z umiejętnością rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie w życiu. Wśród pacjentów zgłaszających się do gabinetów psychiatrycznych zdecydowanie przeważają osoby z problemami lękowymi potocznie zwanymi nerwicowymi i depresyjnymi a także osoby cierpiące z powodu schizofrenii.

W województwie pomorskim liczba osób leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego niezwiązanych z uzależnieniami w roku 2004 wyniosła 22 125, co spowodowało, że zajmujemy 3 miejsce w kraju (tabela nr 21).

Dynamika zachorowań w pomorskim jest znacznie większa niż w kraju i wynosi 11,8% w stosunku do 6,6% w kraju. Zdiagnozowanie przyczyn tego zjawiska wymaga przeprowadzenia wnikliwych badań socjologicznych

W województwie pomorskim zabezpieczenie świadczeń psychiatrycznych w oddziałach psychiatrycznych w powiatach (tabela nr 22) jest nierównomierne. W powiatach liczących powyżej 80 000 mieszkańców nie funkcjonują oddziały psychiatryczne: gdańskim, kartuskim, tczewskim, wejherowskim. Obecnie potrzeby powyższych mieszkańców są zabezpieczone przez oddziały:

- trójmiejski dla powiatu gdańskiego i wejherowskiego
- starogardzki dla powiatu kartuskiego i tczewskiego

Jak ważkim zagadnieniem w skali kraju jest zdrowie psychiczne, świadczą działania podjęte przez Ministerstwo Zdrowia, w celu wyrównania i zabezpieczenia dostępu do świadczeń psychiatrycznych. W 2005 roku Minister Zdrowia w projekcie rozporządzenia w sprawie docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej ustalił dla szpitali psychiatrycznych i dla zakładów psychiatrycznej opieki środowiskowej wskaźniki dostępności /stanowią one liczbę miejsc lub łóżek na 10 000 mieszkańców/.

Analizując zabezpieczenie świadczeń psychiatrycznych w leczeniu stacjonarnym (tabela nr 23) oraz w opiece środowiskowej (tabela nr 24) można wnioskować, że w województwie pomorskim w stosunku do proponowanych wskaźników Ministerstwa Zdrowia **brakuje:**

- 38 łóżek psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.
- 546 łóżek na oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dorosłych
- 193 łóżka na oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dzieci
- 586 łóżek na oddziałach odwykowych

- 18 poradni terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnień
- zespołów leczenia środowiskowego

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja, jeżeli chodzi o poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Jakkolwiek w wytycznych Ministerstwa Zdrowia poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży jest jedną strukturą, płatnik rozdziela dwa zakresy świadczeń kupując usługi odrębnie w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i odrębnie dla młodzieży. Wskaźnik rzeczywisty liczby poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i dla młodzieży uwzględniający podział poradni zdrowia psychicznego (tabela nr 24) według **zakresów świadczeń** kontraktowanych przez płatnika wynosi 1,36 na 150 000 mieszkańców - to jest 20 poradni w całym województwie, z czego 9 to poradnie funkcjonujące jako jedna struktura, a 2 są poradniami wyłącznie dla dzieci. Analizując funkcjonowanie powyższych poradni oraz biorąc pod uwagę zwiększoną zachorowalność na choroby psychiatryczne istnieje potrzeba utworzenia jeszcze dodatkowo 4 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Ponadto ilość świadczeń zakupionych przez płatnika w tych poradniach jest niewystarczająca w stosunku do zwiększonego zapotrzebowania.

Wskaźniki liczby łóżek oraz liczba poradni nie są jedynymi parametrami, według których następuje zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa psychiatrycznego. Mają one jedynie charakter orientacyjny: stanowią podłoże do ujednoczenia dostępu do usług zdrowotnych. Znaczącym czynnikiem wpływającym na dostęp do usług zdrowotnych jest informacja o liczbie, rodzaju i zakresie świadczeń zakontraktowanych przez płatnika, a także informacja o wyspecjalizowanej kadrze medycznej.

Dynamika rozwoju chorób psychicznych wśród społeczności prawdopodobnie będzie wzrastać.

Przyczynią się do tego następujące czynniki: szybkie tempo życia społeczeństwa, stres w pracy, trudności w zdobyciu pracy, niedostosowanie społeczne występujące w rodzinie oraz wiele innych czynników.

Podsumowanie:

Należy zauważyć, że na dostępność do świadczeń zdrowotnych składa się wiele elementów. Należą do nich nowoczesna infrastruktura, równomierne rozlokowanie jednostek ochrony zdrowia, możliwość pozyskania fachowego wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego oraz wystarczające nakłady finansowe przy uwzględnieniu trendów demograficznych i epidemiologicznych. Wydaje się, że :

1. Bez zmiany niekorzystnego dla Pomorza algorytmu, według, którego następuje rozdział środków finansowych na poszczególne województwa, nie ma możliwości korzystnego kontraktowania przez świadczeniodawców usług medycznych i prawidłowego zabezpieczenia świadczeń. Istotne jest także wykształcenie odpowiednio wykwalifikowanej kadry medycznej i podjęcie działań zmniejszających migrację specjalistów do krajów Unii Europejskiej.
2. Aby poprawić dostępność do świadczeń w województwie pomorskim należy w planowaniu zamierzeń inwestycyjnych i planów zabezpieczenia w środki finansowe uwzględnić korzystne prognozy demograficzne na najbliższe lata w zakresie wzrostu liczby ludności i urodzeń dla województwa pomorskiego.
3. Ponadto obserwuje się następujące niekorzystne zjawiska:
 - a. Brak lekarzy w specjalnościach: medycyny ratunkowej, anestezjologów, kardiologów, onkologów, psychiatrów dziecięcych, psychologów klinicznych, lekarzy geriatry
 - b. Konsolidacja podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej
 - c. Wysoce niedostateczne zabezpieczenie psychiatrycznej opieki środowiskowej przy
 - d. jednocześnie wyższej niż w kraju dynamice zachorowań na choroby psychiczne/ 11,6% do 6,6 %/

- e. W 2004 przygotowywano ostatnie raz wojewódzki plan zdrowotny – obecnie nie ma już tego wymogu. Była to okazja do analizy stanu zdrowia i potrzeb w tym zakresie w województwie. Była więc szansa na konfrontowanie tych potrzeb z planem zabezpieczenia i decyzjami na kontraktowanie świadczeń przez NFZ.
- 3 Konieczne trzeba wykorzystać w większym stopniu szanse:
- jakie daje profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia.
 - kompleksowości świadczeń podejmowanych przez nzoz podejmujące działania wsparcia i obudowania czystego świadczenia medycznego koniecznymi dla jego efektywności działaniami pomocniczymi i zdobywające na nie środki poza NFZ
 - poprawy infrastruktury zdrowotnej ze środków FRR

II.3.8. Dostęp do edukacji

Charakterystyka demografii i sieci szkolnej

Zapoczątkowana w 1999 roku reforma systemu edukacji spowodowała bardzo istotne zmiany w sieci szkolnej w całej Polsce. Wówczas rozpoczęły swoje funkcjonowanie nowe szkoły – gimnazja, a uczniowie szkół podstawowych zaczęli kończyć swoją edukację na klasie VI (jeszcze dwa roczniki – ówczesne VII i VIII klasy szkół podstawowych miały dokończyć edukację „starym” trybem). W 2002 roku odbyły się pierwsze egzaminy zewnętrzne na zakończenie nowych szkół podstawowych i gimnazjów oraz rozpoczęły swoje funkcjonowanie szkoły ponadgimnazjalne. Rok szkolny 2004/2005 zakończył się maturami pierwszych gimnazjalistów – po ich trzech latach edukacji w liceach nowego typu. Tych z nich, którzy poszli do techników nowe matury obejmą dopiero rok później. Proporcje pomiędzy liczebnościami uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych w województwie pomorskim są bardzo zbliżone do proporcji ogólnopolskich. Natomiast grupy znajdujące się w poszczególnych typach szkół ponadgimnazjalnych nieco się różnią. W pomorskim w szkołach zasadniczych zawodowych jest 18% uczniów, zaś w całej Polsce 15%. W technikach w Polsce jest 24% młodzieży, w pomorskim tylko 21% (tabele 25 i 26 -diagramy).

Analiza średnich wyników egzaminacyjnych w poszczególnych powiatach województwa pomorskiego, zarówno po szkole podstawowej, gimnazjum, jak i na maturze pokazuje bardzo duże różnice regionalne w regionie pomorskim. W tabeli nr 27 zestawiono wyniki uzyskane w 2005 roku z końcowego sprawdzianu w szkole podstawowej, z egzaminu gimnazjalnego oraz maturalnego – z wybranych, najpopularniejszych przedmiotów. Zaznaczono tam po 3 najlepsze średnie wyniki powiatów oraz po 3 najgorsze wyniki powiatów w województwie. W wypadku egzaminów zdawanych przez całą młodzież – po szkole podstawowej i gimnazjum – zdecydowanie najlepsze wyniki występują w Trójmieście (istotnie najlepiej prezentuje się Gdynia), zaś wśród najgorszych ze wszystkich trzech egzaminów jest Sztum. Wydaje się przy tym, że ta podbudowa i sposób pracy na etapach wcześniejszych powinna procentować na etapie licealnym. Wśród 12 wybranych, najpopularniejszych egzaminów maturalnych w 9 z nich Gdynia jest w pierwszej trójce w województwie, zaś Sztum aż z 7 egzaminów jest wśród najgorszych. Gdańsk i Sopot znalazły się na podium już tylko z 3 egzaminów. Najlepszy z matematyki okazał się Lębork, a z geografii Nowy Dwór Gdański. Jeśli chodzi o wyniki maturalne, może zaskakiwać pozycja powiatu puckiego, wcale nie najgorszego w wypadku szkół podstawowych i gimnazjów – są tam najgorsze wyniki aż z 8 maturalnych egzaminów. Jednak wydaje się, że spora część młodzieży (pewnie ta najzdolniejsza) z tego powiatu kształci się na poziomie licealnym w Trójmieście. Warto byłoby dokładniej analizować wskaźniki edukacyjnego przemieszczania się młodzieży. Szkoła podstawowa musi być oczywiście jak najbliżej dziecka i na tym etapie uczniowie kształcą się w innej miejscowości niż mieszkają

zupełnie sporadycznie. Natomiast już na poziomie gimnazjalnym w Trójmieście przemieszczanie odbywa się szerzej – jest wiele szkół nie-rejonowych o interesującej ofercie. Uczeń szkoły ponadgimnazjalnej czasem dojeżdża do szkoły z daleka, również może zamieszkać w internacie. Stąd analizowanie jedynie średnich wyników na danym terytorium może zamazywać faktyczne efekty pracy poszczególnych szkół. Dobrze byłoby publikować wszelkie średnie dane z egzaminów gimnazjalnych i maturalnych na tle średnich wyników tych samych uczniów z egzaminów poprzednich. W ten sposób przede wszystkim by można docenić szkoły ciężko pracujące w trudnych środowiskach, których uczniowie osiągnęli duże postępy. Warto również poddawać analizie, w jaki sposób wyróżniające się rankingowo obszary i szkoły, doszły do swoich końcowych wyników – jak na przykład w liceach w Lęborku zorganizowane jest nauczanie matematyki (liczba godzin, programy nauczania, podręczniki, organizacja i metody nauczania)? Wyniki takich analiz powinny być w regionie powszechnie dostępne.

Kształcenie na poziomie wyższym

Kształcenie na poziomie wyższym skupia się głównie w Trójmieście. Jest to ósmy co do wielkości ośrodek akademicki w kraju. Drugim w regionie ośrodkiem akademickim jest Słupsk. W ostatnich latach w związku z rosnącym zapotrzebowaniem w większych miastach województwa utworzono nowe uczelnie lub uruchomiono filie już istniejących. Pozytywnym czynnikiem w sferze kształcenia wyższego w regionie jest różnorodność kierunków studiów oraz aktywność uczelni w rozszerzaniu oferty edukacyjnej. Liczba miejsc dla studentów jest jednak ciągle zbyt mała, a wzrost liczby uczelni nie zawsze łączy się z wysoką jakością kształcenia. Duży udział absolwentów wśród osób bezrobotnych wskazuje na potrzebę dalszej weryfikacji kierunków kształcenia.

Z pewnością podniosłaby się liczba chętnych na uczelnię w regionie o najstarszych tradycjach – Politechnikę Gdańską, gdyby obowiązkowa była matura z matematyki. Obecnie wielu uczniów szkół kończących się maturą z różnych przyczyn (przekonanie o braku zdolności, złe nauczanie na którymś etapie, posiadanie sprecyzowanych, innych zainteresowań) nie wybiera na egzaminie dojrzałości matematyki. Uniemożliwia to już potem myślenie o podjęciu studiów politechnicznych, po których obecnie stosunkowo najłatwiej znaleźć dobrą pracę. Uczelnie prywatne, jak i filie uczelni publicznych w mniejszych miejscowościach, najczęściej niestety nie oferują kierunków, po których najłatwiej znaleźć pracę, ale kierunki, z których zorganizowanie kształcenia jest najtańsze. Stąd tak duża liczba studentów oraz poszukujących pracy, kończących m.in. kierunki ekonomiczne i pedagogiczne.

Budowany od dwóch lat SIO – System Informacji Oświatowej umożliwi stworzenie bazy danych dotyczącej edukacji, we wszystkich jej obszarach jak: liczby uczniów, liczby nauczycieli, liczby studentów, z podziałem na wieś, miejscowość do 5 tys, mieszkańców, miejscowość powyżej 5 tys. mieszkańców, odległości szkół do miejsca zamieszkania, sieci szkół, oferty pozalekcyjnej, bazy edukacyjnej, opieki zdrowotnej, itd.

Za podstawowe cele polityki edukacyjnej w województwie pomorskim należy uznać:

1. Wszechstronny rozwój mieszkańców Pomorza, możliwy dzięki zapewnieniu powszechnego dostępu do dobrej edukacji;
2. Przygotowanie do znalezienia się na rynku pracy poprzez zapewnienie wysokiego poziomu kształcenia i wychowania;
3. Dbałość o odpowiednią edukację obywatelską, regionalną i ekologiczną.

Takie określenie podstawowych celów wynika z przekonania, że przemianom społeczno-gospodarczym w Polsce musi towarzyszyć powszechna i dostępna dla wszystkich edukacja,

kształtująca wszechstronny rozwój człowieka, tożsamość narodową i regionalną, szacunek i troskę o środowisko przyrodnicze.

Z uwagi na niezależność poszczególnych struktur i poziomów samorządowych sprawą wartą podjęcia byłoby powołanie – z inicjatywy Marszałka i Sejmiku Województwa Pomorskiego - **wojewódzkiej rady oświatowej w Gdańsku**, co umożliwia formalnie art. 48 i 49 ustawy o systemie oświaty. Mówi ona zarazem, że wojewódzka rada może powstać (podobnie jak rada krajowa) w wyniku działań rad oświatowych, które mogą być tworzone przy poszczególnych samorządach terytorialnych. Wyżej wymienione cele i zadania do realizacji, ale też ustawowo wpisane takie zadanie rady jak: „badanie potrzeb oświatowych na obszarze działania jednostki samorządu terytorialnego oraz przygotowywanie projektów ich zaspokajania” wskazują na to, jak bardzo takie gremia konsultacyjne byłyby przydatne i to nie tylko na poziomie województwa, ale także na poziomie gmin i szczególnie powiatów, jako ciała doradcze starostów lub prezydentów w miastach na prawach powiatu.

Istniejące w województwie różnice w poziomie wykształcenia na wsi i w dużych miastach oraz występujące różnice w przyroście naturalnym na wsi i w mieście, a także spore różnice w średnich wynikach edukacyjnych terenów najmocniej zurbanizowanych i pozostałych muszą skłaniać do wnikliwego zadbania o wzmocnienie bazy oświatowej terenów nieco obecnie zaniedbanych edukacyjnie. **Poprawienie szans edukacyjnych dzieci i młodzieży z niektórych obszarów województwa powinno być priorytetem na najbliższe lata.**

W szczególności, aby dbać o **podnoszenie wyników edukacyjnych w województwie**, w kolejnych latach bardzo ważne jest śledzenie wskaźników objęcia edukacją przedszkolną dzieci z terenów wiejskich o rosnącym przyroście naturalnym oraz dbanie o stan bazy i wyposażenie szkół podstawowych i gimnazjów na tych terenach.

Także ważne jest **poszerzanie istniejących oraz tworzenie kolejnych dobrze ukierunkowanych systemów stypendialnych**, umożliwiających zdolnej młodzieży z zaniedbanych edukacyjnie środowisk regionu kontynuowanie kształcenia na poziomie średnim i wyższym.

Działanie konieczne do podjęcia to określenie gwarantowanych przez państwo/ realizowanych ze środków publicznych/ standardów edukacyjnych, jawność oceny pracy szkół wszystkich szczebli, wprowadzenie czytelnych zasad finansowania edukacji, stworzenie możliwości w pełni wolnego wyboru szkoły, wprowadzenie autentycznego, motywacyjnego systemu wynagradzania nauczycieli. Obecnie w zamian za wysokie nakłady na oświatę otrzymujemy produkt kiepskiej jakości. Przede wszystkim trzeba zapewnić **powszechność dobrej oświaty** co umożliwi pełne wykorzystanie potencjału Polski i jej obywateli.

Konieczna jest **nowoczesna oferta oświatowa**. Potrzebny jest nam system edukacyjny, w którym zdobywanie wiedzy jest procesem naturalnym i przebiega z pasją oraz program nauczania, który wyżej ceni pytania niż odpowiedzi i kreatywność stawia ponad przyswajanie faktów. Do tego cieszący się społecznym szacunkiem i rzetelnie wynagradzani nauczyciele, którzy mogą wykazać się kreatywnością i samodzielnością w pracy z uczniami. Potrzebujemy strategii, która pozwoli na zrealizowanie tej wizji.

Dobrze zorganizowane i pomyślane egzaminy zewnętrzne – zorientowane na najbardziej potrzebne w dzisiejszych czasach umiejętności – zarówno po szkole podstawowej, gimnazjum, jak i liceum mogą być czynnikiem mającym podstawowy wpływ na podnoszenie poziomu pracy polskich szkół. Zamiast mnożyć biurokratyczne bariery ograniczające rynek programów i podręczników szkolnych, warto zaufać mądrości i doświadczeniu nauczycieli, którzy najlepiej potrafią ocenić, jakie programy i podręczniki sprzyjają bardzo dobrym efektom w ich szkole. Szkoły gimnazjalne i licealne trzeba oceniać monitorując postęp, jaki robią ich uczniowie –

porównując wyniki końcowe z wynikami egzaminacyjnymi tych samych uczniów trzy lata wcześniej.

Poza myśleniem o wiadomościach i umiejętnościach niezbędnych uczniom konieczne jest uznanie za **priorytet formowania postaw i zachowań** do korzystania z wolności w sposób prawy i odpowiedzialny, kształcenie uczniów do współpracy z innymi, przedsiębiorczości, otwartości. Konieczne są zmiany szkoły idące w kierunku uczenia, jak się uczyć, poprzez: planowanie, zdobywanie wiedzy, twórcze myślenie, prezentację wiedzy, samoocenę; w oparciu o motywację i odpowiedzialność uczniów, a także współpracę z ich rodzicami.

Możliwe powinno być **elastyczne modyfikowanie proponowanych specjalności kształcenia** w sposób wychodzący naprzeciw wymogom obecnych czasów, poszerzanie oferty kształcenia ustawicznego i kształcenia na odległość, sprzyjanie kształtowaniu u młodego pokolenia postaw aktywnych i twórczych.

Niezbędny jest także jak najszerszy udział polskich szkół w projektach wymiany i współpracy zagranicznej.

Kluczem do sukcesu w dziedzinie edukacji **jest mądry, dobrze wykształcony i twórczy nauczyciel**. Sposób kształcenia nauczycieli wymaga radykalnej przebudowy, z naciskiem na kompetencje wychowawcze i opiekuńcze, znajomość języków obcych oraz nowoczesnych technologii informacyjnych. W wymienionych obszarach potrzebne jest również nieustające doskonalenie już pracujących nauczycieli. Dyrektor szkoły powinien móc samodzielnie prowadzić zgodną z lokalnymi potrzebami politykę kadrową, a zespół nauczycieli czuć się w pełni odpowiedzialny – przed rodzicami uczniów oraz środowiskiem, w którym działa – za koncepcję edukacyjną i efekty pracy konkretnej szkoły. **Szkoła może być też lokalnym centrum edukacyjnym, kulturowym i społecznym.**

Podsumowanie:

Konieczne wydaje się:

1. Poprawianie szans edukacyjnych dzieci i młodzieży
2. Podnoszenie wyników edukacyjnych w oparciu o dobrą bazę tworzoną od przedszkola przez kolejne etapy edukacji
3. Poszerzenie istniejących oraz tworzenie kolejnych, dobrze ukierunkowanych systemów stypendialnych
4. Upowszechnienie dostępu do dobrej jakości oświaty, gwarantowanych standardów edukacyjnych, jawności oceny pracy szkół, czytelnych zasad finansowania, motywującego wynagradzania nauczycieli.
5. Tworzenie nowoczesnej oferty oświatowej
6. Uznanie za priorytet formowania wartościowych postaw i zachowań we współpracy z rodzicami.
7. Elastyczne modyfikowanie proponowanych specjalności kształcenia
8. Przygotowywanie i promowanie mądrych, dobrze wykształconych i twórczych nauczycieli.
9. Uczynienie ze szkoły lokalnego centrum edukacyjnego, kulturowego i społecznego.

II.4. Aktywność obywatelska w województwie pomorskim

Budowanie społeczeństwa obywatelskiego, czyli „społeczeństwa”, w którym istnieją aktywni, myślący o interesach społeczności obywatele, zależności polityczne oparte na zasadach równości i stosunki społeczne polegające na zaufaniu i współpracy” wymagają „budowania strategii rozwoju, a więc planowanie długofalowych przedsięwzięć zawierających perspektywę zmian

ilościowych i jakościowych, odnoszących się do przestrzeni społecznej, ekonomicznej i kulturowej” / za Strategią wspierania rozwoju społeczeństwa obywatelskiego/.

Istnieje przekonanie, że zasób wiedzy na temat społeczeństwa obywatelskiego jest wystarczający i wymaga uruchomienia właściwych działań praktycznych, zmierzających do nadania rozwiązaniom modelowym konkretnego kształtu”.

Przypatrując się indywidualnej aktywności obywatelskiej należy przeanalizować udział Pomorzan w wyborach. I tak w wyborach parlamentarnych w roku 2001 frekwencja wyniosła - w kraju 46,28%, a w regionie 47,44%, zaś w roku 2005 w kraju 40,57 %, a w wojewódzkim pomorskim 43,40 %. Aktywność publiczna ma tendencję spadkową mimo, że jest wyższa niż w kraju.

Z danych Pomorskiej Komisji Wyborczej w wyborach do samorządów lokalnych frekwencja też nie przekroczyła 50% i tak najwyższa była do rad powiatów -wyniosła 49,69% , zaś na prezydentów, burmistrzów, wójtów wyniosła 44,43%, a do sejmiku województwa pomorskiego 44,42 % , najniższa do rad gminnych 44,30%.Martwi też bardzo niska 19% frekwencja w czasie referendów lokalnych, gdzie często muszą one być uznane za nieważne z powodu niskiej frekwencji.

Innymi formami aktywności obywatelskiej jest praca wolontariatu, działalności filantropijna, aktywność podatników w kwestii przekazywania 1% podatku dochodowego na rzecz organizacji pozarządowych posiadających status organizacji pożytku publicznego.

Z raportu „Kondycji III sektora na Pomorzu w roku 2004” przygotowanego przez Fundację Regionalne Centrum Informacji i Wspomagania Organizacji Pozarządowych w Gdańsku wynika, że w województwa pomorskiego. 2,6% środków finansowych organizacji pozarządowych pochodzi z 1% podatku dochodowego.

Z badania wynika, że co trzecia organizacja zatrudnia płatny personel. W Województwie pomorskim pracuje niemal 8 tys. osób w różnych organizacjach.

W działalności 49,95 tych organizacji uczestniczą wolontariusze i jest to wynik wyższy niż średni krajowy, który wynosi 44,4%, 42% wolontariuszy to kobiety, aż 30,5 % to osoby posiadające wyższe wykształcenie i 50% z nich nie ukończyło 30 r. ż.

Istnieją dwa duże centra wspierania wolontariatu w Gdańsku i Słupsku organizujące szkolenia i promujące ten typ aktywności.

Grupowa aktywność obywatelska to także funkcjonowanie w lokalnych wspólnotach parafialnych, zespołach charytatywnych, sołectwach, w szkołach w ramach samorządów uczniowskich , studenckich, na wielu osiedlach w radach , klubach.

Nie znaleziono analizy ilościowej tych podmiotów, ale można odnaleźć efekty ich pracy w postaci wydawanych gazet , świetlic, punktów pomocy, zajęć klubowych, artystycznych, sportowych, edukacyjnych, klubów seniora , które są odpowiedzią na zidentyfikowane na poziomie małej społeczności lokalnej potrzeby.

Działania bardziej sformalizowane dotyczą organizacji pozarządowych, które rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie to osoby prawne lub jednostki nie posiadające BCE-ce osobowości prawnej utworzone na podstawie przepisów ustaw nie będące jednostkami sektora finansów publicznych, w rozumieniu przepisów o finansach publicznych , i niedziałające w celu osiągnięcia zysku, w tym fundacje i stowarzyszenia, ale do trzeciego sektora zalicza się też związki zawodowe, organizacje samorządu gospodarczego czy zawodowego

Podstawą do określenia liczby organizacji jest rejestr REGON i wyniosła w 2004 w województwie pomorskim 3587 z raportu wynika, że aktywnych było około 3200, w tym 87,6% stanowiły stowarzyszenia i 10,8% fundacje. Od 2002 roku o 25% nastąpił wzrost zarejestrowanych organizacji w naszym województwie. Województwo pomorskie, pod względem liczby organizacji pozornie przypadających na 10 tys. mieszkańców znajduje się na drugim miejscu , po mazowieckim, w Polsce.

Najwięcej pomorskich organizacji działa w dziedzinie sportu, rekreacji i turystyki- 31,8%, następnie w sferze usług socjalnych i pomocy społecznej 18,2%. Najwięcej, bo 52,5 % org. działa na terenie gminy i powiatu, a 44% na terenie regionu.

Wśród źródeł dochodów, blisko połowa, organizacji pozarządowych wymieniła najczęściej darowizny od osób i firm, osób fizycznych. Najwięcej organizacji - 71% wymieniło trudności w zdobywaniu funduszy jako ich podstawowy problem. Tylko 20% organizacji prowadzi własną działalność gospodarczą. Większość organizacji nie miała doświadczeń w aplikowaniu o pomoc ze środków pomocowych, przed przystąpieniem Polski do UE.

Organizacje pozarządowe najczęściej współpracują z przedstawicielami społeczności lokalnej, w której działają tj. samorządem, biznesem, mediami. Tylko 7,1% organizacji podało, że samorząd w ogóle nie współpracuje z nimi.

Najczęściej są wspierane przez samorząd finansowo, w postaci użyczenia sprzętu, sal, promocji i wymiany informacji.

Sektor pozarządowy w województwie pomorskim stanowi znaczący potencjał. Istnieje dobry klimat do współpracy. Proces profesjonalizacji działań tego sektora pozwoli na powiększania obszarów współpracy zgodnie z zasadą pomocniczości również w sferze rozpoznawania potrzeb, ustalania priorytetów lokalnych, uczestniczenia w podejmowaniu decyzji strategicznych w danych społecznościach. Organizacje pozarządowe Pomorza uczestniczą poprzez swoje reprezentacje / Pomorską i Gdańską Radę Organizacji Pozarządowych/ w budowaniu programów współpracy między nimi a samorządami i administracją. Czas akcesji zaowocował włączeniem się organizacji pozarządowych do europejskich sieci organizacji o podobnych celach i adresatach działań.

Od 5 lat opracowany jest Raport o funduszach publicznych na działania organizacji pozarządowych w województwie pomorskim pokazuje ona wielkość oraz strukturę środków finansowych przekazywanych organizacjom przez jednostki administracji publicznej w sposób całkowicie jawny. Ostatni dotyczył lat 2003/2004.

Od 1994 roku władze wojewódzkie przyznają Nagrodę Bursztynowego Miecznika dla najlepszych organizacji z obszaru całego województwa pomorskiego. Do tej pory ponad 40 organizacji otrzymało nagrodę, a ponad 100 wyróżnienie za swój wkład w rozwój wsparcia w różnych obszarach życia swoich społeczności lokalnych.

Podsumowanie:

1. Trzeci sektor spełnia w społeczeństwie funkcje integrujące i rzecznicze
- 2 Trzeci sektor podejmuje realizację usług na rzecz reprezentowanych środowisk i grup, coraz bardziej troszcząc się o profesjonalizm i standaryzację
- 3 Generalnie organizacje pozarządowe charakteryzuje słaba i niestabilna sytuacja finansowa i majątkowa
- 4 Sektor ciągle jeszcze ma trudności w zakresie federalizacji i realizacji roli partnera w budowaniu rozwiązań prawnych i uczestnictwie w przygotowywaniu, podejmowaniu i kontroli decyzji politycznych
- 5 Sektor ciągle jeszcze jest klientem w relacjach z samorządem i administracją
- 6 Konieczne wydaje się intensywniejsze wykorzystanie szans jakie niosą:
 - duża ilość organizacji, z których co trzecia jest pracodawcą
 - wprowadzanie instytucji dialogu społecznego w administracji
 - wejście w życie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie
 - rozwój ustawodawstwa stanowiącego podwaliny polskiej „ekonomii społecznej”
 - zmiany w zakresie alokacji środków publicznych
 - funkcjonowanie sektora w rzeczywistości akcesji w UE i dostęp do funduszy europejskich

- 7 Należy poważnie podejść jednak również do zagrożeń ze strony niechęci uznawania organizacji przez niektóre samorzady jako partnera w procesie zarządzania oraz zniechęcenia obywateli do partycypacji.

II.5. Analiza SWOT

Wszystkie wyżej opisane obszary problemowe wymagają tworzenia warunków sprzyjających, wyboru najkorzystniejszych i najskuteczniejszych sposobów działania oraz ciągłego monitorowania i ewaluacji procesów realizacji. Towarzyszyć nam musi przy tym świadomość, że region nasz jest bardzo zróżnicowany co wiąże się z koniecznością odpowiedniego do stanu i możliwości środowisk lokalnych doboru potrzebnych i skutecznych działań w każdym z wymienionych obszarów. Proces realizacji wskazanych w niniejszej strategii kierunków zależeć będzie w dużej mierze od mądrej operacjonalizacji na poziomie lokalnym.

Strategia Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego ma zgodnie z uzasadnieniem uchwały Sejmiku Samorządowego Województwa Pomorskiego wpisywać się w Strategię Rozwoju Województwa Pomorskiego. Ma przyczynić się do osiągnięcia spójności społecznej w regionie. Trzeba więc na wstępie dokonać w środowiskach lokalnych dobrego rozeznania w ramach mocnych i słabych stron w zakresie infrastruktury i potencjału ludzkiego wszystkich sektorów zaangażowanych w rozwiązywanie problemów społecznych oraz szans i zagrożeń zewnętrznych, aby móc skutecznie zaplanować i zrealizować programy rozwoju prowadzące do osiągnięcia tejże społecznej spójności.

A oto analiza SWOT zebranego materiał diagnostycznego dokonana zgodnie z przyjętymi priorytetami warunkującymi w myśl Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego osiągnięcie spójności społecznej.

Wzrost zatrudnienia i mobilności zawodowej

Mocne strony:	Słabe strony
1. wysoki odsetek ludności z wyższym wykształceniem 2. korzystna struktura zatrudnienia 3. rozwój instytucji rynku pracy 4. relatywnie młoda struktura wiekowa społeczeństwa	1. wysoka stopa bezrobocia 2. duże zróżnicowanie terytorialne bezrobocia 3. niski poziom kwalifikacji zawodowych bezrobotnych mieszkańców wsi 4. utrwalanie długotrwałego bezrobocia 5. niewystarczająca dostępność do instytucji rynku pracy zwłaszcza w środowisku wiejskim 6. duży udział kobiet w liczbie bezrobotnych 7. mały odsetek osób niepełnosprawnych na rynku pracy
Szanse:	Zagrożenia:
1. rozwój instytucji rynku pracy 2. dostępność funduszy europejskich 3. elastyczne formy zatrudnienia 4. promowanie mobilności zawodowej 5. dostosowanie regulacji prawnych do standardów UE 6. kształcenie ustawiczne	1. dezaktywizacja zawodowa osób w wieku niemobilnym 2. niedostosowanie oferty edukacyjnej do potrzeb rynku pracy 3. wysokie koszty pracy 4. niska absorbcja środków europejskich 5. pogłębiająca się tendencja do zwiększania

7.możliwość tworzenia systemu przygotowania osób wykluczonych społecznie do samodzielnego świadczenia pracy /CIS, KIS, firmy socjalne/ 8.możliwość tworzenia miejsc pracy przez organizacje pozarządowe 9.rozwoj coraz lepiej ukierunkowanych systemów stypendialnych	dysproporcji między obszarami metropolii a pozostałymi obszarami
---	--

Integracja społeczna

Mocne strony:	Słabe strony:
1.Świadomość konieczności kompleksowego rozwiązywania problemów społecznych 2.lokalne programy, strategie rozwiązywania problemów społecznych 3.tworzenie grup samopomocowych 4.tradycyjnie silne więzi rodzinne/ bardziej na wsi/ 5.rozwoj aktywności wolontarystycznej	1.brak polityki prorodzinnej w szczególności podatkowej i mieszkaniowej 2.brak bezpieczeństwa ekonomicznego i warunków sprzyjających zakładaniu rodziny 3.brak profilaktyki zagrożeń prawidłowego funkcjonowania rodziny 4.brak wczesnej diagnozy w obszarach zagrożeń i uruchamiania procesów przeciwdziałania 5.niska gotowość do wykorzystywania wiedzy o zagrożeniach 6.niska aktywność w poszukiwaniu rozwiązań 7.ciągle niskie nakłady na wydatki społeczne 8.przyzwalanie społeczne na zachowania ryzykowne 9.zjawisko „dziedziczenia” biedy i bezradności społecznej Wyżej wymienione słabe strony dotyczą bardziej środowiska wiejskie i małomiasteczkowe
Szanse:	Zagrożenia:
1.budowanie partnerstwa wszystkich sektorów w rozwiązywaniu problemów społecznych 2.rozwoj aktywności obywatelskiej 3.istnienie programów profilaktyki zdrowotnej i społecznej 4.kształtowanie świadomości społecznej poczynając od programów wychowawczych szkół wszystkich szczebli 5.szkoła lokalnym centrum edukacyjnym, kulturowym i społecznym 6.duży potencjał intelektualny 7.korzystanie ze środków europejskich 8.istnienie edukacji integracyjnej i programów adresowanych dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi 9.regulacje prawne umożliwiające działania z zakresu integracji społecznej 10.możliwość wykorzystania doświadczenia i	1.partykularyzm interesów małych grup 2.niedostateczna komunikacja i współpraca międzysektorowa i interdyscyplinarna 3.niedostateczna diagnoza i monitorowanie zjawisk społecznych 4.niewielkie zaangażowanie środowisk badawczo-naukowych w problematykę społeczną regionu 5.brak gotowości do zwiększenia zaangażowania osobowego i finansowego w działania na rzecz osób starszych 6.wzrost niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży /coraz niższy wiek wchodzenia w przestępczość, większa powtarzalność i wzrost brutalności zachowań/.

aktywności osób w wieku poprodukcyjnym	
--	--

Rozwój społeczeństwa obywatelskiego

Mocne strony:	Słabe strony
1.sektor spełnia w społeczeństwie funkcje integrujące i rzecznicze 2.pełni usługi niszowe dla społeczeństwa 3.profesjonalizacja kadr i działań coraz większej liczby organizacji pozarządowych 4.programy współpracy NGO z samorządem i administracją	1.brak wyspecjalizowanej infrastruktury wspierającej 2.niska świadomość obywateli z niską aktywnością, brakiem odpowiedzialności za wspólnotę 3.zbiorowa aktywność obywatelska silniejsza w mieście niż na wsi 4.trudności w budowaniu wspólnej reprezentacji organizacji pozarządowych
Szanse:	Zagrożenia:
1.Wzrost zainteresowania udziałem w wolontariacie 2.wzrost liczby NGO 3.wejście w życie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie 4.powstawanie nowych aktów prawnych dotyczących dialogu społecznego i ekonomii społecznej 5.promocja działań NGO 6.uczestniczenie polskich organizacji w sieciach europejskich 7.udział NGO w tworzeniu strategii i programów rozwoju lokalnego i regionalnego 8.korzystanie ze środków UE	1.brak szerokiej edukacji obywatelskiej 2.niewielka otwartość instytucji państwowych dla obywateli 3.brak przejrzystych i sprawiedliwych reguł dostępu grup obywatelskich do środków publicznych 4.brak woli wielu samorządów lokalnych do traktowania NGO jako partnerów

Poprawa infrastruktury społecznej i systemów wsparcia

Mocne strony:	Słabe strony:
1.wykorzystanie środków finansowych do budowania systemów wsparcia 2.istnienie wyspecjalizowanych instytucji świadczących pomoc i wsparcie 3.tworzenie koalicji i zespołów interdyscyplinarnych na rzecz rozwiązywania problemów społecznych	1.niezadawalająca współpraca instytucji rozwiązujących problemy społeczne 2.zróżnicowana dostępność do usług instytucji wspierających, zwłaszcza na wsi 3.dysproporcja między standardami a kondycją techniczno-materialną instytucji, które mają je realizować
Szanse:	Zagrożenia:
1.programy krajowe oparte na finansowaniu ze specjalnych programów rządowych / np. PFRON, fundusze na przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii.../ 2.wypracowywanie standardów usług 3.podnoszenie świadomości problemów społecznych w samorządach lokalnych 4.możliwość wykorzystania środków europejskich	1.niska ranga problemów społecznych 2.niedocenywanie roli służb społecznych 3.koncentracja na systemach ratunkowych i interwencyjnych 4.niewystarczający dostęp do specjalistycznych usług edukacyjnych, zdrowotnych i opiekuńczych

ROZDZIAŁ III. MISJA, PRIORYTETY, CELE I DZIAŁANIA POLITYKI SPOŁECZNEJ

Generalnie polityka społeczna winna zapewniać wszystkim obywatelom równe szanse pełnego osobistego i wspólnotowego rozwoju; równy dostęp do praw, dóbr i usług i pełne możliwości demokratycznego współuczestnictwa.

Jeśli wziąć pod uwagę nakreśloną w Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego wizję Pomorza w roku 2020:

Województwo pomorskie 2020 roku to związany z Bałtykiem region wysokiej jakości życia, rozwoju opartego na wiedzy, umiejętnościach, aktywności i otwartości mieszkańców silnej i zróżnicowanej gospodarki, partnerskiej współpracy, atrakcyjnej i spójnej przestrzeni oraz kultywowania morskich tradycji i dziedzictwa wielokulturowości.

To misją Strategii Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego na lata 2007 – 2020 jest

<p>Wysoka jakość życia mieszkańców regionu w zintegrowanych i aktywnych wspólnotach lokalnych z możliwością pełnego uczestnictwa w rozwoju społeczno – gospodarczym.</p>

W realizacji tej misji ważne jest przyjęcie najistotniejszych priorytetów rozumianych jako głównych, określenie celów szczegółowych i działań koniecznych do podjęcia, dających możliwość jej realizacji.

Aby zrealizować przyjętą misję konieczne jest przyjęcie czterech zasadniczych priorytetów, którymi są:

- I. Wzrost zatrudnienia i mobilności zawodowej**
- II. Wzmocnienie integracji społecznej**
- III. Rozwój społeczeństwa obywatelskiego**
- IV. Poprawa infrastruktury społecznej i systemów wsparcia integracji społecznej.**

Przestrzenią realizacji tych priorytetów może być prawidłowo funkcjonująca rodzina, jako naturalne środowisko pełnego rozwoju osobowego jednostki, podstawa budowania małych społeczności lokalnych, szkoła współdziałania, integracji społecznej i współuczestnictwa w budowaniu dobra wspólnego. Jeśli z jakichś powodów rodzina nie realizuje tych swoich zadań wymaga wsparcia i solidarności w przewyżnianiu trudności i zagrożeń. Systemy wsparcia i solidarności w przewyżnianiu trudności rodzą aktywność wspólnot lokalnych i podmiotów i służb powołanych do realizacji tych zadań. Koordynacja i partnerskie współdziałanie zachęca do partycypacji poszczególnych obywateli w procesie polepszania jakości życia. I to jest droga do budowania społeczeństwa obywatelskiego.

Aby zrealizować przyjęte priorytety konieczne jest określenie celów szczegółowych i działań do tych celów prowadzących, a wynikających z diagnozy kondycji społecznej naszego regionu.

Priorytet I: Wzrost zatrudnienia i mobilności zawodowej

Rynek pracy w województwie pomorskim charakteryzuje się niskim wskaźnikiem zatrudniania na tle kraju. Towarzyszy temu wysokie bezrobocie, głównie na wsi, zwłaszcza poniżej 25 i powyżej 50 r.ż.. Obserwujemy wiele barier wpływających niekorzystnie na strukturę rynku pracy województwa pomorskiego, między innymi: duże zróżnicowanie terytorialne bezrobocia, niski poziom kwalifikacji zawodowych osób bezrobotnych. Realizacja poniższych celów jest szansą likwidacji niektórych z nich.

1. Cel 1: Dostosowanie oferty edukacyjnej do rynku pracy.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Prowadzenie systematycznych badań rynku pracy /monitorowanie zmian i prognoza/i tworzenie na tej podstawie katalogu potrzeb edukacyjnych.
- b) Uelastycznianie systemu edukacji w zakresie zdobywania, zmiany i podnoszenia kwalifikacji zawodowych, w ramach wszystkich poziomów kształcenia/ zawodowego, średniego, licencjackiego, wyższego, podyplomowego/ i wszystkich form kształcenia, w oparciu o nowoczesną bazę i technologie.
- c) Tworzenie mieszkańcom obszarów wiejskich warunków edukacyjnych i oferty edukacyjnej umożliwiającej im funkcjonowanie w zmieniającej się sytuacji społeczno – ekonomicznej na tych obszarach.
- d) Rozwijanie i dostosowywanie oferty edukacyjnej umożliwiającej przekwalifikowanie się pracowników przedsiębiorstw restrukturyzowanych będące szansą uchronienia tej grupy przed bezrobociem.

2. Cel 2: Zwiększenie dostępności do instytucji rynku pracy.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Wykorzystywanie systematycznych badań rynku pracy do tworzenia regionalnej mapy zapotrzebowania na usługi instytucji rynku pracy.
- b) Tworzenie elastycznej sieci instytucji rynku pracy docierającej do klienta /tworzenie filii, zespołów dojazdowych, agencji uruchamianych na czas określony/.
- c) Promowanie działań i upowszechnianie usług instytucji rynku pracy zwłaszcza w środowisku wiejskim.

3. Cel 3: Rozwój kształcenia ustawicznego.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Rozwój kształcenia ustawicznego jako sposobu na podnoszenie kwalifikacji i zdobywanie nowych umiejętności dla utrzymania dotychczasowego zatrudnienia i awansu zawodowego.
- b) Upowszechnianie kształcenia ustawicznego w celu reorientacji zawodowej dla dotkniętych restrukturyzacją lub z innych powodów nie mogących wykonywać dotychczasowego zawodu.
- c) Budowanie dostępnej sieci informacji i doradztwa zawodowego umożliwiającej skuteczne korzystanie z ofert kształcenia ustawicznego.
- d) Rozwijanie programów stypendialnych /socjalno-edukacyjne i edukacyjno-motywacyjne/ umożliwiające kształcenie ustawiczne i wyrównywanie szans edukacyjnych.
- e) Rozwijanie i poprawa dostępności do nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych.

4. Cel 4: Aktywizacja zawodowa osób będących w trudnej sytuacji na rynku pracy.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Wyrównywanie szans edukacyjnych młodzieży i dorosłych.
- b) Działania na rzecz pokonywania barier wejścia/ powrotu na rynek pracy osób zagrożonych wykluczeniem i wykluczonych społecznie.
- c) Wspieranie procesu readaptacji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem i wykluczonych społecznie.
- d) Rozwijanie inicjatyw w obszarze ekonomii społecznej.
- e) Wspierania podejmowania aktywności gospodarczej i samozatrudnienia.

WSKAŹNIKI:

Stopa bezrobocia.

Wskaźnik zatrudnienia.

Współczynnik aktywności zawodowej.

Wskaźnik efektywności instytucji rynku pracy.

Priorytet II. Wzmacnianie integracji społecznej:

Proces integracji powinien przebiegać w małych wspólnotach lokalnych i rozprzestrzeniać się na większe, gromadzić coraz liczniejsze zespoły ludzi i instytucji wokół kluczowych, ważnych problemów, angażować szerokie grona specjalistów różnorodnych dziedzin.

Aby to stało się możliwe należy podjąć realizację następujących celów i działań:

Działania potrzebne do realizacji tego celu:

1. Cel 1. Zapobieganie wykluczeniu społecznemu:

- a) Promowanie zdrowego, aktywnego stylu życia.
- b) Wspieranie działań na rzecz poprawy warunków, bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganie patologiom w miejscu pracy.
- c) Dostosowanie ofert edukacyjnych i zatrudnienia do indywidualnych możliwości i potrzeb.
- d) Zróżnicowanie oferty mieszkaniowej uwzględniającej potrzeby i możliwości osób i rodzin.
- e) Wspieranie i tworzenie warunków prawidłowego funkcjonowania dziecka i rodziny.
- f) Wyrównywanie szans i zapewnienie dostępu do zróżnicowanych, o wysokim standardzie form edukacji.
- g) Poprawa dostępu, zakresu i jakości świadczeń zdrowotnych, w tym profilaktyki.
- h) Wspieranie wspólnot lokalnych.

2. Cel 2: Tworzenie warunków do wczesnego diagnozowania i wsparcia w sytuacjach zagrożenia wykluczeniem społecznym.

Działania potrzebne do realizacji tego celu:

- a) Tworzenie i realizacja programów wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu i jego rodzinie.

- b) Wczesne diagnozowanie i terapia w zakresie rozwoju poznawczego i uczenia się.
- c) Upowszechnienie dostępu do edukacji przedszkolnej.
- d) Wczesna diagnoza i terapia w zakresie uzależnień, zaburzeń zachowania i zdrowia psychicznego.
- e) Systemowe, wczesne wspieranie społeczne dla osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym.

3. Cel 3: Tworzenie warunków do wyzwania aktywności indywidualnej osób zagrożonych wykluczeniem i wykluczonych społecznie.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Wzmacnianie działań samopomocowych.
- b) Budowanie indywidualnych, kompleksowych programów rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej i społecznej.
- c) Wspieranie osób podejmujących indywidualne programy readaptacji społecznej /między innymi: mieszkalnictwo chronione, asysta społeczna i zawodowa, wsparcie umożliwiające godzenie własnej aktywności ze zobowiązaniami rodzinnymi, systemy motywacyjne wspierające aktywność/.

4. Cel 4: Wspieranie działań środowisk lokalnych na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej.

Działania potrzebne do realizacji tego celu:

- a) Wspieranie integracji zawodowej i społecznej osób korzystających z subsydiowanego zatrudnienia i środowiskowego wsparcia.
- b) Przygotowanie specjalistycznej kadry pracującej na rzecz tworzenia warunków reintegracji społecznej i zawodowej w ramach instytucji publicznych i niepublicznych.
- c) Promocja integracji społecznej we wszystkich obszarach życia gospodarczego i społecznego na poziomie lokalnym i regionalnym.

WSKAŹNIKI:

Liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w poszczególnych obszarach.

Liczba istniejących programów adresowanych do tych osób, jaką ilość osób obejmują.

Liczba instytucji i podmiotów /oraz kadry specjalistycznej /realizujących działania na rzecz reintegracji.

Liczba osób – beneficjentów działań na rzecz reintegracji, które osiągnęły integrację.

Priorytet III: Rozwój społeczeństwa obywatelskiego.

W rozdziale poświęconym diagnozie i szerzej w załącznikach znajdują się informacje o kondycji III sektora. Informacje te zebrane zostały podczas badań ankietowych organizacji pozarządowych, a więc są głównie oceną samych siebie i współpracy z samorządami terytorialnymi. Są one źródłem wiedzy o obszarach życia społecznego objętych aktywnością organizacji, pokazują kondycję materialną i merytoryczną oraz zakres i obszary współpracy z samorządami. Pamiętając, że aktywność obywatelska to aktywność indywidualna i grupowa można wyznaczyć cele i działania służące jej rozwojowi w naszym regionie.

1. Cel 1: Tworzenie warunków do budowania instytucjonalnego wsparcia rozwoju społeczeństwa obywatelskiego.

Działania potrzebne do realizacji tego celu:

- a) Podnoszenie wiedzy i kompetencji pracowników administracji publicznej w zakresie współpracy z organizacjami pozarządowymi.
- b) Tworzenie trwałych struktur dialogu publiczno-prywatnego i publiczno-społecznego (od gminy do regionu).
- c) Budowanie lokalnych funduszy umożliwiających organizacjom non-profit pozyskiwanie środków na realizację projektów w sferze pożytku publicznego.

2. Cel 2: Wzmacnianie postaw obywatelskich.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Promowanie postaw uczestnictwa, odpowiedzialności obywatelskiej i filantropii w programach edukacyjnych na wszystkich poziomach.
- b) Wspieranie zaangażowania osób i rodzin w sprawy publiczne/ poprzez system konsultacji, debat publicznych i podejmowania inicjatyw obywatelskich na rzecz rozwiązywania problemów lokalnych i regionalnych/.
- c) Promowanie i podnoszenie rangi wolontariatu we wszystkich obszarach życia społecznego.
- d) Wzmacnianie dążeń do zrzeszania się zwłaszcza na obszarach o małej aktywności obywatelskiej, wspieranie federalizacji i sieciowania.

3. Cel 3: Podnoszenie jakości działalności organizacji pozarządowych.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Wspieranie profesjonalizacji i standaryzacji działań organizacji pozarządowych.
- b) Tworzenie warunków do wyrównywania dysproporcji w dostępie do nowych technologii i informacji.
- c) Wspieranie działań samoregulacyjnych trzeciego sektora.
- d) Pomoc w budowie zaplecza badawczego i eksperckiego organizacji pozarządowych.
- e) Budowanie zaplecza konsultacyjnego, szkoleniowego i pomocy technicznej dla tworzących się organizacji / zwłaszcza poza dużymi aglomeracjami/.
- f) Działania na rzecz stabilizacji finansowej i organizacyjnej organizacji pozarządowych poprzez zlecenie i powierzanie im zadań długoterminowych.
- g) Promowanie dobrych praktyk i modelowych działań organizacji pozarządowych.

WSKAŹNIKI:

Liczba organizacji pozarządowych

Udział w wyborach

Ilość inicjatyw obywatelskich

Priorytet IV: Poprawa infrastruktury i systemów wsparcia integracji społecznej

Analiza zasobów zarówno instytucjonalnych jak i w trzecim sektorze pokazała ogromne braki. Dotyczą one niewystarczających warunków materialnych, braków w przygotowaniu

i kompetencjach służb, braku kompleksowości i zachowania standardów świadczeń i usług, braku koordynacji i systemowości działań. Wiele problemów i zjawisk społecznych wymaga rzetelnego badania diagnostycznego, monitorowania i ewaluacji ich skuteczności. Są to działania wymagające wiele czasu, ale konieczne niezwłocznie do podjęcia.

1. Cel 1: Zwiększenie dostępności usług instytucji wspierających.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Zwiększenie ilości i dostępności obiektów i placówek, w których świadczy się usługi i wsparcie.
- b) Monitorowanie potrzeb i problemów społecznych oraz dostosowywanie do nich oferty wsparcia.
- c) Zapewnienie dostępu do wsparcia z wykorzystaniem zasobów osobowych i lokalowych.
- d) Upowszechnianie i aktualizacja informacji o instytucjach i rodzajach wsparcia dostępnych w regionie.

2. Cel 2 : Podnoszenie jakości usług instytucji wspierających:

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Podnoszenie kwalifikacji pracowników instytucji świadczących usługi w obszarze edukacji, zdrowia, pomocy społecznej, bezpieczeństwa.
- b) Podnoszenie jakości usług, tworzenie procedur i standardów we wszystkich obszarach problemów społecznych.

3. Cel 3: Stwarzanie warunków do powstawania i funkcjonowania koalicji i partnerstw na rzecz rozwiązywania problemów społecznych.

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Upowszechnianie udziału wszystkich partnerów społecznych w diagnozowaniu kondycji i problemów społecznych w środowiskach lokalnych.
- b) Promowanie pełnego uczestnictwa podmiotów z wszystkich sektorów w budowaniu polityk, strategii i programów lokalnych i regionalnych.
- c) Budowanie partnerstw międzysektorowych do realizacji celów wytyczanych przez strategię i programy w oparciu o kompetencje i potencjał partnerów.

4. Cel 4 : Budowanie komplementarnego systemu i standaryzacja usług

Działania potrzebne dla realizacji tego celu:

- a) Łączenie usług świadczonych przez różne podmioty w całościowe systemy i udostępnianie aktualnej informacji w tym zakresie.
- b) Włączanie do systemu wsparcia grup samopomocowych i organizacji pozarządowych.
- c) Promocja komplementarnych systemów.
- d) Ewaluacja systemów wsparcia na wszystkich poziomach.

WSKAŹNIKI:

Liczba inicjatyw realizowanych w ramach partnerstwa

Liczba formalnie zawiązanych partnerstw i koalicji lokalnych

ROZDZIAŁ.IV. WDROŻENIE, MONITOROWANIE I EWALUACJA STRATEGII POLITYKI SPOŁECZNEJ WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Pomorska Strategia Polityki Społecznej jest dokumentem towarzyszącym Strategii Rozwoju Regionalnego Województwa Pomorskiego. Wskazuje kierunki i cele polityki społecznej, które winny towarzyszyć realizacji Priorytetu II „Spójność”. Priorytet ten nie jest operacjonalizowany w ramach Programu Regionalnego, trzeba więc, aby jego realizacja na bazie Strategii Polityki Społecznej oparta była na rozwiązaniach proponowanych w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki.

Realizatorem działań zdefiniowanych w Strategii Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego do roku 2013 są: samorządy gmin, powiatów, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, zdrowia, edukacji oraz organizacje pozarządowe działające w sferze pożytku publicznego. Do podejmowanych zadań należy zaprosić partnerów z sektora gospodarczego. Dla skuteczności działań w realizacji Strategii powinny być wykorzystywane porozumienia, partnerstwa i koalicje powyższych podmiotów.

Zarządzanie Strategią Polityki Społecznej powinno być powierzone zespołowi koordynatorów powiatowych strategii rozwiązywania problemów społecznych. Zapewni to bezpośredni wpływ wojewódzkiej Strategii na strategie powiatowe – powiatowe działania na rzecz rozwiązywania problemów społecznych realizowane będą w oparciu o wspólnie przyjęte dla województwa pomorskiego kierunki polityki społecznej. Wydaje się, że jest to korzystne dla realizacji spójności.

Członkowie grupy zarządzającej z poszczególnych powiatów mogliby zaangażować się w proces wykorzystania środków EFS w swoim środowisku lokalnym.

Grupa zajmująca się monitoringiem powinna być grupą badawczą, zewnętrzną, mającą kompetencje i środki umożliwiające zbieranie i przetwarzanie wszystkich potrzebnych danych po to, by zweryfikować kierunki i skuteczność przyjętych działań. Grupa ta winna przyjąć we wszystkich wyznaczonych obszarach materiał wyjściowy, który będzie stanowił bazę do analiz porównawczych w kolejnych latach podczas opracowywania raportów monitorujących. Analizą zebranego przez tę grupę materiału badawczego i rekomendacjami dla zmian w Strategii winna zająć się grupa ewaluacyjna. Powinna mieć charakter ekspercki i działać w porozumieniu z Zespołem powołanym do budowania Strategii.

Konieczna wydaje się promocja Strategii Polityki Społecznej, z którą należy dotrzeć do wszystkich gmin, środowisk i organizacji uczestniczących w realizacji Strategii. Ważna jest także promocja w środowisku podmiotów gospodarczych – pełen rozwój regionu to rozwój społeczno- gospodarczy.

W realizację Strategii Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego winny być zaangażowane środki administracji i samorządów wszystkich szczebli, środki podmiotów gospodarczych i środki europejskie.

Do głównych zadań związanych z zarządzaniem Strategią należą w szczególności:

- promocja Strategii na wszystkich szczeblach od gminy do województwa, przy użyciu wszystkich mediów i z adresowaniem do wszystkich środowisk i sektorów,
- gromadzenie materiałów dotyczących efektów rezultatów projektów podejmowanych dla realizacji celów społecznych, analiza wskaźników: bazowych, wkładu produktu, rezultatów, oddziaływania i strukturalnych / obejmujących pięć głównych ekonomiczno- społecznych obszarów problemowych: zatrudnienie, badania i innowacje,

reformy ekonomiczne, spójność społeczną, środowisko oraz sytuację ekonomiczną/ a także pomoc w budowaniu tych wskaźników,

- monitorowanie realizacji Strategii Rozwoju Regionalnego w obszarach działań adresowanych do sfery społecznej operacjonalizowanych w oparciu o PO Kapitał Ludzki i ocena, na ile podejmowane działania, wybrane do realizacji projekty przyczyniają się do realizacji celów wyznaczonych przez Strategię Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego,
- badanie sposobu pozyskiwania środków i wskazywanie źródeł ich gromadzenia dla realizacji konkretnych celów, aktywna pomoc w tworzeniu warunków i możliwości ich kompilacji,
- przygotowanie **narzędzi – matryc** używanych w procesie monitorowania jakościowego i ilościowego / zestawianie analizy wskaźników/, **narzędzi – systemu konsultacyjnego** sięgającego do odbioru rezultatów działań przez beneficjentów,
- pozyskiwanie opinii ekspertów niezależnych, dotyczących skuteczności i efektywności realizacji celów,
- wnioskowanie podczas śródkresowych ewaluacji /co 2 lata/ dotyczące zmian kierunków polityki społecznej z pełną analizą uzasadniającą powody zmian.

Konieczna wydaje się współpraca Zespołu Zarządzającego Strategią z Komitetem Monitorującym RPO.

System monitorowania i ewaluacji Strategii powinien być włączony jako moduł systemu monitorowania i diagnozowania procesów i zjawisk społeczno – gospodarczych oraz zmian przestrzennych zachodzących w województwie pomorskim.