RADA GMINY
ORNONTOWICE
woj. śląskie

UCHWAŁA NR XVIII/141/16
RADY GMINY ORNONTOWICE

z dnia 24 lutego 2016 r.

w sprawie przyjęcia „Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wraz z przygotowaniem Planu Operacyjnego na lata 2016-2025" w ramach projektu partnerskiego "J-ednolita S-trategia T-erytorialna = spójny obszar funkcjonalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST".

Na podstawie art.18 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz.1515 z późn. zm.) po konsultacjach z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz.1118 z późn.zm.).

Rada Gminy
Uchwala:

§ 1. Przyjmuje się "Podstrategię przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wraz z przygotowaniem Planu Operacyjnego na lata 2016-2025" w ramach projektu partnerskiego "J-ednolita S-trategia T-erytorialna = spójny obszar funkcjonalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST" w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Ornontowice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy

Tadeusz Zientek

ADWOKAT
Kamil Draga

RADA GMINY
ORNONTOWICE
woj. śląskie

J-ednolita S-trategia T-erytorialna = spójny obszar funkcjonalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST

eea grants

Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wraz przygotowaniem Planu Operacyjnego na lata 2016- 2025

PRZEWODNICZĄCY
RADY GMINY
Tadeusz Zientek

Zamawiający:

Zarząd Powiatu Mikołowskiego

Ul. Żwirki i Wigury 4a

43-190 Mikołów

Wykonawca:

EU-CONSULT Sp. z o.o.

Ul. Wały Piastowskie 1

80-855 Gdańsk

Gdańsk 2015

Spis treści

1. Analiza sytuacji w jednostkach samorządu terytorialnego obszaru funkcjonalnego .6
1.1. Cele programu 6
1.2. Zarys metodologiczny 6
1.3. Uwarunkowania powstania Strategii 7
1.4. Charakterystyka wykluczenia społecznego 10
1.4.1. Problem wykluczenia społecznego 13
2. Identyfikacja problemów 23
3. Misja i wizja 25
4. Cele strategiczne 26
5. Cele operacyjne i proponowane kierunki rozwoju 27
5.1. Potrzeby inwestycyjne 28
5.2. Analiza SWOT 33
6. Plan operacyjny 36
6.1. Ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców Powiatu Mikołowskiego 36
6.1.1. Krajowe i wojewódzkie akty prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego 36
6.1.2. Modele psychiatrycznej opieki zdrowotnej 36
6.1.3. Diagnoza Obszaru Funkcjonalnego 41
6.1.4. Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wraz z wytycznymi dotyczącymi opieki psychiatrycznej 46
6.1.5. Zasoby w zakresie opieki, integracji oraz wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi 56
6.1.6. Organizacje pozarządowe wspierające oraz działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi 67
6.1.7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym 68
6.1.8. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym 71
6.1.9. Analiza SWOT 74

6.1.10. Cele główne i szczegółowe programu 76

6.1.11. Działania operacyjne 78

6.1.12. Źródła finansowania działań 89

6.2. Problematyka alkoholu i narkomanii 90

6.2.1. Wprowadzenie - kluczowy problem obszaru funkcjonalnego: problem alkoholu i narkomanii 90

6.2.2. Podstawy prawne, dokumenty powiązane 108

6.2.3. Diagnoza obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego w podziale na poszczególne gminy powiatu: 111

6.2.4. Profilaktyka problemów związanych z nadużywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków 128

6.2.5. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna 143

6.2.6. Gminne Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015 153

6.2.7. Zasoby instytucjonalne obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego realizujące zadania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz substancji psychoaktywnych 162

6.2.8. Organizacje pozarządowe obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wspierające zadania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii 170

6.2.9. Analiza SWOT 171

6.2.10. Cele główne i szczegółowe programu 174

6.2.1. Działania operacyjne 176

6.2.2. Źródła finansowania działań 183

7. System ewaluacji i monitorowania 184

8. Wnioski i rekomendacje 186

Załącznik 1 .....

Załącznik 2 .....

Załącznik 3 .....

9. Spis wykresów i tabel.....190

1. Analiza sytuacji w jednostkach samorządu terytorialnego obszaru funkcjonalnego

1.1. Cele programu

Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego jest kompleksowym dokumentem, który służy dogłębnemu zbadaniu kwestii pojawiających się problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka.

1.2. Zarys metodologiczny

Zakres podmiotowy

Badaniem objęto następujące grupy respondentów:

- Mieszkańcy.
- Uczniowie szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych.
- Jednostki Samorządu Terytorialnego.

Zakres terytorialny

Zakres terytorialny badania objął teren Obszaru Funkcjonalnego Powiatu Mikołowskiego. Tym samym, badaniem objęto Powiat Mikołowski oraz gminy wchodzące w jego skład, tj.: Mikołów, Orzesze, Łaziska Górne, Ornontowice oraz Wyry.

Metody badawcze

W ramach opracowania niniejszego dokumentu posłużono się następującymi metodami badawczymi:

Wykres 1. Metody badawcze



Źródło: Opracowanie własne

W ramach badań ankietowych przeprowadzono 6 pogłębionych wywiadów bezpośrednich z przedstawicielami Jednostek Samorządu Terytorialnego: Starostwem Powiatowym, Urzędem Miasta Mikołowa, Urzędem Miasta Łaziska Górne, Urzędem Miejskim w Orzeszu, Urzędem Gminy Ornontowice oraz Urzędem Gminy Wyry, 1102 wywiady bezpośrednie z uczniami szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych oraz 250 wywiadów z mieszkańcami powiatu.

Spotkania konsultacyjne objęły organizację 10 spotkań: 8 o charakterze warsztatowym i 2 spotkań plenarnych. W spotkaniach udział wzięły wszystkie grupy objęte badaniem.

1.3. Uwarunkowania powstania Strategii

Niniejsza Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego powstała w ramach projektu pn. „Jednolita Strategia Terytorialna = spójny obszar funkcjonalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST" w ramach programu „Rozwój miast poprzez wzmocnienie kompetencji jednostek samorządu terytorialnego, dialog społeczny oraz współpracę z przedstawicielami społeczeństwa obywatelskiego" finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014.

Powiat mikołowski, występuje w roli Lidera Projektu, w projekcie uczestniczą jeszcze:

- Miasto Mikołów,
- Miasto Łaziska Górne,
- Miasto Orzesze,
- Gmina Wyry,

- Gmina Ornontowice.

Podstrategia skoordynowana została obowiązującymi programami, wytycznymi, strategiami, w tym dostępnymi danymi i materiałami statystycznymi i demograficznymi o charakterze krajowym i wojewódzkim, a w szczególności z takimi dokumentami jak:

- ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. 2015 r., poz. 1515) z późn. zm.);
- ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (tj. Dz. U. z 2013 r. Nr 595 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 roku Nr 127, poz. 721,), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 roku nr 231, poz. 1375,.) wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356, .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124 z .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. 2015.1390), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. 2015.332 z późn. zm.),wraz z aktami wykonawczymi;-
- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z późn. zm. (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 149 .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (tj. Dz. U. z 2011 roku Nr 43, poz. 225), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2006 roku Nr 94, poz. 651), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tj. Dz. U. z 2014 r. , poz. 1118), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 13 listopada 2003 roku o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 513), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o cudzoziemcach (tj. Dz. U. z 2011 roku Nr 264, poz. 1573), wraz z aktami wykonawczymi;

- ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (tj. Dz . U. z 2012 r., poz. 680 z późn. zm.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 9 listopada 2000 roku o repatriacji (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 1392), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 114 z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 7 września 2007 roku o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 859 z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku Kodeks postępowania cywilnego (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 101 z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tj. Dz. U z 2015 r., poz. 583 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (tj. Dz. U z 2014 r., poz. 121 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 748), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 982))
- ustawa z dnia 21 czerwca 2001 roku o dodatkach mieszkaniowych (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 966.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 17 czerwca 1966 roku o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (tj. Dz. U. z 2014 roku Nr poz. 1619), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 121 z późn. zm.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2013 rok, poz. 267 .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 191 z późn. zm.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 885 .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 330), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 21 czerwca 2001 roku o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy, o zmianie Kodeksu Cywilnego (Dz. U. z 2014 r., poz. 150), wraz z aktami wykonawczymi;

- ustawa z dnia 26 października 1982 roku o postępowaniu w sprawach nieletnich (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 855);
- ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tj. Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 618); - ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 581,.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2014 poz. 1182.).

1.4. Charakterystyka wykluczenia społecznego

Dodatkowo w celu pełnej analizy potrzeb i problemów mieszkańców powiatu mikołowskiego przeprowadzona została szczegółowa diagnoza sytuacji zastanej w podziale na poszczególne gminy oraz problemy społeczne najczęściej dotykające mieszkańców powiatu. Pełna diagnoza powiatu mikołowskiego znajduje się w załączniku 1.

Wyjaśnienie terminu

Zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego, za wykluczenie społeczne uważa się brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich ludzi, w szczególności zaś dla osób ubogich[1]. Oznacza to, że analizowany problem dotyczy przede wszystkim następujących osób, grup, rodzin[2]:

- żyjących w niekorzystnych warunkach ekonomicznych;
- dotkniętych niekorzystnymi procesami społecznymi, które wynikają ze zmian rozwojowych (kryzysy, gwałtowne upadki branż, deindustrializacja);
- niewyposażonych w kapitał życiowy, który umożliwia normalną pozycję społeczną, wejście na rynek pracy itd.;
- nieposiadających dostępu do odpowiednich instytucji, które pozwalają na wyposażenie w kapitał życiowych, jego rozwój i pomnażanie;
- doświadczających przejawów dyskryminacji (wskutek niedorozwoju ustawodawstwa oraz kulturowych uprzedzeń i stereotypów);

[1] Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 53.
[2] Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, Warszawa, 2004, s. 21.

- posiadających cechy utrudniające korzystanie z powszechnych zasobów społecznych (uzależnienie, choroba, inne);
- ulegających działaniu innych osób (np. przemocy, szantażu, indoktrynacji).

Wykluczenie społeczne jest wielowymiarowe, ponieważ zjawisko bezrobocia czy ubóstwa są wyłącznie jednymi z możliwych, jednakże wcale niekoniecznymi ani niewystarczającymi warunkami wystąpienia wykluczenia. Ponadto wykluczenie społeczne jest dynamiczne, bowiem perspektywy zdobycia pracy w przypadku osób bezrobotnych są znacznie bardziej istotne niż aktualny stan bezrobocia. Dodatkowo zjawisko to ma charakter relacyjny a nie strukturalny, ponieważ statyczna wysokość dochodu czy koszyk dóbr podstawowych są mniej ważne od uczestnictwa, motywacji i zaangażowania oraz relacji społecznych[3].

Przyczyny i czynniki wpływające na zjawisko wykluczenia społecznego

Należy wyróżnić cztery czynniki wchodzące w skład wykluczenia społecznego, takie jak:

- wykluczenie fizyczne,
- wykluczenie strukturalne,
- wykluczenie normatywne,
- wykluczenie materialne.

Na **wykluczenie fizyczne** największy wpływ mają następujące kryteria:

- wiek (50+),
- niepełnosprawność,
- samotność,
- wykształcenie ojca – podstawowe lub niżej.

Rozpatrując prawdopodobieństwo zagrożenia wystąpienia wykluczenia fizycznego należy wskazać, że:

- kobiety są w większym stopniu zagrożone wystąpieniem tego typu zjawiska niż mężczyźni,
- najbardziej zagrożoną grupą społeczno-ekonomiczną są renciści, emeryci, następnie osoby utrzymujące się z niezarobkowych źródeł, dalej pracownicy, rolnicy, zaś najmniej osoby pracujące na własny rachunek,
- jeżeli chodzi o typ gospodarstwa domowego to w najmniej korzystnej sytuacji są osoby gospodarujące samotnie, małżeństwa bez dzieci, następnie rodziny niepełne, dalej gospodarstwa wielorodzinne, małżeństwa z jednym dzieckiem,

[3] I. E. Kotowska (red.), *Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków – Diagnoza społeczna 2011*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2012.

zaś w najmniejszym zakresie zagrożenie wykluczeniem fizycznym odnosi się do małżeństw wielodzietnych.

Wykluczenie strukturalne determinowane jest przede wszystkim przez:

- mieszkanie na wsi,
- wykształcenie poniżej średniego,
- wykształcenie ojca – podstawowe lub niżej.

Zagrożenie tego typu wykluczeniem dotyczy:

- w większym stopniu mężczyzn niż kobiety,
- w kontekście grupy społeczno-ekonomicznej gospodarstwa domowego: w największym zakresie rolników, następnie osoby utrzymujące się z niezarobkowych źródeł, dalej rencistów, emerytów, zaś w najmniejszym stopniu pracowników i ludzi pracujących na własny rachunek,
- wielorodzinnych gospodarstw domowych oraz małżeństw z co najmniej trojgiem dzieci, następnie rodzin niepełnych oraz małżeństw bezdzietnych, dalej osób gospodarujących samotnie, znacznie rzadziej zaś małżeństw z jednym lub dwójką dzieci.

Przyczynami **wykluczenia normatywnego** są w głównej mierze:

- uzależnienia, w tym przede wszystkim od alkoholu i narkotyków,
- konflikty z prawem,
- poczucie dyskryminacji,
- samotność.

Jeżeli chodzi o najbardziej zagrożone osoby należy wskazać na:

- większe zagrożenie mężczyzn niż kobiet,
- największe zagrożenie osób utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, następnie ludzi pracujących na własny rachunek, pracowników, rolników, rzadziej rencistów i emerytów,
- niewielkie różnice jeżeli chodzi o typ gospodarstwa domowego, przy czym w największym zakresie narażone są małżeństwa z dziećmi, następnie rodziny niepełne, małżeństwa bezdzietne, zaś w najmniejszym osoby samotne.

Na ostatni rodzaj wykluczenia, tj. **wykluczenie materialne** w największym stopniu wpływają:

- bezrobocie,
- ubóstwo,
- samotność.

Rozpatrując ten typ wykluczenia warto podkreślić, że:

- częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet,
- w największym stopniu zagrożeni są renciści, osoby utrzymujące się z niezarobkowych źródłem, rolnicy, następnie emeryci, zaś w najmniejszym zakresie pracownicy i osoby pracujące na własny rachunek,
- z największym prawdopodobieństwem może dotknąć osoby gospodarujące samotnie, następnie rodziny niepełne, gospodarstwa wielorodzinne, małżeństwa bez dzieci, a następnie małżeństwa z dziećmi.

Warto wspomnieć o specyficznym przykładzie wykluczenia społecznego – tzw. „wykluczenie na szczycie". Dotyczy one osób bardzo majętnych, które w pewnym momencie swojego życia świadomie rezygnują z aktywności w życiu politycznym i społecznym. W ten sposób odgradzają się od reszty społeczeństwa i decydują się na życie w izolacji.

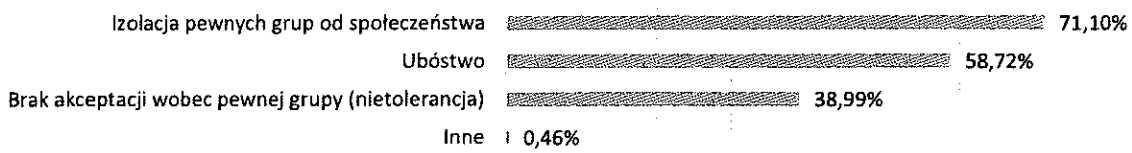
1.4.1. Problem wykluczenia społecznego

W celu zdefiniowania pojęcia problemu wykluczenia społecznego względem mieszkańców powiatu mikołowskiego poproszono ich o wskazanie, jak rozumieją pojęcie „wykluczenie społeczne".

W badaniu wzięło udział 250 mieszkańców z całego powiatu mikołowskiego, po 50 osób z każdej gminy tj. Mikołów, Wyry, Łaziska Górne, Ornontowice, Orzesze.

Ponad 70% badanych uważa, że jest to izolacja pewnych grup od ogółu społeczeństwa. Prawie 59% uczestników badania kojarzyła je z ubóstwem. Mniejsza grupa ankietowanych (38,99%) wskazała na brak akceptacji wobec pewnej grupy osób. Wśród odpowiedzi inne (0,46%) znalazły się: bezdomność oraz bezrobocie.

Wykres 2. Jak Pani/Pan rozumie pojęcie „wykluczenie społeczne"? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)

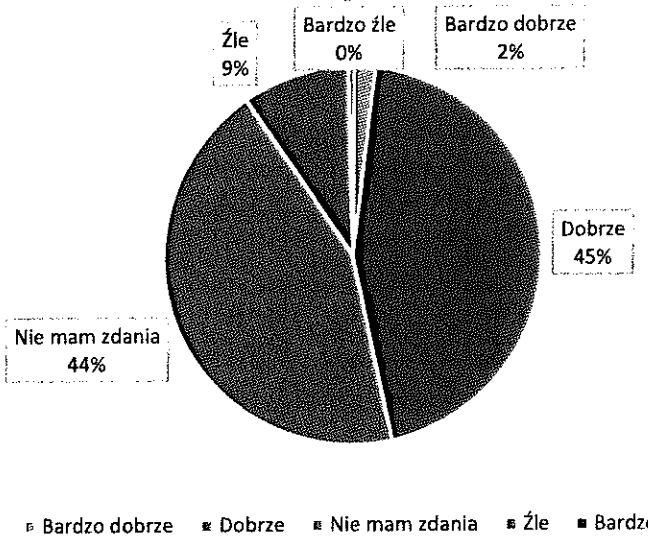


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańców gmin wchodzących w skład powiatu mikołowskiego poproszono o ocenę działania Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych. Opinie badanych były zróżnicowane. Największa grupa (44,70%) ankietowanych dotychczasową aktywność wspomnianych placówek określiła jako dobrą. Co dziesiąty uczestnik badania uważa, że jest ona złe. 1,84% mieszkańców

powiatu mikołowskiego jest zdania, że działania MOPS/GOPS są bardzo dobre. natomiast 0,46% była przeciwnego zdania. Bardzo duża grupa (43,78%) nie miała zdania w tym temacie, co może wynikać z braku konieczności korzystania z usług wspomnianych podmiotów.

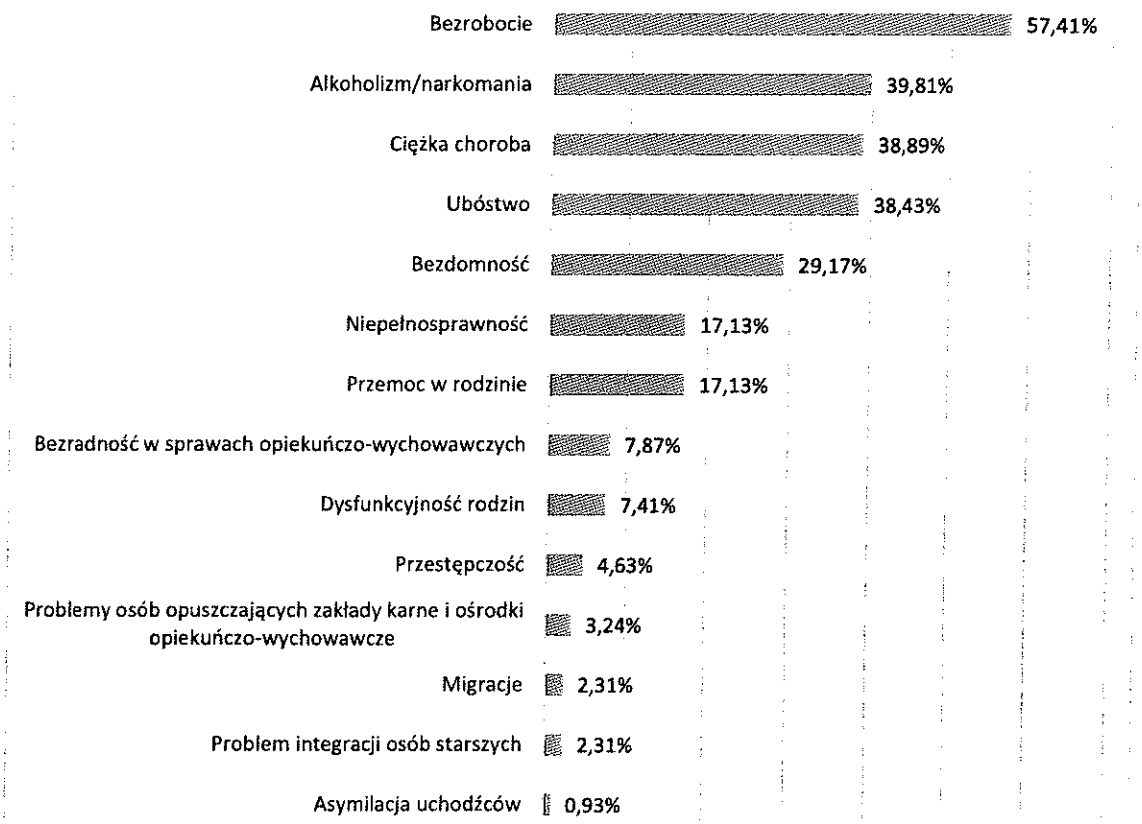
Wykres 3. Jak ocenia Pani/Pan działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ze względu na pewien odsetek (9,66%) badanych negatywnie oceniających działania z zakresu pomocy społecznej na terenie powiatu mikołowskiego zasadnym było zapytanie o problemy, które w najmniejszym stopniu są rozwiązywane. Ponad 57% mieszkańców uważała, że należy dokonać istotnych zmian w zakresie wsparcia osób pozostających bez pracy. 39,81% badanych za nierozwiązany problem uważała uzależnienia (alkoholizm, narkomanię). Znaczna grupa badanych przyznała, że większą opieką społeczną powinny zostać objęte osoby ciężko chore (38,89%), ubogie (38,43%) i bezdomne (29,17%). Po 17,13% respondentów za problem, nad którym należy się zastanowić uznało niepełnosprawność i przemoc w rodzinie. Rzadziej niż co dziesiąte wskazanie obejmowało następujące obszary: bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (7,87%), dysfunkcyjność rodzin (7,41%), przestępczość (4,63%), problemy osób opuszczających zakłady karne i ośrodki opiekuńczo-wychowawcze (3,24%), migracje i problem integracji osób starszych (po 2,31%) oraz asymilacja uchodźców (0,93%).

Wykres 4. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalająca? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Respondentów poproszono o wskazanie, które instytucje mogą przyczynić się do zniwelowania problemu jakim jest wykluczenie społeczne. Wśród najczęściej wskazywanych znalazły się: Ośrodki Pomocy Społecznej, Urzędy Gminy, szkoły, Policja, placówki wsparcia dziennego, Centra Integracji Społecznej, organizacje pozarządowe, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Kościół oraz ośrodki kultury.

Na terenie poszczególnych gmin działają placówki realizujące działania polegające na wspieraniu osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Mieszkańców poproszono o ocenę ich dostępności (tabela 1).

Tabela 1. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy (1 -bardzo zły, 5 bardzo dobry)

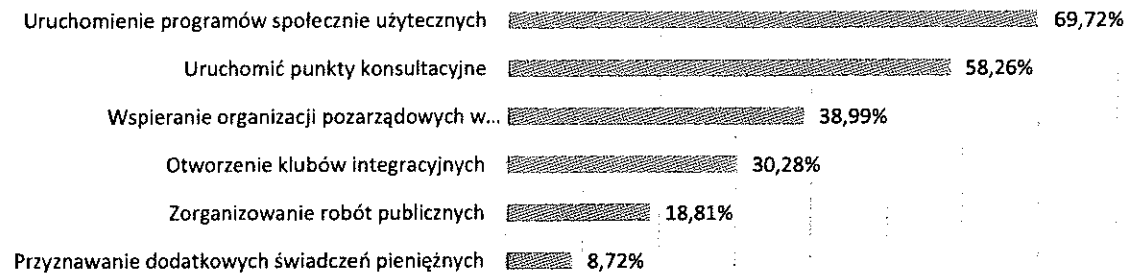
	1	2	3	4	5	Trudno powiedzieć
Placówki opiekuńczo - wychowawcze	6,16%	17,06%	28,91%	6,64%	1,42%	39,81%
Placówki kulturalne	3,70%	6,02%	37,50%	29,63%	14,35%	8,80%
Obiekty sportowo - rekreacyjne	3,33%	4,76%	31,90%	32,38%	16,67%	10,95%
Placówki wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży	7,14%	12,38%	25,71%	10,48%	3,33%	40,95%
Placówki służby zdrowia	8,13%	21,53%	43,54%	11,48%	6,70%	8,61%
Placówki rehabilitacyjne	25,24%	24,76%	20,48%	1,43%	1,90%	26,19%
Wyspecjalizowane placówki opieki psychiatrycznej	23,44%	17,22%	9,57%	1,91%	1,44%	46,41%
Placówki wspierające wychodzenie z uzależnień	15,87%	10,10%	13,94%	11,54%	0,48%	48,08%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Największa grupa mieszkańców powiatu mikołowskiego dostęp do placówek opiekuńczo-wychowawczych oceniła jako średni (28,91%), nieco mniej oceniła go jak raczej zły (17,06%). Znacznie rzadziej wskazano na raczej dobry (6,64%), bardzo zły (6,16%) i bardzo dobry (1,42%) dostęp. Prawie 40% respondentów nie potrafiło wskazać jednoznacznej odpowiedzi. Więcej pozytywnych ocen dotyczyło placówek kulturalnych - 37,50% wskazań na dostęp średni, 29,63% raczej dobry, 14,35% bardzo doby, 6,02% zły i 3,70% bardzo zły, zaś 8,80% badanych nie potrafiło wypowiedzieć się w tym aspekcie. Jeżeli chodzi o obiekty sportowo-rekreacyjne to również ocenione zostały dość dobrze - 32,38% wskazań na dostępność raczej dobrą, 31,90% na średnią i 16,67% na bardzo dobrą. Mieszkańcy powiatu mikołowskiego stwierdzili również, że mają średni dostęp do placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży (25,71% wskazań) oraz do placówek służby zdrowia (43,54%). Najwięcej negatywnych ocen otrzymały placówki rehabilitacyjne (25,24%), wyspecjalizowane placówki opieki psychiatrycznej (23,44%) oraz placówki wspierające wychodzenie z uzależnień (15,87%).

Wg mieszkańców powiatu mikołowskiego, którzy brali udział w badaniu władze samorządowe powinny podejmować działania mające na celu ograniczenie wykluczenia społecznego. Wśród najczęściej wymienianych przedsięwzięć wartych zrealizowania były uruchomienie programów społecznie użytecznych (69,72%) oraz uruchomienie punktów konsultacyjnych (58,26%). Mniej niż połowa badanych wskazywała również na wspieranie organizacji pozarządowych w ich działaniach (38,99%), potrzebę otworzenia klubów integracyjnych (30,28%), zorganizowanie robót publicznych (18,81%) oraz przyznawanie dodatkowych świadczeń pieniężnych (8,72%).

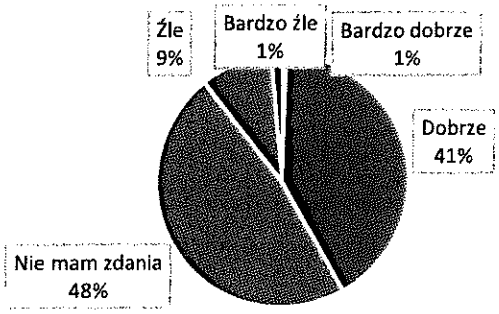
Wykres 5. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego. Pytanie wielokrotnego wyboru (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy powiatu mikołowskiego pozytywnie ocenili działania profilaktyczne w zakresie rozwiązywania problemu wykluczenia społecznego. 41,40% ankietowanych udzieliło bowiem odpowiedzi „dobrze" ,a 0,47% „bardzo dobrze". Negatywnych odpowiedzi było natomiast znacznie mniej – 9,30% „źle", 1,40" „bardzo dobrze:. Prawie połowa uczestników badania (47,44%) nie potrafiła jednoznacznie wypowiedzieć się w tej kwestii.

Wykres 6. Jak Pani/Pan ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ankietowanych poproszono o odpowiedź na pytanie, czy oni bądź osoby z ich najbliższego otoczenia doświadczyły wymienionych problemów społecznych. Najwięcej wskazań „tak" dotyczyło następujących obszarów: długotrwałe bezrobocie (19,62%), dostęp do placówek ochrony zdrowia (18,45%), problemy mieszkaniowe (13,66%) oraz migracja (12,38%). Są to kwestie, na rozwiązanie których trzeba będzie położyć największy nacisk.

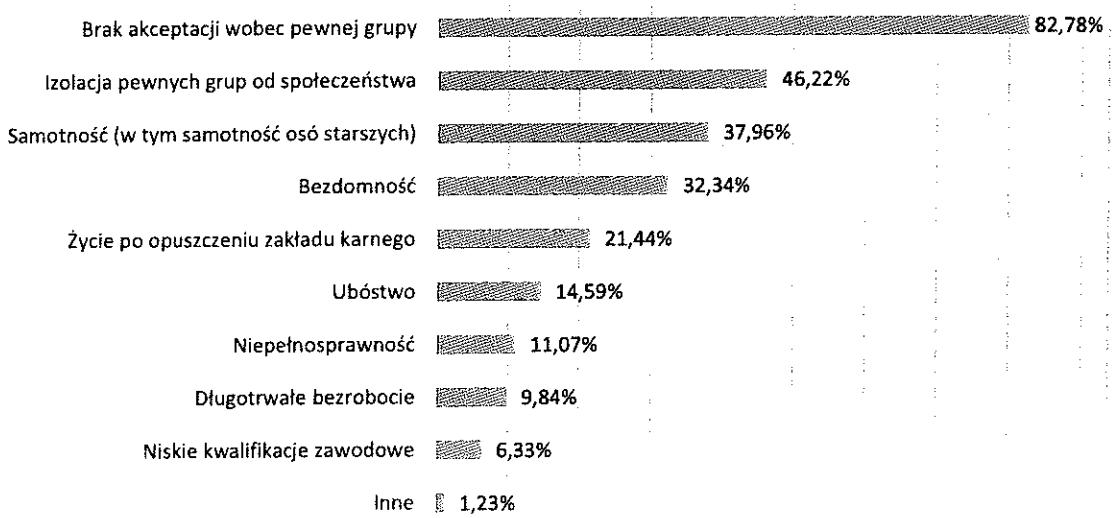
Tabela 2. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w zakresie:

	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Długotrwałego bezrobocia	19,62%	75,12%	5,26%
Bezdomności	5,42%	90,15%	4,43%
Ubóstwa	8,78%	81,46%	9,76%
Migracji	12,38%	65,35%	22,28%
Problemów mieszkaniowych	13,66%	68,78%	17,56%
Przemocy w rodzinie	7,80%	66,83%	25,37%
Sieroctwa	2,48%	43,56%	53,96%
Integracji osób niepełnosprawnych	7,35%	52,94%	39,71%
Dostępu do placówek ochrony zdrowia	18,45%	67,96%	13,59%
Przystosowania do życia osób powracających z zakładów karnych	3,41%	45,37%	51,22%
Przystosowania do życia osób powracających z ośrodków opiekuńczo - wychowawczych	3,41%	44,39%	52,20%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W związku ze złożonością problemu wykluczenia społecznego, przeprowadzono również badanie ankietowe z uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (1102 osoby) na temat analizowanego problemu. Osoby uczestniczące w badaniu pytano o zjawisko wykluczenia społecznego, jego przyczyny oraz stopień występowania w najbliższym otoczeniu.

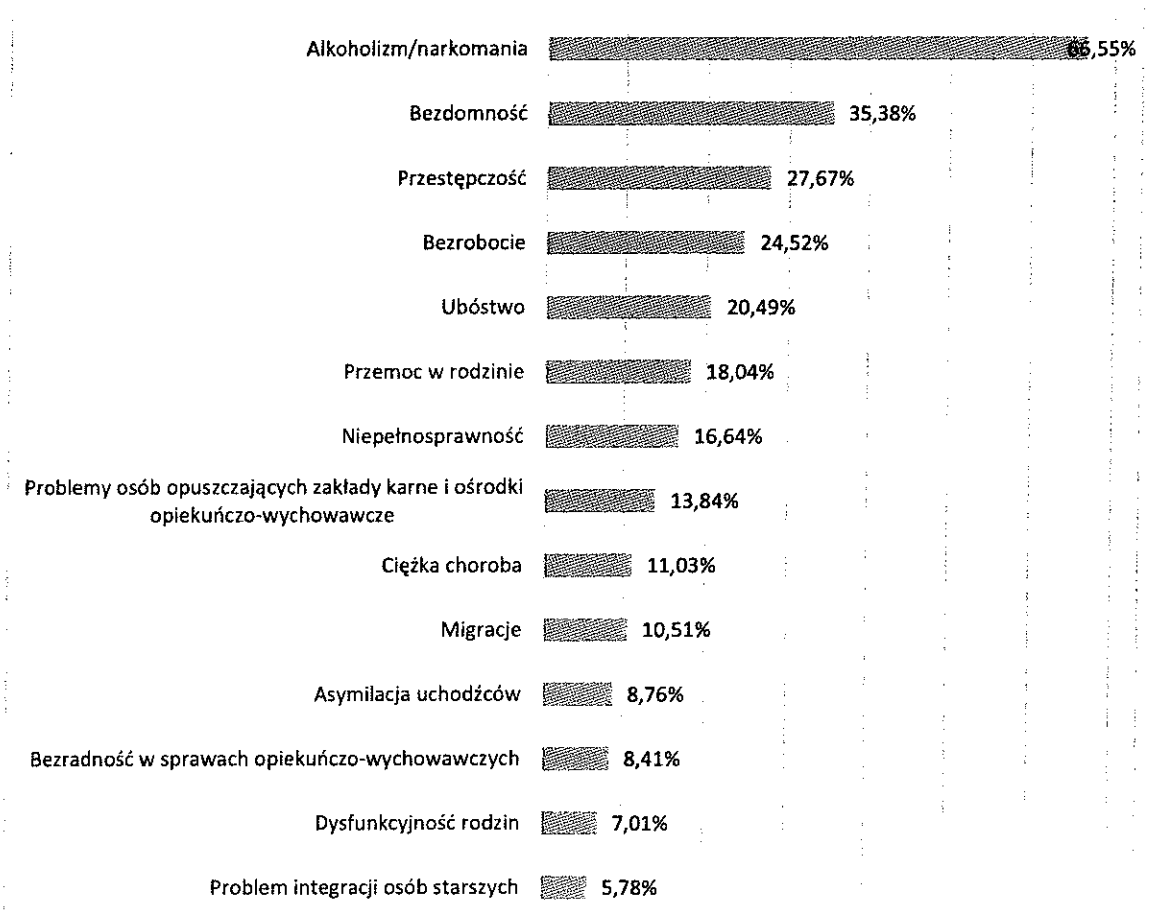
Wykres 7. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Również uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych zapytano o zdefiniowanie pojęcia „wykluczenie społeczne". Jak się okazuje, ponad 80% wskazań dotyczy odpowiedzi „brak akceptacji wobec pewnej grupy". Równie często wskazywano na odpowiedź „izolacja pewnych grup od społeczeństwa" (46,22%). Blisko 2/5 wskazań uczniów dotyczyło także samotności, w tym samotności osób starszych. Pozostałe odpowiedzi przedstawiały się następująco: 32,34% bezdomność, 21,44% życie po opuszczeniu zakładu karnego, 14,59% ubóstwo, 11,07% niepełnosprawność. Takie odpowiedz jak długotrwałe bezrobocie i niskie kwalifikacje posiadały mniej niż 10% wszystkich wskazań. Wśród odpowiedzi „inne" uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wskazywali na patologię, nieprzystosowanie do życia w społeczeństwie, mieszkanie na wsiach oraz nieakceptowanie innych przekonań.

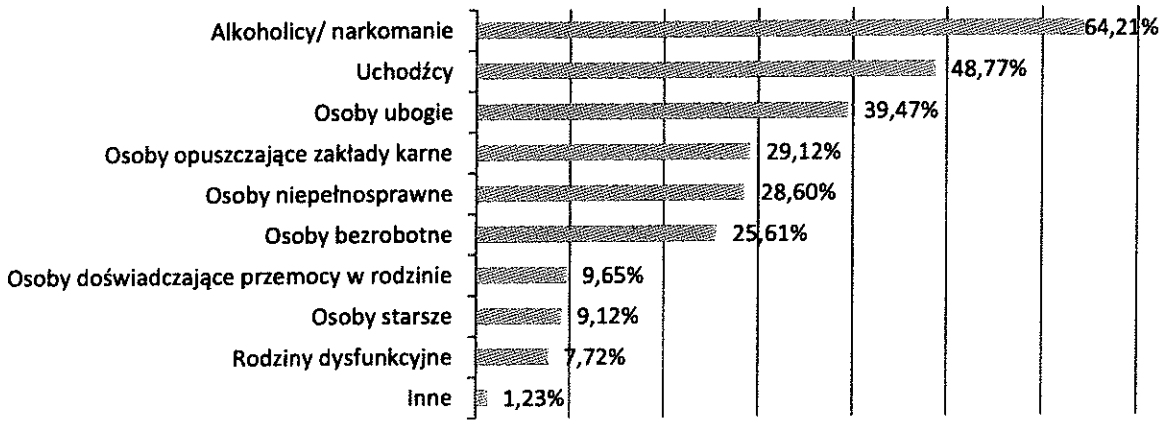
Wykres 8. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Osoby uczestniczące w badaniu najczęściej wskazywali, że to problemy z alkoholem i narkotykami mogą powodować wykluczenie społeczne (66,55%). Niewiele ponad 1/3 wszystkich odpowiedzi dotyczyła problemu bezdomności. Równie często wskazywano na przestępczość (27,67%), bezrobocie (24,52%), oraz ubóstwo (20,49%). Blisko 1/5 wszystkich uczniów wskazała także na przemoc w rodzinie, jako problemie, który może pogłębiać wykluczenie społeczne na danej grupie osób. W przypadku niepełnosprawności, 16,64% twierdzi, że takie osoby również mogą być narażone na analizowany problem. Wśród odpowiedzi inne pojawiały się również takie problemy jak: brak pieniędzy, orientacja seksualna, odmienne zachowanie oraz depresja. Taki podział wszystkich odpowiedzi pokazuje złożoność problemu związanego z wykluczeniem społecznym.

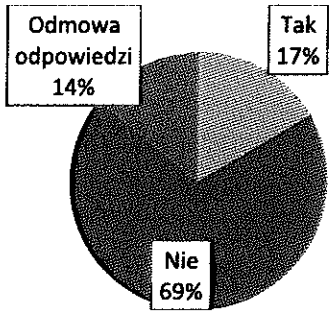
Wykres 9. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W powiązaniu z poprzednim pytanie, uczniowie mieli zastanowić się nad grupami społecznymi, które są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne. Jak pokazują wyniki przeprowadzonych badań, blisko 65% wszystkich wskazań dotyczyło grupy alkoholików oraz narkomanów. Uczniowie zdaja sobie sprawę także z problemu uchodźctwa, ponieważ blisko 50% wskazań dotyczyła właśnie tej grupy społecznej. 39,47% uczniów odpowiedziało także, że osoby ubogie mogą być wykluczone przez społeczeństwo. Równie często uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wskazywali na osoby niepełnosprawne (28,60%) oraz osoby bezrobotne (25,61%). W przypadku osób doświadczających przemocy w rodzinie, osób starszych i rodzin dysfunkcyjnych, mniej niż 10% respondentów zauważyło ich związek z pojęciem wykluczenia społecznego. Osoby uczestniczące w badaniu wskazały także na osoby bezdomne oraz o innej orientacji seksualnej.

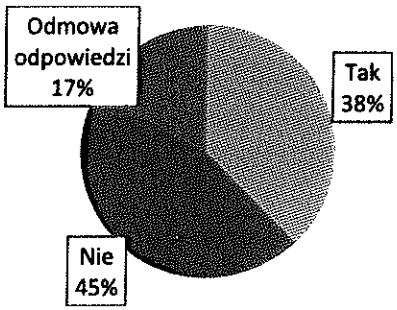
Wykres 10. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Blisko 70% uczniów nie doświadczył zjawiska społecznego. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku 14,16% respondentów odmówiono odpowiedzi na to pytanie. Oznacza to, że aż 16,46% uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych doświadczyło w swoim życiu zjawiska wykluczenia społecznego.

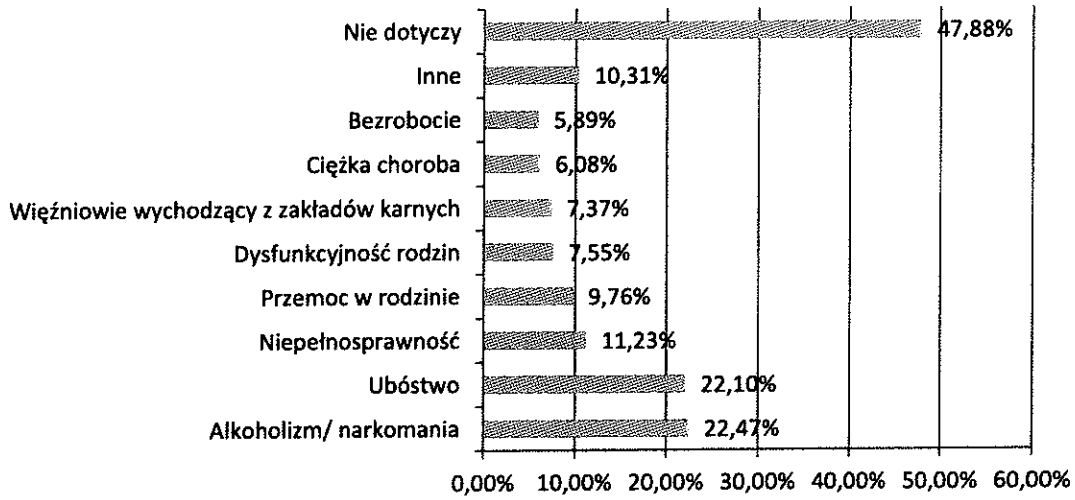
Wykres 11. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zupełnie inaczej przedstawia się rozkład odpowiedzi w przypadku kolejnego pytania. Ponad 1/3 respondentów twierdzi, że ktoś w ich otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego. 17,16% uczniów odmówiło odpowiedzi na tak zadane pytanie.

Wykres 12. z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W kolejnej części respondenci odpowiadali na pytanie o powody, z jakich doświadczyli (lub ktoś z ich otoczenia) zjawiska wykluczenia społecznego. Blisko 50% uczniów nie odpowiedziało na to pytanie ze względu na wcześniejsze wskazania, że taki problem nie dotyczy ich rodzin, ani otoczenia w którym się znajdują. W przypadku pozostałych osób, 22,47% wskazań dotyczyło alkoholizmu i narkomanii, a 22,10% ubóstwa konkretnej grupy społecznej. Wśród odpowiedzi inne najczęściej pojawiały się takie powody jak: bezrobocie, problemy psychiczne, inny kolor skóry oraz odmienność religijna.

2. Identyfikacja problemów

Problem	Opis
Większa liczba bezrobotnych kobiet niż mężczyzn	Na dzień 31 lipca 2015 roku we wszystkich gminach powiatu mikołowskiego większą grupę bezrobotnych osób stanowiły kobiety – od 53,25% w Gminie Mikołów do 67,74% w Gminie Ornontowice.
Duże bezrobocie wśród osób z wykształceniem zawodowym i poniżej	Na koniec drugiego kwartału 2015 roku największą grupą bezrobotnych były osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (35%), następnie policealnym i średnim zawodowym (22%) oraz gimnazjalnym i poniżej (18%).
Największe bezrobocie wśród osób z grupy wiekowej 25-34	W drugim kwartale 2015 roku największa grupę bezrobotnych (27%) stanowiły osoby, które ukończyły 25. rok życie i nie były starsze niż 34 lata. Jest to zjawisko niepokojące ze względu na fakt, iż dla osób w takim wieku zazwyczaj jest bardzo dużo ofert pracy.
Zwiększenie liczby interwencji policji w związku z przemocą w rodzinie	Od 2010 do 2014 roku na terenie powiatu mikołowskiego systematycznie rosła liczba interwencji Policji w związku z przemocą w rodzinie, w tym interwencji domowych. Może to z jednej strony świadczyć o szerzeniu się tego rodzaju patologii w mikołowskich rodzinach, lecz z drugiej strony świadczyć może o wzroście odpowiedzialności społecznej. Niemniej, zwiększająca się liczba interwencji nie jest zjawiskiem pozytywnym.
Wzrost liczby wydanych „Niebieskich Kart"	W latach 2012-2014 wzrosła liczba sporządzonych „Niebieskich Kart" – z 85 do 150. Stanowi to kolejne potwierdzenie zjawiska przemocy domowej wśród mieszkańców powiatu mikołowskiego.
Kradzieże oraz kradzieże z włamaniem jako najpopularniejsze przestępstwa w powiecie mikołowskim	W latach 2011-2014 największą grupę przestępstw kryminalnych w pierwszej kolejności stanowiły kradzieże, zaś w drugiej kradzieże z włamaniem.
Zjawisko przestępczości wśród osób nieletnich	W 2014 roku nieletnie osoby z powiatu mikołowskiego popełniły 321 czynów karalnych, w tym 213 o charakterze kryminalnym.
Spadek wykrywalności przestępstw na terenie powiatu mikołowskiego	W 2014 roku wykrywalność przestępstw o charakterze kryminalnym wynosiła 52,20%. Jednocześnie od 2012 roku spada.
Zmniejszająca się liczba łóżek w szpitalach ogólnych powiatu mikołowskiego	W latach 2010-2014 stopniowo zmniejszała się liczba łóżek w szpitalach ogólnych – z 389 do 338.
Choroby układu krążenia i nowotwory jako najczęstsze przyczyny zgonów	W 2014 roku najwięcej osób z powiatu mikołowskiego zmarło na skutek chorób układu krążenia lub nowotworów.
Seniorzy jako najbardziej liczna grupa osób niepełnosprawnych	Wg NSP 2011 prawie połowa osób niepełnosprawnych z powiatu mikołowskiego była w wieku poprodukcyjnym.
Zwiększanie się liczby gospodarstw domowych	Od 2011 roku rosła liczba gospodarstw

Problem	Opis
korzystających z pomocy społecznej z tytułu ubóstwa	domowych pobierających świadczenia społeczne – z 1645 w roku 2011 do 1770 w roku 2014.
Znaczny wzrost kwot dodatków mieszkaniowych wypłaconych mieszkańcom powiatu mikołowskiego	W latach 2010-2014 znacząco wzrosły kwoty dodatków mieszkaniowych wypłaconych mieszkańcom powiatu mikołowskiego – z 2 035 189 zł w roku 2010 do 2 274 717 zł w roku 2014.
Postępowania eksmisyjne w 2013 roku	W 2013 roku toczono 24 postępowania eksmisyjne, ponadto sąd orzekł 12 eksmisji, a wykonanych zostało 14.
Zadłużenie mieszkań w powiecie mikołowskim	W 2013 roku 1266 mieszkań w powiecie mikołowskim było przynajmniej częściowo zadłużonych.
Osoby w wieku poprodukcyjnym korzystające ze wsparcia z pomocy społecznej	W okresie 2010-2014 stopniowo wzrastała liczba osób w wieku poprodukcyjnym korzystających z pomocy społecznej – z 366 do 399.

Źródło: Opracowanie własne.

3. Misja i wizja

Sformułowana w ramach Podstrategii wizja jest pewną projekcją przyszłości, do jakiej dąży samorząd i społeczność lokalna. Opisuje pożądany stan docelowy w perspektywie najbliższych kilkunastu lat, biorąc pod uwagę kontekst możliwości ekonomicznych i społecznych w powiecie mikołowskim.

Misja jest krótkim, syntetycznym określeniem docelowego kierunku rozwoju ze sprecyzowaniem nadrzędnych wartości, które będą przestrzegane. Misja zapowiada ogólny trend rozwojowy, zgodny z oczekiwaniami wszystkich zainteresowanych podmiotów.

WIZJA: Powiat mikołowski jako obszar o wysokim poziomie integracji społeczności lokalnej oraz wspierający osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i społecznie wykluczone

Wykluczenie społeczne jest zjawiskiem, które dotknąć może nie tylko osoby z konkretnych grup społecznych wskazanych na etapie diagnozy, ale w rzeczywistości każdego człowieka. Najważniejsze w tym aspekcie jest to, aby nie ignorować tego typu zjawiska, lecz wspierać osoby, które potencjalnie mogą zostać wykluczone z życia społecznego. Dlatego też **MISJĄ** powiatu mikołowskiego będzie **pomaganie mieszkańcom, którzy w wyniku pewnych okoliczności zagrożeni będą wykluczeniem społecznym. Wspomniane wsparcie nie będzie ograniczać się jednak wyłącznie do przekazywania środków pieniężnych przysługujących ustawowo na poziomie krajowym, gdyż działanie takie może potęgować zjawisko wyuczonej bezradności. Dużo większy nacisk położony zostanie więc na aktywizację osób zagrożonych i wykluczonych społecznie, w wyniku czego nastąpi poprawa jakości ich życia**

4. Cele strategiczne

Cele strategiczne wskazują główne obszary, w ramach których należy skoncentrować podejmowane działania, w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego. W przypadku niniejszej Podstrategii wyodrębnione został jeden cel strategiczny.

1. Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.

Sformułowany na potrzeby Podstrategii cel strategiczny bezpośrednio związany jest z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym. Określenie oraz wyodrębnienie grup szczególnego ryzyka pozwoliło na zaplanowanie szeregu działań i rozwiązań, które umożliwią niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego.

Cel strategiczny oraz cele operacyjne zostały opracowane na podstawie analizy i diagnozy potrzeb oraz problemów mieszkańców. Rozpoznanie potrzeb oraz zapotrzebowania mieszkańców powiatu mikołowskiego przeprowadzone zostało wieloetapowo: w pierwszej kolejności analiza sytuacji zastanej problemów społecznych powiatu pozwoliła na wykreowanie obrazu sytuacji wykluczenia społecznego mieszkańców. Natomiast przeprowadzone w dalszej kolejności badania oraz konsultacje społeczne poza wyszczególnieniem najdotkliwszych z punktu widzenia mieszkańców powiatu problemów, pozwoliły na określenie instrukcji oraz możliwości ich niwelowania lub kompleksowego rozwiązywania. Sugestie oraz informacje przekazane przez mieszkańców poszczególnych gmin powiatu mikołowskiego wraz z przeprowadzoną wcześniej analizą danych zastanych umożliwiły wypracowanie celu strategicznego oraz wyodrębnienie celów operacyjnych wraz z zadaniami, które umożliwią efektywną realizację celu głównego.

5. Cele operacyjne i proponowane kierunki rozwoju

Poniższe zestawienie zawiera cele operacyjne przyporządkowane wcześniej wyszczególnionym celom strategicznym.

Cel strategiczny	Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.
Cele operacyjne	1. Wspieranie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
	2. Aktywizacja społeczna i zawodowa osób starszych oraz osób niepełnosprawnych
	3. Reintegracja osób bezrobotnych
	4. Wspieranie rodzin borykających się z problemami opiekuńczo-wychowawczymi oraz rodzin wielodzietnych, a także pieczy zastępczej
	5. Wspieranie osób dotkniętych przemocą domową
	6. Dopasowanie infrastruktury do specyficznych potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się
	7. Rozwój komunikacji publicznej dopasowanej do potrzeb ww. grup

Wskaźnikami osiągnięcia celów strategicznych będą wynikające z nich cele operacyjne. Ich podział zaprezentowany został w kolejnym podrozdziale.

5.1. Potrzeby inwestycyjne

Cel operacyjny 1.	Wspieranie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Działania profilaktyczne związane z bezdomnością: stała diagnoza problemu, przeciwdziałanie w sytuacjach zagrożenia bezdomnością, kampania informacyjna skierowana do społeczności lokalnej.
2	Monitoring miejsc niemieszkalnych, streetworking.
3	Zaspokojenie podstawowych potrzeb w oparciu o wystandaryzowany system usług oraz motywowanie osób bezdomnych do zmiany.
4	Reintegracja zawodowa i społeczna oparta o aktywne formy pracy.
5	Wsparcie wychodzenia z bezdomności poprzez: asystowanie osobie bezdomnej, system mieszkalnictwa objętego monitoringiem, stałe podnoszenie umiejętności społeczno-zawodowych osoby bezdomnej w procesie usamodzielniania

Cel operacyjny 2.	Aktywizacja społeczna i zawodowa osób starszych oraz osób niepełnosprawnych
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Promowanie rozwiązań zwiększających motywację najstarszych mieszkańców do aktywności fizycznej oraz wybierania zachowań

Cel operacyjny 2.	Aktywizacja społeczna i zawodowa osób starszych oraz osób niepełnosprawnych
	prozdrowotnych oraz promowanie aktywności zawodowej seniorów.
2	Wspieranie rozwoju profesjonalnej kadry zajmującej się opieką nad osobami starszymi.
3	Organizacja kursów i szkoleń umożliwiających osobom niepełnosprawnym podniesienie lub zmianę kwalifikacji niezbędnych na lokalnym rynku pracy.
4	Prowadzenie pracy socjalnej z seniorami i osobami niepełnosprawnymi
5	Realizacja działań mających na celu przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu osób starszych.
6	Poprawa dostępności osób niepełnosprawnych do edukacji i informacji.
7	Subsydiowanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych i organizowanie praktyk zawodowych przygotowujących ich do podjęcia zatrudnienia.
8	Rozwój środowiskowych form pomocy i samopomocy osób starszych i niepełnosprawnych.
9	Organizowanie staży zawodowych dla osób starszych w celu ich adaptacji do nowego miejsca zatrudnienia.

Cel operacyjny 3.	Reintegracja osób bezrobotnych
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Dostosowanie form kształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy, w tym zwrócenie szczególnej uwagi na promocję kształcenia zawodowego
2	Podejmowanie przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych na przeciwdziałanie zjawisku „dziedziczenia bezrobocia"
3	Zwiększenie efektywności działań zmierzających do aktywizacji

Podstrategia ds. przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

Cel operacyjny 3.	Reintegracja osób bezrobotnych
	zawodowej osób bezrobotnych realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy
4	Współpraca OPS, PUP i NGO na rzecz osób pozostających bez pracy i pozbawionych prawa do zasiłku oraz synchronizowanie programów socjalnych dla osób bezrobotnych i ich rodzin z projektami podejmowanymi na lokalnym rynku pracy
5	Promowanie poszczególnych gmin i powiatu zarówno na rynku międzyregionalnym, jak również na arenie międzynarodowej jako miejsca przyjaznego dla inwestorów

Cel operacyjny 4.	Wspieranie rodzin borykających się z problemami opiekuńczo-wychowawczymi oraz rodzin wielodzietnych, a także pieczy zastępczej
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Realizacja działań ukierunkowanych na m.in.: zwiększanie poziomu odpowiedzialności rodziców za wychowanie dzieci, podnoszenie kompetencji wychowawczych rodziców oraz przeciwdziałanie agresji, przestępczości i demoralizacji
2	Wspieranie funkcjonowania placówek wsparcia dziennego i inicjowanie tworzenia nowych tego typu podmiotów
3	Promowanie działań pomocowych dla rodzin wielodzietnych
4	Wsparcie rodzinnych form pieczy zastępczej, obejmujące budowanie sieci wsparcia, grup wsparcia, grup samopomocowych oraz poradnictwa

Cel operacyjny 5.	Wspieranie osób dotkniętych przemocą domową
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Regularne aktualizowanie zintegrowanej bazy informacyjnej o organizacjach, instytucjach i miejscach, w których ofiary przemocy domowej mogą uzyskać niezbędne wsparcie
2	Wspieranie realizacji przedsięwzięć o charakterze profilaktycznym mających na celu zapobieganie zjawisku przemocy domowej, włączając w to działania podejmowane w placówkach edukacyjnych
3	Organizacja szkoleń dla przedstawicieli lokalnych instytucji publicznych podejmujących tematykę przemocy domowej
4	Kampania społeczna/ edukacyjna na temat przeciwdziałania przemocy w rodzenie skierowana do uczniów szkół Powiatu Mikołowskiego.

Cel operacyjny 6.	Dopasowanie infrastruktury do specyficznych potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Usunięcie barier w urzędach i innych obiektach użyteczności publicznej
2	Stosowanie większej czcionki na rozkładach jazdy
3	Montaż sygnałów dźwiękowych przy sygnalizacji świetlnej na przejściach dla pieszych

Cel operacyjny 6.	Dopasowanie infrastruktury do specyficznych potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się
4	Tworzenie siłowni na świeżym powietrzu

Cel operacyjny 7.	Rozwój komunikacji publicznej dopasowanej do potrzeb ww. grup
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Zagęszczenie siatki połączeń komunikacji publicznej
2	Zwiększenie liczby autobusów niskopodłogowych
3	Montaż sygnałów dźwiękowych przy sygnalizacji świetlnej na przejściach dla pieszych
4	Opracowanie systemu „jednego biletu" umożliwiającego swobodne korzystanie z połączeń oferowanych przez różnych przewoźników działających na obszarze powiatu

5.2. Analiza SWOT

Jest to ocena silnych i słabych stron danego obszaru na tle szans i zagrożeń ze strony otoczenia zewnętrznego. Jej nazwa pochodzi od pierwszych liter rozpatrywanych grup czynników: strengths – silne strony, weaknesses - słabości, opportunities - szanse, threats – zagrożenia. Punkt wyjścia dla analizy stanowią atuty i słabości, które bada się w odniesieniu do szans. Analizie SWOT poddana została sytuacja całego powiatu mikołowskiego w odniesieniu do zjawiska wykluczenia społecznego.

Mocne Strony	Słabe Strony
• **Niski wskaźnik bezrobocia, w porównaniu do kraju i województwa, co wskazuje na odpowiednią politykę aktywizacji osób bezrobotnych ogółem** • **Niewielki odsetek bezrobotnych wśród osób z wykształceniem wyższym i policealnym, co pokazuje, że im wyższe wykształcenie tym mniejsze prawdopodobieństwo wykluczenia na rynku pracy** • **Niewielkie bezrobocie wśród osób z grupy wiekowej 55+, która w największym stopniu narażona jest na wykluczenie społeczne na rynku pracy** • **Stopniowe zmniejszenie się liczby rodzin otrzymujących zasiłki rodzinne na dzieci będące najprawdopodobniej skutkiem poprawy ich sytuacji materialnej** • **Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego, w których dzieci wychowujące się m.in. w rodzinach patologicznych mogą otrzymać wsparcie, którego nie otrzymują w domu rodzinnym** • **Mnogość placówek świadczących pomoc ofiarom przestępstw, a zwłaszcza ofiarom przemocy domowej** • **Funkcjonowanie samorządowego programu „Liczna rodzina" dla rodzin wielodzietnych zamieszkałych w Mikołowie, w ramach którego rodziny takie mogą korzystać z szeregu udogodnień** • **Wyraźny spadek liczby postępowań**	• Znacznie większa liczba kobiet zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy niż mężczyzn, co pokazuje, że są one zagrożone wykluczeniem na rynku pracy • Duża liczba osób bezrobotnych z wykształceniem zasadniczym zawodowym i poniżej, wskazująca na duże znaczenie poziomu wykształcenia • Znaczące bezrobocie wśród osób z kategorii wiekowej 25-34, których problem wykluczenia na rynku pracy nie powinien dotyczyć • Zwiększenie liczby interwencji policji w związku z przemocą w rodzinie, a więc i problemu szerzenia się tego typu zdarzeń patologicznych • Wzrost liczby wydanych „Niebieskich Kart" dla kobiet będących ofiarami przemocy w rodzinie • Przestępczość wśród osób nieletnich, w wyniku której mogą w przyszłości być zagrożeni zjawiskiem wykluczenia społecznego • Zmniejszająca się liczba łóżek w szpitalach ogólnych powiatu mikołowskiego, w których leczone są osoby chore, niepełnosprawne i starsze • Seniorzy jako najbardziej liczna grupa osób niepełnosprawnych • Zwiększanie się liczby gospodarstw domowych korzystających z pomocy społecznej z tytułu ubóstwa • Znaczny wzrost kwot dodatków

przygotowawczych wszczętych na terenie powiatu mikołowskiego, wskazujący na wzrost wykrywalności przestępczości ogółem
- **Duża liczba przychodni na terenie powiatu, w których zwłaszcza osoby chore, niepełnosprawne i seniorzy mogą otrzymać konieczną pomoc medyczną**
- **Funkcjonowanie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, w którym pobyt współfinansowany jest z NFZ**
- **Funkcjonowanie Zakładów Aktywności Zawodowej oraz Warsztatów Terapii Zajęciowej**
- **Dominacja grupy wiekowej 30-34 w strukturze wiekowej powiatu demograficznego (czyli osób w wieku prokreacyjnym)**
- **Dodatnie saldo migracji ogółem, co pokazuje, że powiat mikołowski jest postrzegany jako miejsce, w którym warto mieszkać**
- **Mnogość NGO wspierających osoby zagrożone wykluczeniem społecznym**
- **Efektywność podejmowanych działań (m.in. spada liczba osób z niskimi dochodami)**
- **Odpowiednie zidentyfikowane środowisko, dzięki czemu pomoc trafia nie tylko do osób, które się po nią zgłaszają ale również i do innych potrzebujących**
- **Szkoły integracyjne na terenie powiatu**
- **Platforma wymiany informacji, z której korzystają trzy ośrodki pomocy społecznej**

Szanse
- **Ogólnokrajowy spadek stopy bezrobocia, co oznacza wzrost zatrudnienia wśród Polaków ze wszystkich grup społecznych, również tych zagrożonych wykluczeniem społecznym**
- **Pomoc społeczna określona na poziomie krajowym, przysługująca wszystkim osobom nieprzekraczającym określonego progu kwotowego**
- **Świadczenia pieniężne dla rodzin zastępczych, stanowiące zachętę**

mieszkaniowych wypłaconych mieszkańcom powiatu mikołowskiego, świadczący o pogarszaniu się statusu materialnego osób tam zamieszkujących
- Konieczność prowadzenia postępowań eksmisyjnych wśród mieszkańców powiatu mikołowskiego
- Przynajmniej częściowe zadłużenie mieszkań w powiecie mikołowskim, na skutek pogarszania się sytuacji materialnej ich właścicieli
- Wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym korzystających ze wsparcia z pomocy społecznej
- Brak dostatecznej bazy rehabilitacyjnej dla osób strasznych i niepełnosprawnych
- Brak możliwości powstania noclegowni, schroniska, hostelu
- Brak ośrodka dla osób doznających przemocy w rodzinie
- Utrudniony dostęp do skorzystania z innych placówek pomocowych spowodowane ograniczeniami w komunikacji publicznej
- Brak ośrodka dla uchodźców
- Niewystarczająca liczba mieszkań socjalnych i komunalnych na terenie powiatu
- Mała liczba lekarzy psychiatrów

Zagrożenia
- Zjawisko wyuczonej bezradności wśród osób najbiedniejszych, samotnych, dotkniętych patologiami
- Niewystarczające środki finansowe na aktywizację osób zagrożonych i wykluczonych społecznie w budżetach samorządowych
- Ograniczony potencjał kadrowy instytucji pomocy społecznej i podmiotów je wspierających
- Niewystarczające zaangażowanie ze strony pracowników podmiotów opieki społecznej,

i wsparcie dla osób decydujących się na opiekę nad dziećmi i młodzieżą osieroconą lub z rodzin patologicznych • **Asystent przyznawany rodzinom, których dotyczy problem bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych** • **Procedura „Niebieskie Karty", mająca na celu wsparcie ofiar przemocy domowej (również bez ich zgody)** • **Karta Dużej Rodziny dla wszystkich rodzin wielodzietnych w Polsce, bez względu na ich status majątkowy** • **Wzrost znaczenia NGO** • **Stałe doskonalenie i dokształcanie zawodowe kadr socjalnych** • **Wprowadzenie do realizacji uzgodnionej społecznie strategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu na szczeblu krajowym (Narodowa Strategia Integracji Społecznej)** • **Nacisk w polityce państwa na wyrównywanie szans oraz na walkę z ubóstwem**	wynikające z nadmiaru ich obowiązków • Ograniczone możliwości lokalowe na terenie poszczególnych gmin • Nieefektywna polityka aktywizacji wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym • Odbieranie problemu wykluczenia społecznego jako domena wyłącznie placówek pomocy społecznej • Niska świadomość zagrożeń prowadzących do wykluczenia społecznego • Zwiększenie dysfunkcji rodzinnych • Tendencja do likwidacji schronisk, noclegowni • Brak ustawowych uregulowań w zakresie narkomanii i dopalaczy • Wykorzystywanie luk w prawie – nieuprawnione korzystanie ze świadczeń z pomocy społecznej

Źródło: opracowanie własne.

6. Plan operacyjny

6.1. Ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców Powiatu Mikołowskiego

6.1.1. Krajowe i wojewódzkie akty prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego

Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce jest regulowana przez szereg aktów prawnych. Zostały one przedstawione poniżej:

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 roku w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 roku w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 roku regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 roku w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym
- Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020 z 29 października 2013

6.1.2. Modele psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W Polsce funkcjonuje kilka różnych, acz komplementarnych modeli psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Głównymi formami ciągle tradycyjnego modelu opieki są jednak placówki ambulatoryjne oraz stacjonarne, obok których występują znacznie mniej liczne formy opieki pośredniej.

W wyniku przemian ostatniego dwudziestolecia obserwuje się rosnącą rolę niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w organizacji placówek udzielających świadczeń psychiatrycznych, przede wszystkim w formie ambulatoryjnej. Pozostałe rodzaje świadczeń (stacjonarne, dzienne i inne) nadal realizowane są głównie przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Warto również zauważyć, że co raz częściej uwaga kierowana jest ku środowiskowemu modelowi psychiatrycznej opieki zdrowotnej – tj. zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej polega na[4]:

- utworzeniu sieci centrów (ośrodków) zdrowia psychicznego, zapewniających kompleksową (w tym szpitalną) opiekę dla mieszkańców (dorosłych oraz dzieci i młodzieży) określonego terytorium i przejęcie przez nią odpowiedzialności za zapewnienie i koordynację opieki:
  - struktura organizacyjna centrum jest dostosowana do lokalnych potrzeb zdrowotnych ludności
  - centrum zdrowia psychicznego zatrudnia wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny, koordynujący całość opieki nad pacjentem
  - opieka szpitalna jest zapewniana głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.
- zmniejszeniu dużych szpitali psychiatrycznych i przekształceniu ich w placówki wyspecjalizowane
- zapewnieniu kadr o zróżnicowanych i wysokich kompetencjach
- dostosowaniu sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych
- zapewnienie współpracy i ciągłości opieki między różnymi resortami.

Poniżej przedstawiono wszystkie działające modele psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce[5].

Poradnie zdrowia psychicznego są najbardziej powszechną formą opieki ambulatoryjnej i dostępną w prawie wszystkich powiatach (93%) kraju. Korzystanie ze świadczeń tych placówek jest ustawowo ułatwione i nie wymaga skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Według statystyk za 2011 rok do 1094 tego typu poradni, zgłosiło się łącznie 1 108,7 tys. osób, którym udzielono 4 359,6 tys. porad, głównie (84%) lekarskich, a 145,7 tys. objęto świadczeniami psychoterapeutycznymi.

[4] Dr n med. Sławomir Murawiec, *Przegląd sytuacji w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w Polsce – strategie, programy, siły, środki i słabe strony*, European Health Management Association
[5] Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce – wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, Warszawa 2014.

Warto zauważyć, że wciąż bardzo niewiele poradni specjalizuje się w ofercie świadczeń dla osób z wybranych grup rozpoznań, takich jak np. organiczne zaburzenia psychiczne lub zaburzenia nerwicowe. Mimo dynamicznego rozwoju tej formy opieki, czego wyrazem jest ponad dwukrotny wzrost liczby poradni w porównaniu z rokiem 2000, zakres oferowanych w nich świadczeń jest niejednakowy. Połowa polskich poradni zdrowia psychicznego dysponuje rozbudowaną ofertą, na którą składają się oprócz porad lekarskich i psychologicznych, także sesje psychoterapii indywidualnej oraz rzadziej inne świadczenia. Pozostałe poradnie oferują usługi ograniczone tylko do podstawowego poradnictwa lekarsko-psychologicznego, bądź wyłącznie lekarskiego. Sytuacja ta dotyczy to ok. 30% poradni funkcjonujących w ograniczonym wymiarze czasu (1-3 dni tygodniowo), usytuowanych najczęściej w mniejszych miejscowościach.

Poradnie „pełnowymiarowe", tj. czynne przez 5 dni w tygodniu i oferujące pełny zakres świadczeń, powinny stanowić zalążek podstawowego wariantu Centrum Zdrowia Psychicznego, tj. połączonego z zespołem środowiskowym, realizującym opieką czynna wobec pacjentów z określonego obszaru i współpracującego z opieka dzienną i stacjonarną.

Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży są poradniami wyspecjalizowanymi, przewidzianymi dla osób, które nie ukończyły 18-tego roku życia. W 2011 roku funkcjonowało ich 175 w całej Polsce i obejmowały opieką nieco ponad 100 tys. osób, udzielając blisko pół miliona porad (468, 2 tys.).

W skali kraju, proporcje porad lekarskich oraz pozostałych (głównie psychologicznych) są w poradniach dla dzieci i młodzieży dość wyrównane, a nawet z niewielką przewagą porad nielekarskich.

Niedostateczną – w stosunku do potrzeb – liczbę tych poradni, powoduje utrzymujący się od lat niedobór lekarzy z wymaganą specjalizacją z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.

Poradnie psychologiczne uzupełniają działalność poradni zdrowia psychicznego. Ich liczba w ostatnich kilku latach znacząco wzrosła. W porównaniu z rokiem 2004, w którym odnotowano działalność 24 poradni, w roku 2011 było ich już 268 i tylko, co piąta (20%) funkcjonowała w obrębie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ogółem poradnie psychologiczne udzieliły w 2011 r. ponad ćwierć mln porad, z których skorzystało prawie 50 tys. osób.

Zespoły leczenia środowiskowego są szczególnie ważną formą przewidzianą przede wszystkim dla pacjentów o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych, pozostających w trakcie opieki w swoim środowisku.

Cechą wyróżniającą pracę zespołów są częste wizyty środowiskowe w miejscu zamieszkania pacjentów oraz utrzymywanie kontaktów z pacjentami w innych formach zajęć (np.: kluby pacjentów).

W 2011 r. W całym kraju działało 68 takich zespołów, głównie w dużych ośrodkach miejskich, obejmując opieką rocznie 9,6 tys. osób. W bardziej dynamicznym rozwoju zespołów leczenia środowiskowego przeszkadzają zarówno bariery organizacyjno-finansowe, jak i kadrowe (niedostatek wyszkolonych terapeutów środowiskowych). Jest to tak ważne ogniwo środowiskowego modelu opieki, że brak istotnych zmian w tym zakresie może spowodować niepowodzenie całej reformy lecznictwa psychiatrycznego.

Oddziały dzienne stanowią bardzo ważna środowiskową formę opieki, zapewniającą pacjentom świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne przez 8-10 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, na ogół w miejscowości zamieszkania, a więc z zachowaniem więzi rodzinnych i społecznych. w 2011 roku w ponad 100 zakładach opieki funkcjonowały 173 oddziały psychiatryczne dla dorosłych z 3,9 tys. miejsc oraz 24 oddziały dla dzieci i młodzieży z 814 miejscami. Rocznie ze świadczeń tej formy korzysta ponad 20 tys. osób. Według przewidywań NPOZP liczba miejsc w oddziałach dziennych powinna w ciągu kilku lat wzrosnąć o kilka tysięcy.

Psychiatryczna opieka całodobowa. W 2011 roku psychiatryczna opieka całodobowa dysponowała ponad 24,6 tys. łóżek (poza 7,7 tys. - dla uzależnionych), z których ponad połowa (56 %) zlokalizowana była w oddziałach szpitali psychiatrycznych, a tylko 24% w oddziałach szpitali ogólnych. Pozostałe 20%, to łóżka o profilu opiekuńczym, często w obiektach dawnych dużych szpitali psychiatrycznych, z których zostały wydzielone organizacyjnie. W strukturze bazy łóżkowej ogólne oddziały psychiatryczne dominują (58%) nad opiekuńczymi (21%), psychiatrii sądowej (8%) i dziecięco-młodzieżowymi (4%).

Wyrównywanie dostępności psychiatrycznej opieki całodobowej przebiega od wielu lat dwutorowo, z jednej strony, poprzez powolny proces zmniejszania dużych szpitali, z drugiej - przez tworzenie oddziałów przy szpitalach ogólnych lub innych specjalistycznych.

Szpitale psychiatryczne. Obecny system opieki szpitalnej obciążony jest pozostałościami izolacyjnego modelu opieki psychiatrycznej, o nadmiernej koncentracji łóżek w szpitalach budowanych poza miastami, często w odległych, słabiej zaludnionych rejonach. Proces zmniejszania dużych szpitali odbywa się powoli od lat, głównie poprzez wyzbywanie się technicznie zużytych lub niewykorzystanych obiektów oraz poprawę warunków w obiektach wyremontowanych. W rezultacie w okresie ostatnich 20 lat liczba łóżek szpitalnych zmalała o ponad 17 tys., z czego ponad 5 tys. - po roku 1999.

Obecnie tylko dwa szpitale można uznać za bardzo duże, tj., liczące powyżej 800 łóżek, podczas gdy w roku 1990 było ich 10. W końcu 2011 roku funkcjonowały w kraju 52 szpitale psychiatryczne z 13 888 łóżek o profilu psychiatrycznym (oprócz ok. 3 tys. łóżek dla uzależnionych).

Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych. Jest to szczególnie promowana od lat forma opieki całodobowej, ponieważ funkcjonując w strukturach placówek niepsychiatrycznych, z jednej strony zmniejsza stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych, z drugiej - przybliża miejsce leczenia do miejsca zamieszkania. W 2011 roku w strukturze 96 szpitali innych niż psychiatryczne działało 139 oddziałów psychiatrycznych, o łącznej liczbie 5,9 tys. łóżek. Proces ich powstawania przebiega dość wolno, przyspieszając jedynie w latach wdrażania przez resort zdrowia specjalnych programów dofinansowujących takie zadania.

Hostele - to najmniej dostępna forma opieki, polegająca na prowadzeniu profilowanych programów psychoterapeutycznych rehabilitacyjnych w zbliżonych do domowych warunkach chronionego zakwaterowania, pozwalających na przywrócenie umiejętności społecznych w warunkach codziennego funkcjonowania osobom z zaburzeniami psychicznymi niewymagającymi leczenia szpitalnego. W roku 2011 na terenie 7 województw zlokalizowanych było 19 hosteli, w większości dla osób uzależnionych, do których trafiło 649 osób.

Zakłady opiekuńczo - lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Są formą opieki, wyrosłą z jednej strony z dawnych domów pomocy społecznej, pozostawionych na początku transformacji w resorcie zdrowia, a z drugiej - z części dużych szpitali psychiatrycznych, z których wydzielono część obiektów wraz z pacjentami przewlekle hospitalizowanymi, którzy całkowicie utracili kontakt ze swoim środowiskiem. Łącznie z nowymi placówkami w 2011 roku było ich 52 z 4,8 tys. łóżek.

Wraz ze starzeniem się populacji, a więc także osób z zaburzeniami psychicznymi, należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowania na oddziały opiekuńcze o przyzwoitym standardzie dla osób, które nie utrzymają się samodzielnie w środowisku.

6.1.3. Diagnoza Obszaru Funkcjonalnego

Charakterystyka zdrowia psychicznego, obejmująca m.in. dane dotyczące stanu zdrowia oraz hospitalizacji i przebywania w specjalistycznych ośrodkach mieszkańców

Zdrowie psychiczne to termin wieloznaczny i bardzo ogólnikowy, co sprawia, że nie ma uniwersalnej definicji tego pojęcia. Co więcej, większość specjalistów uważa, że to, że u kogoś nie rozpoznano zaburzeń psychicznych nie jest równoznaczne z tym, że jest zdrowy psychicznie. Zdrowie psychiczne jest różnie definiowane przez poszczególne dziedziny nauki[6]:

- medycyna określa zdrowie psychiczne jako niewystępowanie objawów psychopatologicznych, homeostazę w procesach fizjologicznych, brak defektów w strukturze i funkcjach psychicznych;
- psychologia określa zdrowie psychiczne jako zdolność do twórczego rozwoju i samorealizacji, akceptację i poczucie własnej wartości i tożsamości, zdolność osiągania satysfakcji z życia, realistyczną percepcję rzeczywistości;
- socjologia określa zdrowie psychiczne jako zdolność przystosowania się jednostki do norm kulturowych i środowiska społecznego, uwewnętrzniania norm w przebiegu socjalizacji, umiejętności prawidłowej koegzystencji w grupie i właściwego funkcjonowania w rolach społecznych.

W Polsce obowiązuje Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, która określa, czym jest ochrona zdrowia psychicznego, a także kto i na jakich zasadach udziela tej ochrony. Ustawa określa też zasady przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, szczegółowo regulując zasady stosowania przymusu bezpośredniego, jak również zasady przyjmowania pacjenta psychiatrycznego na oddział bez jego zgody.

Zdrowie psychiczne odbija się na samopoczuciu i wyglądzie zewnętrznym. Równowagę wewnętrzną może zaburzyć długotrwały stres i silne przeżycia, np. żałoba po stracie bliskiej osoby. Do poważnych chorób psychicznych zalicza się: depresję, nerwicę, choroby lękowe i schizofrenię. Zaburzenia depresyjne należą do grupy chorób afektywnych, charakteryzują się obniżeniem nastroju i napędu psychoruchowego, lękiem oraz zaburzeniami snu. W stwierdzeniu epizodu depresyjnego ważny jest obraz kliniczny[7].

[6] http://www.poradnikzdrowie.pl/szukaj/definicja%20zdrowia%20psychicznego
[7] https://portal.abczdrowie.pl/zdrowie-psychiczne

Tabela 3. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2012-2013

	Zaburzenia psychiczne			
	2012		2013	
	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności
	Śląskie			
Leczeni ogółem	147207	318,9	156749	340,8
w tym po raz pierwszy	31772	68,8	30983	67,3
	Powiat mikołowski			
Leczeni ogółem	4751	499	4700	490,8
w tym po raz pierwszy	783	82,5	850	89

Źródło: opracowanie własne na podstawie katowice.uw.gov.pl

W Województwie Śląskim w 2012 roku w związku z zaburzeniami psychicznymi leczonych w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnych było 147 tys. pacjentów, w tym po raz pierwszy blisko 32 tys. W 2013 roku liczba pacjentów wzrosła o blisko 10 tys. pacjentów, z czego liczba pacjentów leczonych po raz pierwszy spadła o blisko tysiąc osób. W Powiecie Mikołowskim leczonych w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2012 roku było blisko 5 tys. (4751) mieszkańców, w tym po raz pierwszy prawie 800 osób. W roku 2013 liczba osób leczonych ogółem spadła o 51 pacjentów, natomiast liczba leczonych po raz pierwszy wzrosła o 67 pacjentów.

Tabela 4. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w latach 2012-2013

	Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu			
	2012		2013	
	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności
	Śląskie			
Leczeni ogółem	23654	51,2	22176	48,2
w tym po raz pierwszy	8919	19,3	7814	17
	Powiat mikołowski			
Leczeni ogółem	186	19,5	191	19,9
w tym po raz pierwszy	63	6,6	57	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie katowice.uw.gov.pl

W Województwie Śląskim liczba osób leczonych ambulatoryjnie w związku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w latach 2012-2013 (Tabela 4.) spadła o ponad 1,5 tys. z 23 654 w 2012 roku do 22 176 w 2013 r. Spadła również liczba pacjentów leczonych po raz pierwszy (2012 – 8919; 2013 – 7814). Natomiast w Powiecie Mikołowskim liczba osób leczonych ambulatoryjnie w związku z używaniem alkoholu wzrosła z 186 w 2012 roku do 191 w 2013, z czego spadła liczba leczonych po raz pierwszy (z 63 na 57 pacjentów).

Tabela 5. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w latach 2012-2013

Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych				
	2012		2013	
	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności
	Śląskie			
Leczeni ogółem	3027	6,6	3223	7
w tym po raz pierwszy	1081	2,3	1244	2,7
	Powiat mikołowski			
Leczeni ogółem	10	1,1	10	1
w tym po raz pierwszy	1	0,1	1	0,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie katowice.uw.gov.pl

W Województwie Śląskim liczba osób leczonych ambulatoryjnie w związku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych (Tabela 5.) w 2012 r. przekroczyła 3 tys. (3027 osób), z czego po raz pierwszy leczone było 1081 osób, natomiast w 2013 roku liczba pacjentów wzrosła o blisko 200 osób, z czego liczba leczonych po raz pierwszy również wzrosła o 200 osób. W Powiecie Mikołowskim liczba osób leczonych w związku z używaniem środków psychoaktywnych, w tym po raz pierwszy nie zmieniła się w latach 2012-2013 i wynosiła kolejno: 10 pacjentów, w tym 1 leczony po raz pierwszy.

Tabela 6. Szpitale i zakłady psychiatryczne

Wyszczególnienie	Ogółem	
	2012	2013
	Powiat Mikołowski	
Oddziały psychiatryczne	1	1
Łóżka ogółem	40	40
Leczeni w ciągu roku	305	303
Osobodni leczenia w ciągu roku	11005	11396
Wskaźnik łóżek na 10 000 ludności	4,2	4,2

Wyszczególnienie	Ogółem 2012	2013
	Województwo Śląskie	
Wskaźnik łóżek na 10 000 ludności	6,3	6,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie katowice.uw.gov.pl

W Powiecie Mikołowskim funkcjonuje jeden oddział psychiatryczny, działający w Orzeszu w ramach Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży SP ZOZ. Ośrodek jest specjalistyczną placówką medyczną zajmującą się kompleksową diagnozą i terapią pacjentów z wybranymi problemami emocjonalnymi. Ośrodek prowadzi stacjonarny Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży.

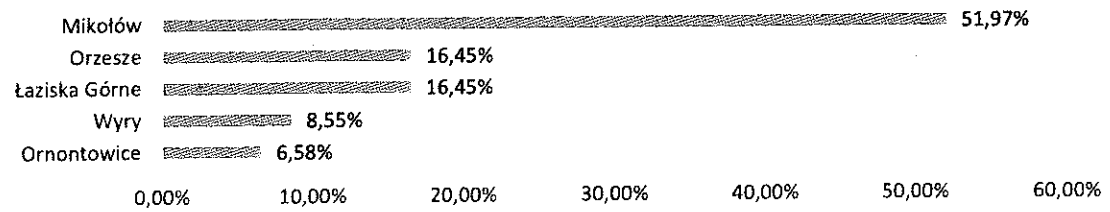
Na oddziale znajduje się 40 łóżek ogółem. W ciągu 2012 roku leczonych w oddziale psychiatrycznym leczonych było 305 pacjentów, których liczba osobodni leczenia wynosiła 11 005, natomiast w 2013 roku liczba osobodni leczenia 303 pacjentów wynosiła 11 396.

Aktywizacja zawodowa

Osoby z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy

Sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy w Powiecie Mikołowskim obrazują wyniki badania, które zostało przeprowadzone na próbie 158 przedsiębiorstw z terenu powiatu. Podczas badania zachowano proporcjonalny podział próby badawczej z uwzględnieniem lokalizacji, wielkości zatrudnienia i rozkładu branżowego badanych podmiotów.

Wykres 13. Rozkład próby badawczej (CATI - przedsiębiorstwa) w oparciu o miejsce prowadzenia działalności (w %, N= 158)

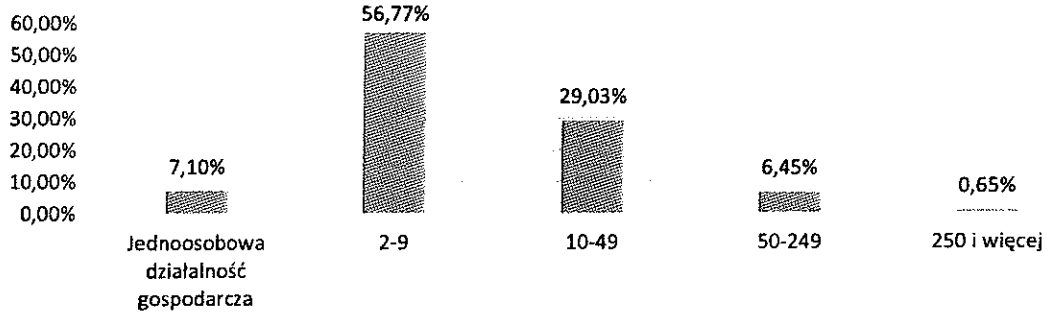


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Zgodnie z liczbą przedsiębiorstw przypadającą na poszczególne gminy powiatu mikołowskiego, największy udział w próbie badawczej przypadł na podmioty zlokalizowane na terenie gminy Mikołów (blisko 52%). Drugie i trzecie miejsce

w zestawieniu przypada na gminy Orzesze i Łaziska Górne, których udział w próbie wyniósł po 16,45%. Czwarta pozycja przypadła gminie Wyry (8,55%), a najmniejszy udział przedsiębiorstw biorących udział w badaniu przypadł gminie Ornontowice (6,58%).

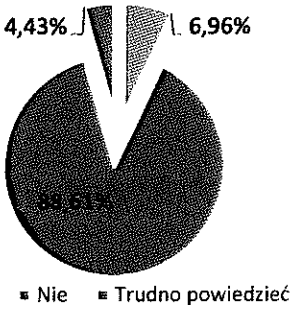
Wykres 14. Rozkład próby badawczej (CATI – przedsiębiorstwa) w oparciu o wielkość zatrudnienia (w %, N= 158)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Zdecydowanie największy udział w próbie badawczej badania CATI z przedsiębiorcami przypadł na mikro i małe przedsiębiorstwa (blisko 64% ogółu badanych). z tego 7,10% stanowiły jednoosobowe działalności gospodarcze. Stosunkowo wysoki udział przypadł również na podmioty charakteryzujące się wielkością zatrudnienia na poziomie 10-49 pracowników (29,03%). Znacznie mniej (zgodnie z rzeczywistą strukturą zatrudnienia w regionie) respondentów przypadło na przedsiębiorstwa zatrudniające od 50 do 249 pracowników (6,45%). z kolei podmioty o zatrudnieniu od 250 pracowników wzwyż stanowiły 0,65% próby badawczej.

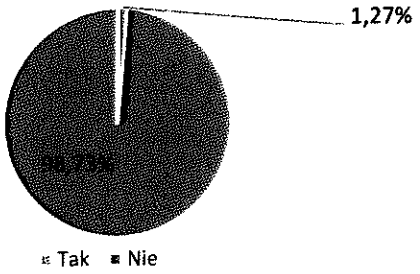
Wykres 15. Czy Pana/Pani przedsiębiorstwo zatrudnia osoby niepełnosprawne?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tylko niecałe 7% badanych przedsiębiorstw (metoda CATI) zatrudnia obecnie osoby niepełnosprawne. Warto jednak zauważyć, iż wszyscy z tychże pracodawców są zadowoleni z wyników osiąganych przez zatrudnione osoby niepełnosprawne. Wśród pozostałych podmiotów (tzn. niezatrudniających tego typu osób) we większości przypadków nie przewiduje się ich zatrudnienia, głównie ze względu na specyfikę prowadzonej działalności.

Wykres 16. Czy Pana/Pani przedsiębiorstwo zatrudnia osoby z zaburzeniami psychicznymi?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi prezentuje się zdecydowanie gorzej, niż w przypadku poprzednio analizowanej grupy osób. Tylko 1,27% badanych podmiotów potwierdziło zatrudnianie tej grupy pracowników (i potwierdzają zadowolenie z efektów ich pracy). W przypadku pozostałych przedsiębiorstw wszyscy badani stwierdzili, że ze względu na specyfikę działalności nie planują zatrudnienia tego typu pracowników.

6.1.4. Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wraz z wytycznymi dotyczącymi opieki psychiatrycznej

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skierowane są do osób z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania, uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych, jak również ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie prowadzone jest w formie: opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej (szpitale), pośredniej (oddziały dzienne) i pozaszpitalnej[8].
W poradni – pacjent ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki oraz wyroby medyczne (dotyczy programu leczenia

[8] PRZEWODNIK INFORMACYJNY. Dostępne Formy Opieki Zdrowotnej, Pomocy Społecznej i Aktywizacji Zawodowej dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Województwie Śląskim

substytucyjnego), w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia) i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

W ośrodku dziennym – w trakcie leczenia pacjent ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki (w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze), wyżywienie, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia) i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjnokonsultacyjne dla rodzin. Transport sanitarny zabezpieczony zgodnie z odrębnymi przepisami.

W izbie przyjęć – przez całą dobę pacjent może skorzystać ze świadczeń udzielanych w trybie nagłym (także diagnostyczno-terapeutycznych). Pacjent ma zapewnione zabezpieczenie medyczne oraz transport, w przypadku konieczności kontynuowania leczenia specjalistycznego.

W szpitalu – podczas leczenia pacjent ma zapewnione bezpłatnie niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, świadczenia z zakresu profilaktyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, leki (w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi) i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia), działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin oraz inne świadczenia związane z pobytem. Transport sanitarny zabezpieczony zgodnie z odrębnymi przepisami. Skierowanie pacjenta do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

W poradni zdrowia psychicznego, także w poradni dla dzieci i młodzieży i innych poradniach wysokospecjalistycznych, (np. leczenia nerwic, seksuologii i patologii współżycia, dla osób z autyzmem dziecięcym) oraz w leczeniu środowiskowym (domowym):

- pacjent może skorzystać z diagnozy i porady lekarza psychiatry, porady i diagnozy psychologicznej, sesji psychoterapeutycznych,
- pacjent z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, schizofrenią lub afektywnymi zaburzeniami nastroju ma prawo do bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry, psychologa lub pielęgniarki,
- w uzasadnionych sytuacjach pacjent ma prawo do bezpłatnego transportu sanitarnego,
- za świadczenia udzielane na podstawie umowy zawartej z NFZ nie wolno pobierać od ubezpieczonego żadnych dodatkowych opłat, chyba że taka odpłatność przewidziana jest w przepisach odrębnych,

- świadczeniodawca wydaje skierowania na badania związane z leczeniem psychiatrycznym oraz pokrywa ich koszty.

W poradni leczenia uzależnień pacjent ma prawo do porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa, psychoterapeutę lub instruktora terapii uzależnień. Leczenie pacjentów bez ich zgody odbywa się na podstawie skierowania gminnej komisji do spraw rozwiązywania problemów alkoholowych lub postanowienia sądu.

Do lekarza psychiatry oraz poradni leczenia uzależnień nie jest wymagane skierowanie. Aby skorzystać z porady psychologa, jak również psychoterapeuty wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. psychiatry, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej).

Pacjenci kierowani są na leczenie stacjonarne przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, gabinety prywatne i na mocy postanowienia sądu[9]:

- skierowanie do szpitala psychiatrycznego oraz do psychiatrycznego zakładu opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego), wydaje lekarz po zbadaniu pacjenta,
- w ramach świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych, świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić pacjentowi bezpłatne, niezbędne badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
- w trakcie hospitalizacji, świadczeniodawcę obowiązuje zakaz wystawiania ubezpieczonemu recept na leki, preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych,
- przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego, następuje za jej pisemną zgodą,
- przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego,
- leczenie psychiatryczne jest w całości finansowane przez NFZ.

W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, po osobistym jej zbadaniu przez lekarza izby przyjęć.

[9] Ibidem.

Tabela 7. Lista świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień zapisanych w ofercie NFZ

Lp.	Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
1	Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
2	Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja).
3	Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (ewentualnie) ze wskazań życiowych.
4	Leczenie nerwic.
5	Leczenie środowiskowe (domowe).
6	Leczenie uzależnień.
7	Leczenie uzależnień stacjonarne.
8	Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych.
9	Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży.
10	Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja).
11	Program leczenia substytucyjnego.
12	Świadczenia antynikotynowe.
13	Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych.
14	Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych.
15	Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych.
16	Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży.
17	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu.
18	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
19	Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.
20	Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych.
21	Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.
22	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych.
23	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży.
24	Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie.
25	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych.
26	Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.
27	Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych.
28	Świadczenia psychologiczne.
29	Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej.
30	Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
31	Świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza).
32	Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.
33	Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne.
34	Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.
35	Świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy).
36	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia.
37	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.
38	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich.

Źródło: PRZEWODNIK INFORMACYJNY. Dostępne Formy Opieki Zdrowotnej, Pomocy Społecznej i Aktywizacji Zawodowej dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Województwie Śląskim

Niestety nie wszystkie oferowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i instytucje systemy ochrony zdrowia usługi można zrealizować w Powiecie Mikołowskim, dlatego mieszkańcy Powiatu mogą udać się do jednostek znajdujących się w Województwie Śląskim[10]:

Tabela 8. Podmioty lecznicze realizujące świadczenia związane z opieką psychiatryczną w najbliższej odległości od Powiatu Mikołowskiego

Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego[11]
Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych				
1	Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia FAMILIA	ul. Huberta 60	Gliwice	20,9 km
Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)				
1	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „OLU-Podbeskidzie"	ul. Karola Miarki 11	Bielsko-Biała	49,6 km
2	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach	ul. Zamkowa 8	Gorzyce	49,8 km
3	SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku	Gliwicka 5	Toszek	51,3 km
Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (ewentualnie) ze wskazań życiowych				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
2	SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,3 km
Leczenie nerwic				
1	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych	ul. Lompy 16	Katowice	24,3 km
2	NZOZ Przychodnia „Na Witosa" Sp. z o.o.	ul. Witosa 21	Katowice	24,3 km
3	SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,3 km
4	NZOZ Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania	ul. Asnyka 10	Gliwice	20,9 km

[10] Ibidem.
[11] Według Google Maps

Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego[11]
	„Dąbrówka"			
5	NZOZ Medycyna i Edukacja Feniks	ul. Mewy 34	Gliwice	20,9 km
6	NZOZ FENIKS	44-100 Gliwice ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
7	NSZOZ Poradnia Ochrony Zdrowia Psychicznego S.C., T. Warakomski, M. Skowron	ul. Niedurnego 50 D	Ruda Śląska	12,1 km
8	NZOZ Psychoterapeutyczny Ośrodek Leczenia Nerwic i Promocji Zdrowia Psychicznego	ul. Budowlanych 94	Tychy	21,4 km
9	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	21,2 km
Leczenie środowiskowe (domowe)				
1	NZOZ FENIKS	ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
2	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 22	Katowice	24,3 km
3	NZOZ Przychodnia „AGMED"	ul. Morcinka 15-17	Katowice	24,3 km
4	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,3 km
5	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	21,2 km
Leczenie uzależnień				
1	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM"	ul. Lompy 10	Rybnik	22,4 km
Leczenie uzależnień – stacjonarne				
1	NZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień	ul. Częstochowska 1	Parzymiechy	127 km
Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych				
1	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych im. Sierżanta G. Załogi w Katowicach	ul. Głowackiego10	Katowice	24,3 km
Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży				
1	Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży	ul. Mikołowska 208	**Orzesze**	
Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)				
1	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień Familia Sp. z o.o.	ul. Dębowa 5	Gliwice	20,9 km
Program leczenia substytucyjnego				
1	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	ul. Zjednoczenia 10	Chorzów	27,7
Świadczenia antynikotynowe				
1	Centrum Terapii	ul. Barlickiego 2	Częstochowa	101 km
2	Ośrodek Profilaktyczno-	ul. Wiolinowa 1	Częstochowa	101 km

Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego[11]
	Społeczny dla Uzależnionych i Ich Rodzin			
Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych				
1	NZOZ Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania „Dąbrówka"	ul. Asnyka 10	Gliwice	20,9 km
2	NZOZ Medycyna i Edukacja Feniks	ul. Mewy 34	Gliwice	20,9 km
3	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych im. Sierżanta G. Załogi w Katowicach	ul. Głowackiego 10	Katowice	24,3 km
4	NZOZ ALTERMED Sp. z o.o.	ul. Podgórna 4	Katowice	24,3 km
5	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,3 km
6	SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,3 km
7	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	24,3 km
Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych				
1	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	Al. Legionów 10	Bytom	25,1 km
2	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	ul. Zjednoczenia 10	Chorzów	27,7 km
3	NZOZ Medycyna i Edukacja Feniks	ul. Mewy 34	Gliwice	20,9 km
4	NZOZ FENIKS	ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
5	NZOZ Specjalistyczne Praktyki Medyczne VERA-MED	ul. Bohaterów Monte Cassino 5	Katowice	24,3 km
6	Centrum Psychiatrii w Katowicach (Oddział Dzienny Psychiatryczny i i II)	ul. Korczaka 27	Katowice	24,3 km
7	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,3 km
8	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.	ul. Główna11	Ruda Śląska	12,1 km
9	NSZOZ Poradnia Ochrony Zdrowia Psychicznego S.C. T. Warakomski, M. Skowron	ul. Niedurnego 50 D	Ruda Śląska	12,1 km
10	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
11	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	21,2 km
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych				
1	NZOZ PSYCH-MED	ul. Ziemowita 6	Gliwice	20,9 km
2	NZOZ MEDICAN, A. Gołba, A. Lasek-Bal S.C.	ul. Głuszców 9	Katowice	24,4 km

Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego[11]
3	SP Szpital Kliniczny Nr7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,4 km
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży				
1	NZOZ FENIKS	ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
2	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,4 km
3	Ośrodek Medyczno-Terapeutyczny „Syriusz" NZOZ	Al. Wojska Polskiego 3 C	Żory	17,3 kim
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu				
1	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 2	Katowice	24,4 km
2	Ośrodek Terapii Uzależnień i Pomocy Psychologicznej SPZOZ	ul. Ballestremów 16	Ruda Śląska	12,1 km
3	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
4	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM"	ul. Lompy 10	Rybnik	22,4 km
5	NSZOZ GASTROMED	ul. Śląska1		
6	NZOZ Ośrodek Pomocy Psychologicznej Profilaktyki i Leczenia Uzależnień „MENS SANA"	ul. Bukowa 20	Tychy	21,4 km
7	SPZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień	Park Hutniczy 6	Zabrze	21,2 km
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych				
1	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień FAMILIA Sp. z o.o.	ul. Dębowa 5	Gliwice	20,9 km
2	SPZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień	Park Hutniczy 6	Zabrze	21,2 km
Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia				
1	SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku	ul. Gliwicka 5	Toszek	51,3 km
Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży				
1	Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci Kamieniec-Zbrosławice	ul. Batorego 8	Zbrosławice	37,9 km
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych				
1	NZOZ Centrum Opieki	ul. Waryńskiego 4	Mikołów	

Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego[11]
	Psychiatrycznej i Psychologicznej „Psyche-Med"			
2	NZOZ „STEMA-MED" Sp. z o.o	ul. Bukowina 4	Orzesze	
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży				
1	NZOZ FENIKS	ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
2	NZOZ Poradnia Psychologiczna PARTNER	ul. Wieczorka 22	Gliwice	20,9 km
3	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych	ul. Lompy 16	Katowice	24,4 km
4	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,4 km
5	Przychodnia Specjalistyczna SPZOZ	ul. Niedurnego 50 D	Ruda Śląska	12,1 km
6	NZOZ „CENTRUM MEDYCZNE" Sp z o.o.	ul. Byłych Więźniów Politycznych 3	Rybnik	22,4 km
7	„Awicenna" Sp. z o.o. Zespół Poradni Specjalistycznych	ul. Cyganerii 1	Tychy	21,4 km
8	NZOZ Ośrodek Rehabilitacji Euro-Med Sp. z o.o.	ul Zgrzebnioka 22	Tychy	21,4 km
9	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	21,2 km
10	Ośrodek Medyczno-Terapeutyczny „Syriusz" NZOZ	Al. Wojska Polskiego 3 C	Żory	17,3 km
Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych				
1	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	Al. Legionów 10	Bytom	25,1 km
2	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	ul. Zjednoczenia 10	Chorzów	27,7 km
3	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 27	Katowice	24,3 km
4	SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,4 km
5	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.	ul. Główna 11	Ruda Śląska	12,1 km
6	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
7	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.	ul. Chorzowska 36	Świętochłowice	22 km
Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży				

Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego[11]
1	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	ul. G. Zapolskiej 3	Sosnowiec	32,6 km
Świadczenia psychologiczne				
1	Centrum Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej „DILMED" S.C.	ul. Bohaterów Monte Cassino 3	Katowice	24,4 km
2	NZOZ Przychodnia „AGMED	ul. Morcinka 15-17	Katowice	24,4 km
3	NZOZ ALTERMED Sp. z o.o.	ul. Podgórna 4	Katowice	24,4 km
4	Ośrodek Pomocy Psychologicznej i Psychoedukacji S.C. J. Tarantowicz, W. Tarantowicz	ul. Chełmońskiego 1	Rybnik	22,4 km
5	Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GASTROMED	ul. Śląska 1	Rybnik	22,4 km
6	NZOZ Psychoterapeutyczny Ośrodek Leczenia Nerwic i Promocji Zdrowia Psychicznego	ul. Budowlanych 94	Tychy	21,4 km
7	NZOZ Przychodnia nr 1 Optima Sp. z o.o.	ul. Wojska Polskiego 4	Tychy	21,4 km
Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych				
1	Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży „Dom Nadziei"	ul. Konstytucji 9	Bytom	25,1 km
Świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza)				
1	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień Familia Sp. z o.o.	ul. Dębowa 5	Gliwice	20,9 km
Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu				
1	Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.	ul. Okrzei 31	Mikołów	
Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu – stacjonarne				
1	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 27	Katowice	24,3 km
2	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
3	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.	ul. Szpitalna 2	Świętochłowice	22 km
Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol				
1	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia	ul. Dębowa 5	Gliwice	20,9 km

Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego[11]
	Uzależnień Familia Sp. z o.o.			
2	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych	ul. Powstańców 31	Katowice	24,3 km
Świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy)				
1	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 27	Katowice	24,3 km
2	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.	ul. Główna 11	Ruda Śląska	12,1 km
3	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
4	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach	ul. Chorzowska 38	Świętochłowice	22 km
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich				
1	SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku	ul. Gliwicka 5	Toszek	51,3 km

Źródło: opracowanie własne

6.1.5. Zasoby w zakresie opieki, integracji oraz wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi[12]

Jednostki organizacyjne pomocy społecznej

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm.) pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne zasoby, możliwości i uprawnienia. Wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb oraz umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

Pomoc społeczna polega w szczególności na:

[12] Przewodnik informacyjny. Dostępne Formy Opieki Zdrowotnej, Pomocy Społecznej i Aktywizacji Zawodowej dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Województwie Śląskim, Katowice 2014r.

- przyznawaniu i wypłacaniu świadczeń, przewidzianych ww. ustawą,
- pracy socjalnej,
- prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej,
- rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb,
- analizie i ocenie zjawisk, rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- realizacji zadań wynikających z rozeznanych potrzeb społecznych.

Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując z:

- organizacjami społecznymi i pozarządowymi (fundacjami, stowarzyszeniami itp.),
- Kościołem Katolickim, innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi,
- pracodawcami oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, zajmującymi się pomocą społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi są: Ośrodki Pomocy Społecznej, Ośrodki Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi, Domy Pomocy Społecznej, Mieszkania Chronione, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Rodzinne Domy Pomocy, Ośrodki Interwencji Kryzysowej, Hostele (zwykle przy ośrodkach interwencji kryzysowej).

1. Ośrodek Pomocy Społecznej znajduje się w każdej z gmin powiatu mikołowskiego.
2. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Mikołowskim znajduje się w Łaziskach Górnych, przy ul. ul. Chopina 8.

3. Ośrodki Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi (Środowiskowy Dom Samopomocy, Klub Samopomocy).

Ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi według ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. są Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS) lub Kluby Samopomocy (KS). Powyższe formy pomocy, przeznaczone są dla osób, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu, bądź zdolności adaptacyjnych, wymagają pomocy w dostosowaniu się do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Celem ŚDS jest podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności samodzielnego życia, podniesienie poziomu zaradności życiowej, sprawności psychofizycznej, przystosowanie do funkcjonowania społecznego w środowisku osób przewlekle psychicznie chorych oraz upośledzonych umysłowo. ŚDS świadczą usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymaniu umiejętności w zakresie czynności

dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Domy, w zależności od kategorii osób, dla których są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- typ a – dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- typ B – dla osób upośledzonych umysłowo,
- typ C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

Dom może obejmować wsparciem więcej niż jedną kategorię osób.

Na terenie Powiatu Mikołowskiego znajduje się jeden ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi - Caritas Archidiecezji Katowickiej Ośrodek „„Miłosierdzie Boże" – ŚDS, przy ul. Staszica 4, który jest ŚDŚ łączącym ofertę dla chorych psychicznie i osób upośledzonych umysłowo.

4. Dom Pomocy Społecznej[13].
5. Mieszkanie Chronione.

Mieszkanie Chronione (MCH) przygotowuje osoby po kryzysie psychotycznym, przebywające pod opieką specjalistów do prowadzenia samodzielnego życia. Zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku w integracji ze społecznością lokalną. MCH przeznaczone jest dla pełnoletnich osób z zaburzeniami psychicznymi oraz opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze, resocjalizacyjne, zakłady dla nieletnich i rodziny zastępcze, które przy odpowiednim wsparciu mogą samodzielnie żyć w środowisku.

Czas pobytu w MCH jest uzależniony od indywidualnych potrzeb osób usamodzielnianych, jednak nie powinien trwać dłużej niż 24 miesiące. W uzasadnionych przypadkach okres pobytu może ulec wydłużeniu, zaś osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą otrzymać decyzję o skierowaniu do korzystania z MCH na czas nieokreślony.

Pobyt w MCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest odpłatny. Wysokość odpłatności uzależniona jest od indywidualnych dochodów mieszkańców. Miejsce w MCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi przyznawane jest na wniosek osoby, po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego, na podstawie decyzji administracyjnej Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej lub innych, upoważnionych pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

[13] Domy Pomocy Społecznej z Powiatu Mikołowskiego zostały szczegółowo opisane w punkcie Domy Pomocy Społecznej.

MCH mogą być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego, dlatego informacji nt. bieżącej dostępności tej formy pomocy w wybranej miejscowości najlepiej szukać w Ośrodkach Pomocy Społecznej bądź Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie. Zasady działania MCH uregulowano przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. W sprawie mieszkań chronionych (Dz. U. z 2012 Nr 0 poz. 305).

Obecnie na terenie powiatu mikołowskiego nie ma odpowiednio przystosowanych mieszkań chronionych, natomiast zgodnie z Uchwałą Rady Powiatu Mikołowskiego nr XLII/276/2014 w 2015 rozpoczęto proces pozyskiwania, wyposażenia i przystosowania 2 mieszkań dla 4 osób.

6. Rodzinny Dom Pomocy.

Rodzinny Dom Pomocy (RDP) jest to nowa forma usług świadczonych w ramach pomocy społecznej. Zadaniem RDP jest zapewnienie całodobowej opieki dla osób w podeszłym wieku lub niepełnosprawnych, które mają problemy z samodzielną egzystencją lecz nie wymagają jeszcze umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej. Osoby prowadzące RDP zobowiązane są do świadczenia usług opiekuńczych i bytowych, zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. 2012 Nr 0 poz. 719) oraz do poddania się kontroli ośrodka pomocy społecznej. Forma takiej Pomocy, przeznaczona jest dla niewielkiej liczby osób (nie mniej niż trzech nie więcej niż ośmiu), co sprzyja tworzeniu i utrzymaniu wśród jego mieszkańców rodzinnej atmosfery oraz zapewnieniu podopiecznym kontaktu ze środowiskiem zewnętrznym w otoczeniu i bliskości rodziny oraz przyjaciół. W RDP osoby otrzymują pomoc w podstawowych czynnościach życia codziennego, a także pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

Z uwagi na fakt sprawowania nadzoru nad RDP przez Ośrodki Pomocy Społecznej, powinny one udzielić bieżących informacji dot. dostępności tej formy pomocy w danej miejscowości.

7. Ośrodek Interwencji Kryzysowej[14].
8. **Hostel (przy ośrodku interwencji kryzysowej).**

Hostel jest formą opieki i rehabilitacji dla osób po psychiatrycznym leczeniu szpitalnym, których aktualny stan zdrowia pozwala na zadawalające funkcjonowanie w grupie poza

[14] Zadania oraz działania OIK w Łaziskach Górnych opisane zostały w podrozdziale Problem przemocy w rodzinie.

placówkami stacjonarnej opieki zdrowotnej. Dla osób po kryzysie psychotycznym pobyt w hotelu może stać się istotnym etapem w drodze do zdrowienia. z pobytu w Hostelu mogą skorzystać osoby z zaburzeniami psychicznymi, których sytuacja mieszkaniowa jest szczególnie trudna (osoby bezdomne, pochodzące z rodzin niewydolnych wychowawczo lub patologicznych, mieszkające daleko od placówek zapewniających rehabilitację psychiatryczną) i wymagają tymczasowego pobytu w tzw. warunkach chronionych.

Powiat Mikołowski nie posiada wśród swoich zasobów hosteli jako formy opieki i rehabilitacji dla osób po psychiatrycznym leczeniu szpitalnym.

Instytucje integracji społecznej

Zjawisko wykluczenia społecznego, jest ważną kwestią społeczną, wzrasta grupa osób, które nie uczestniczą w życiu społecznym i zawodowym, ponieważ z przyczyn zdrowotnych mają utrudniony dostęp do wielu dóbr i zasobów, to w konsekwencji skutkuje ich wyłączeniem z pełnoprawnego obywatelstwa. Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobom z zaburzeniami psychicznymi uzyskanie i utrzymanie zatrudnienia (służą temu: szkolnictwo zawodowe, poradnictwo i pośrednictwo pracy). Dzięki rehabilitacji społecznej osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą stać się pełnoprawnymi uczestnikami życia społecznego. Aktywność zawodowa u osób z zaburzeniami psychicznymi powiązana jest z tak istotnymi elementami, jak poczucie przynależności, możliwość nawiązywania i podtrzymania relacji społecznych czy samoocena. Praca dla tych osób jest często główną formą integracji społecznej i uczestnictwa w życiu społeczno-gospodarczym. Jej brak oznacza nie tylko brak środków finansowych, ale również deficyty psychospołeczne. Dlatego ważną kwestią jest właściwe przygotowanie instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych do realizacji zadań w zakresie rehabilitacji zawodowej. Rehabilitacją zawodową i społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi zajmują się: Zakłady Aktywności Zawodowej, Zakłady Pracy Chronionej, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Centra i Kluby Integracji Społecznej.

1. Centrum Integracji Społecznej

Centrum Integracji Społecznej, którego główne cele dotyczą: usamodzielniania osób zagrożonych i wykluczonych społecznie, wyprowadzenia poza system pomocy społecznej oraz doprowadzenia do samodzielnego powrotu na rynek pracy, natomiast uczestnicy CIS w Mikołowie to w głównej mierze osoby:

- Długotrwale bezrobotne,
- Po zakończeniu terapii w zakładzie lecznictwa odwykowego,
- Zwolnione z zakładu karnego, mające trudności w przystosowaniu do życia w społeczeństwie,

- Bezdomne.

Podstawowym zadaniem Centrum Integracji Społecznej (CIS) jest realizowanie pełnego programu zatrudnienia socjalnego umożliwiającego walkę z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Usługi CIS skierowane są do osób, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych, znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. Zgodnie z ustawą z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, (tekst jednolity Dz. U. 2011 Nr 43 poz. 225, z późn. zm.).

W Powiecie Mikołowskim znajduje się jedno Centrum Integracji Społecznej, które mieści się w Mikołowie, przy ul. Kolejowej 2.

Centrum Integracji Społecznej w Mikołowie Gospodarstwo pomocnicze przy UM Mikołów, jako gospodarstwo pomocnicze powstało z inicjatywy burmistrza miasta w 2005 roku, który wyszedł z pragmatyczną propozycją wobec trwającego w całej Polsce i Mikołowie również dyskursu na temat polityki społecznej. Powołanie CIS wynikało z troski o ludzi zagrożonych długoterminowym bezrobociem, a w konsekwencji ubóstwem dotykającym rodziny tych osób, zwłaszcza dzieci. Do istotnych problemów należy również integracja osób w pewnym sensie "niepełnosprawnych": byłych więźniów, wyleczonych alkoholików, narkomanów, czy też osób z pewnymi problemami psychicznymi. Pojawiła się potrzeba poszukiwania form zapobiegających wykluczeniu społecznemu i zawodowemu. Inicjatywa znalazła umocowanie w ustawie o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z dnia 14 lipca 2003 r.), która wyznacza regulacje prawne realizowanym zadaniom: reintegracji społecznej i zawodowej. Koncepcji aktywnej polityki społecznej przyświeca idea: "praca zamiast zasiłku". W ramach pobytu w CIS uczestnicy otrzymują świadczenie socjalne, gorący posiłek, ubrania robocze, pomoc specjalistów; wyposażani są w dodatkowe umiejętności, wiedzę i kwalifikacje za obligatoryjną pracę - w myśl przysłowia "nic za darmo". Maksymalny czas pobytu w Centrum wynosi dwanaście miesięcy, ale może być skrócony jeżeli uczestnik wykaże aktywność, a także przy pomocy pracowników CIS uzyska zatrudnienie - na podstawie umowy o pracę. Czas pobytu w uzasadnionej sytuacji może być również przedłużony o kolejne sześć miesięcy.

2. Klub Integracji Społecznej

W Powiecie Mikołowskim znajduje się jeden Klub Integracji Społecznej, który mieści się w Łaziskach Górnych, przy ul. Wyszyńskiego 8.

3. Warsztat Terapii Zajęciowej

Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ) jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką, stwarzającą osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy,

możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej, w zakresie pozyskania bądź przywracania umiejętności, niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Organizowany może być przez fundacje, stowarzyszenia oraz inne podmioty. Koszty utworzenia i działalności WTZ są współfinansowane ze środków PFRON, samorządu terytorialnego lub z innych źródeł. Uczestnictwo w WTZ należy do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.

W Powiecie Mikołowskim funkcjonują dwie placówki – Warsztaty Terapii Zajęciowej:

A. Caritas Archidiecezji Katowickiej – Ośrodek dla osób niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże – WTZ w Borowej Wsi, ul. Gliwicka 366;
B. WTZ Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z U.U."Koło" w Mikołowie, ul. Plac Salwatorianów 4.

4. Zakład Aktywności Zawodowej

Zakłady Aktywności Zawodowej (ZAZ), przeznaczone są dla osób z różnymi typami niepełnosprawności, w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnych intelektualnie. Są ogniwem pośrednim pomiędzy warsztatami terapii zajęciowej, a zakładami pracy chronionej i otwartym rynkiem pracy. W ZAZ zatrudniane są osoby, które w wyniku rehabilitacji nabyły już określone umiejętności zawodowe. Celem ZAZ jest przygotowanie osób niepełnosprawnych do życia w otwartym środowisku. W ZAZ, podobnie jak w warsztatach terapii zajęciowej, prowadzona jest rehabilitacja społeczna, zawodowa oraz w pewnym zakresie lecznicza, jednak główny nacisk kierowany jest na rehabilitację zawodową. Oferta działania zakładu skierowana jest przede wszystkim do osób niepełnosprawnych - grup osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz schorzeniami psychicznymi, które ustawodawca uznał za będące w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, czyli mających największe problemy z zatrudnieniem. Czas pracy osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Według Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. 2012 Nr 0 poz. 850) czas pracy osób z umiarkowanym bądź znacznym stopniem niepełnosprawności w ZAZ wynosi co najmniej 0,55 i nie więcej niż 0,8 wymiaru czasu pracy określonego w ww. ustawie. Oprócz świadczenia pracy przez osoby niepełnosprawne, pracodawca jest zobowiązany do zapewnienia zajęć rehabilitacyjnych (wynoszą one nie mniej niż 60 minut dziennie i mogą ulec przedłużeniu do 120 minut dziennie), odbywają się one poza czasem pracy osoby niepełnosprawnej. ZAZ jest formą wsparcia osób niepełnosprawnych we wchodzeniu lub powrocie na rynek pracy. Organizatorem może być powiat, gmina,

fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych.

W Powiecie Mikołowskim funkcjonują dwie placówki – Warsztaty Terapii Zajęciowej:

A. Zakład Aktywności Zawodowej Ośrodka dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże w Borowej Wsi, ul. Gliwicka 366;
B. Zakład Aktywności Zawodowej „Grill" w Borowej Wsi, ul. Gliwicka 366;

5. Zakład Pracy Chronionej

Zakład Pracy Chronionej (ZPCH) to zakład zatrudniający nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (wymóg ten dotyczy łącznej liczby etatów, a nie ilości pracowników, którzy mogą być zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy). Podstawowym celem ZPCH jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym odpowiedniej dla nich pracy, opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Jest to placówka przystosowana do zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz służąca zwiększaniu aktywności zawodowej wśród osób dotkniętych niepełnosprawnością. Zgodnie z art. 28 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w ZPCH co najmniej 50% ogółu personelu muszą stanowić niepełnosprawni pracownicy, w tym 20% ogółu zatrudnionych stanowią osoby zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Wymóg ten ulega obniżeniu do 30% w przypadku zatrudniania osób niewidomych, upośledzonych umysłowo bądź cierpiących na choroby psychiczne, zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Warunki pracy w ZPCH muszą być dostosowane do stopnia i rodzaju niepełnosprawności zatrudnionych w nim osób. Pracodawca zobowiązany jest również do zapewnienia niepełnosprawnym pracownikom właściwej opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Pracownicy zaliczani do znacznego stopnia niepełnosprawności, osiągający odpowiedni poziom sprawności społecznej i zawodowej, uzyskują możliwość zatrudnienia u innego pracodawcy. Rehabilitacja zawodowa, społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych w ZPCH prowadzona jest w oparciu o opracowany przez zakład, program rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej oraz indywidualny program rehabilitacji osoby niepełnosprawnej.

Według wykazu dostępnego na stronie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Powiecie Mikołowskim funkcjonuje jeden zakład pracy chronionej: BPH PROTECT SYSTEM Spółka z o.o. w Mikołowie, przy ul. ul. Żwirki i Wigury 65/112.

Poradnictwo zawodowe i aktywizacja zawodowa dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Wszystkie osoby niepełnosprawne bez względu na przyczynę i rodzaj niepełnosprawności mają prawo do pomocy w zakresie zatrudnienia oraz możliwość dostępu do zatrudnienia na równi z osobami pełnosprawnymi, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych, pozwala na pełnoprawne uczestnictwo w życiu społeczno-gospodarczym.

Osoby niepełnosprawne z zaburzeniami psychicznymi, wyłączone z pracy zawodowej i innych form konstruktywnej aktywności życiowej, mające trudności w poprawnych relacjach społecznych oraz codziennym funkcjonowaniu, mogą korzystać z różnych form rehabilitacji społecznej i zawodowej, ułatwiających podjęcie zatrudnienia. Zaliczają się do nich, opisane we wcześniejszych częściach rozdziału: warsztaty terapii zajęciowej, zakłady pracy chronionej, zakłady aktywności zawodowej, kluby i centra integracji społecznej, jak również instytucje i formy aktywizacji, którym zostanie poświęcona dalsza część rozdziału.

1. Powiatowy Urząd Pracy

Zadania z zakresu promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej realizują Powiatowe Urzędy Pracy (PUP). Aktywizacja zawodowa, poprzez świadczenie usług w ramach pośrednictwa pracy i doradztwa zawodowego oraz udzielanie pomocy w aktywnym poszukiwaniu pracy, jest skierowana zwłaszcza do osób, które pozostają przez dłuższy czas bez pracy i wymagają szczególnego wsparcia w szukaniu zatrudnienia. Osoby z zaburzeniami psychicznymi należą do tej kategorii bezrobotnych. Osoba niepełnosprawna, zarejestrowana w PUP jako bezrobotna albo poszukująca pracy, niepozostająca w zatrudnieniu ma prawo korzystać na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r., o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2013 Nr 0, poz. 674 z późn. zm.) z :

finansowych form wsparcia m.in. :

- szkoleń,
- staży,
- prac interwencyjnych,
- badań lekarskich lub psychologicznych,

ponadto wyżej wymienione osoby mogą:

- otrzymywać jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej,
- uzyskać zatrudnienie w ramach nowo utworzonego (wyposażonego), stanowiska pracy.

usług rynku pracy :

- pośrednictwo pracy – polegające na udzielaniu pomocy w uzyskaniu odpowiedniego zatrudnienia,
- poradnictwo zawodowe – polegające na udzielaniu porad ułatwiających wybór zawodu, zmianę kwalifikacji, podjęcie zatrudnienia, w tym badanie uzdolnień i zainteresowań zawodowych oraz udzielanie informacji o zawodach, rynku pracy oraz możliwościach szkolenia i kształcenia,
- pomoc w aktywnym poszukiwaniu pracy – polegająca na przygotowaniu do lepszego radzenia sobie w samodzielnym poszukiwaniu i podejmowaniu zatrudnienia, w tym pomoc w sporządzaniu dokumentów aplikacyjnych, przeprowadzaniu rozmów z pracodawcą itp.

Z inicjatywy PUP organizowane są szkolenia dla bezrobotnych osób niepełnosprawnych lub innych osób niepełnosprawnych, które poszukują pracy i nie pozostają w zatrudnieniu.

Celem każdego szkolenia jest zwiększenie szans na uzyskanie zatrudnienia, podwyższenie dotychczasowych kwalifikacji zawodowych lub zwiększenie aktywności zawodowej, szczególnie w razie:

- braku kwalifikacji zawodowych,
- konieczności zmiany kwalifikacji w związku z brakiem propozycji odpowiedniego zatrudnienia,
- utraty zdolności do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.

PUP kieruje osobę niepełnosprawną na szkolenie:

- z własnej inicjatywy lub na podstawie orzeczenia właściwego organu,
- wskazane przez tę osobę, jeśli zostanie uprawdopodobnione, że szkolenie zapewni uzyskanie pracy.

Pomoc w aktywnym poszukiwaniu pracy, udzielana przez PUP w ramach klubu pracy realizowana jest przez:

- organizowanie i prowadzenie szkoleń z zakresu umiejętności poszukiwania pracy,
- organizowanie i prowadzenie zajęć aktywizacyjnych,
- dostęp do informacji i elektronicznych baz danych służących uzyskaniu umiejętności poszukiwania pracy i samozatrudnienia.

Korzystanie z pomocy klubu pracy powinno pobudzić i zmotywować osobę bezrobotną do aktywnego poszukiwania pracy oraz wyposażyć w niezbędne wiadomości i umiejętności.

Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie znajduje się w Łaziskach Górnych, ul. Chopina 8.

2. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) prowadzi program rehabilitacji leczniczej na podstawie ustawy z 13 października 1998 roku o *systemie ubezpieczeń społecznych* (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. Nr 0, poz. 1442 z późn. zm.) i rozporządzenia Rady Ministrów z 12 października 2001 roku w *sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne* (Dz. U. z 2001 r. Nr 131, poz. 1457). Celem prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w wyniku choroby bądź urazu zagrożone są długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy, ale jednocześnie po przeprowadzeniu rehabilitacji rokują jej odzyskanie. Na rehabilitację leczniczą mogą być skierowane osoby zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty na rehabilitację jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, wydane przez lekarza orzecznika ZUS. Orzeczenie lekarz orzecznik ZUS wydaje:

- na wniosek lekarza prowadzącego leczenie, przy czym wniosek o przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej może być sporządzony na dowolnym formularzu (przykładowy wzór znajduje się na stronie internetowej ZUS); wniosek może wystawić każdy lekarz prowadzący leczenie, a osoba, której ten wniosek dotyczy, składa go w oddziale ZUS właściwym ze względu na miejsce zamieszkania,
- podczas kontroli zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy,
- przy ustalaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego,
- podczas orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych.

Jeżeli lekarz orzecznik ZUS wyda orzeczenie o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, osoba zainteresowana otrzymuje zawiadomienie o skierowaniu do ośrodka rehabilitacyjnego. Osoba skierowana przez ZUS na rehabilitację nie ponosi żadnych opłat, ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej łącznie z kosztami dojazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej prowadzona jest w systemie stacjonarnym lub ambulatoryjnym. Odbywa się na podstawie ustalonego indywidualnie programu, uwzględniającego schorzenie podstawowe i choroby współistniejące oraz zawiera następujące elementy: kinezyterapię i fizykoterapię, krioterapię, magneto i elektroterapię, leczenie ultradźwiękami, laseroterapię i różne formy masażu, rehabilitację psychologiczną, w tym m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne,

edukację zdrowotną. Na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS najczęściej kierowane są osoby z następującymi rozpoznaniami w schorzeniach psychosomatycznych (według ICD-10):

- F30 – F39 zaburzenia nastroju (afektywne).
- F40 – F48 zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.
- F50 – F59 zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

6.1.6. Organizacje pozarządowe wspierające oraz działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi

W Powiecie Mikołowskim funkcjonują organizacje pozarządowe oraz podmioty wspierające organy samorządowe w działaniach na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Na terenie poszczególnych Gmin działają:

NGO Mikołów[15]

1. Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki "Zmiana",
2. Ośrodek dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże,
3. Stowarzyszenie Pomocna Dłoń Krystyn i Sympatyków w Mikołowie,
4. Stowarzyszenie „Uśmiech
5. Fundacja Stonoga,

NGO Łaziska Górne[16]

1. Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego „Promoc",
2. Stowarzyszenie na rzecz Osób Niepełnosprawnych "Białe Misie",

Na terenie Gminy Miejskiej Orzesze, Gminy Ornontowice oraz Gminy Wyry nie jest zarejestrowana żadna organizacja pozarządowa wspierająca oraz działająca na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, natomiast Orszesze obejmują zasięgiem działalności takie organizacje jak: Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki Zmiana, Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego ProMoc czy Ośrodek dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże.

[15] http://ngo.mikolow.eu/baza-ngo-2/
[16] http://www.laziska.pl/document,0,0,601,0,0,0,organizacje_pozarzadowe.html

6.1.7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego[17]	
Cel główny	Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym
Cel szczegółowy 1	upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu
Cel szczegółowy 2	zapobieganie zaburzeniom psychicznym
Cel szczegółowy 3	zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi
Cel szczegółowy 4	organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

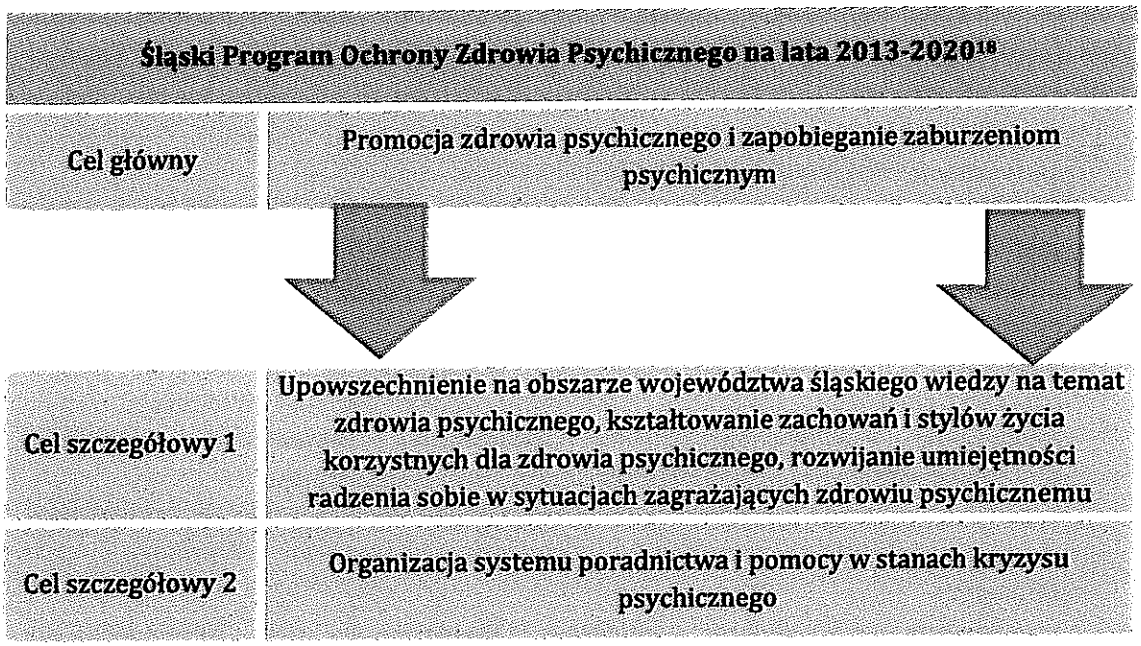
W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się zadania związane z promocją zdrowia psychicznego takie jak:

- ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia,
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego, np. dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych),
- opracowanie i realizacja programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym,
- opracowanie i realizacja programu zapobiegania samobójstwom,
- opracowanie i realizacja programu zapobiegania depresji,
- opracowanie i realizacja programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych,
- Inicjowanie projektów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom
- zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi,

---

17 http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychiatryczna/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego

- przygotowanie i wdrożenie projektu monitorowania przestrzegania praw osobowych i obywatelskich osób z problemami zdrowia psychicznego, w tym pacjentów placówek psychiatrycznych,
- przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia,
- prowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian w celu przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia,
- ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania;
- opracowanie i wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego,
- pracowanie i realizacja programu zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży,
- pracowanie i realizacja programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży,
- organizowanie we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
- opracowanie i realizacja programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty,
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy – np. mobbing),
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki (np. kampanii informacyjnych i edukacyjnych),
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej).

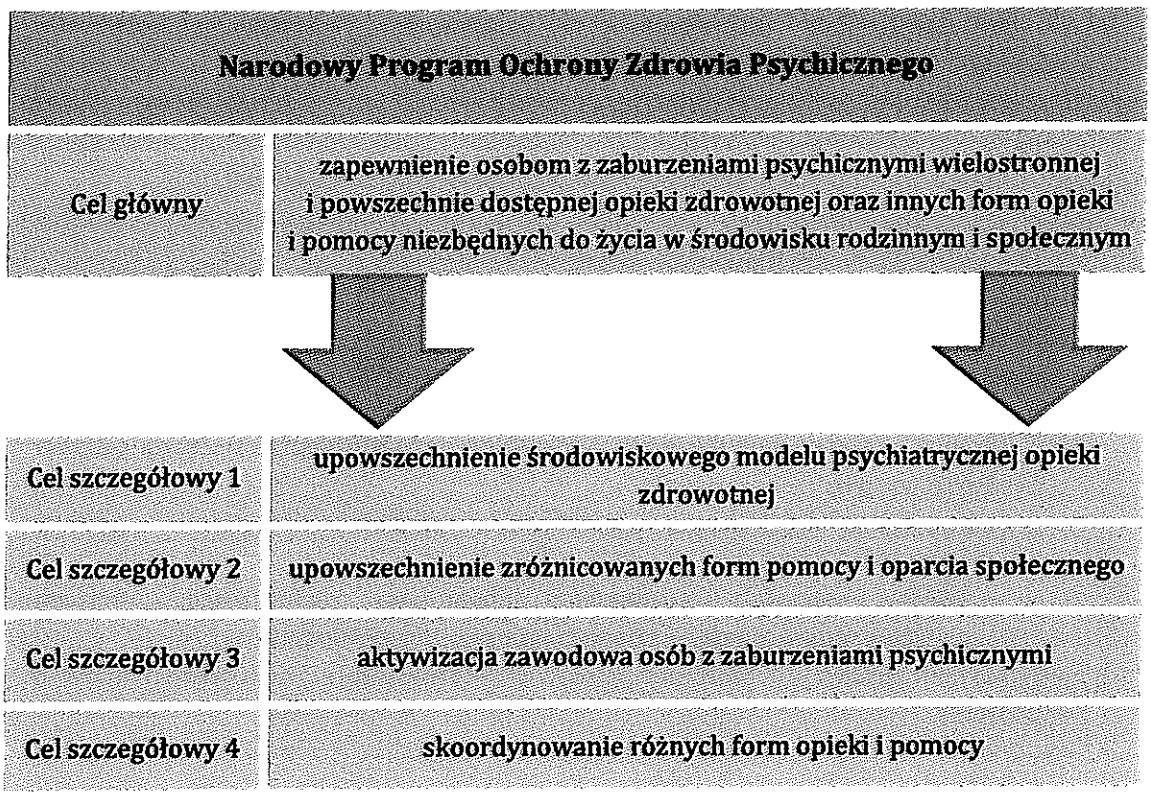


W Śląskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się zadania związane z promocją zdrowia psychicznego takie jak:

- Opracowanie regionalnego programu promocji zdrowia psychicznego,
- Prowadzenie kampanii medialnej promującej zdrowie psychiczne - tworzenie sieci informacji o zdrowiu,
- Udostępnienie informacji dotyczących zdrowia psychicznego na oficjalnej stronie internetowej Województwa Śląskiego, w tym wykazów: placówek psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej, całodobowych i środowiskowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, świadczących usługi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, instytucji rehabilitacji zawodowej i społecznej,
- Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych,
- Organizacja konferencji/warsztatów/szkoleń/ spotkań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego,
- Wsparcie organizacji pozarządowych w realizacji zadań publicznych z zakresu promocji i ochrony zdrowia psychicznego,
- Prowadzenie działań informacyjnych o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.

[18] https://www.slaskie.pl/zalaczniki/2013/11/13/1384348437/1384348477.pdf

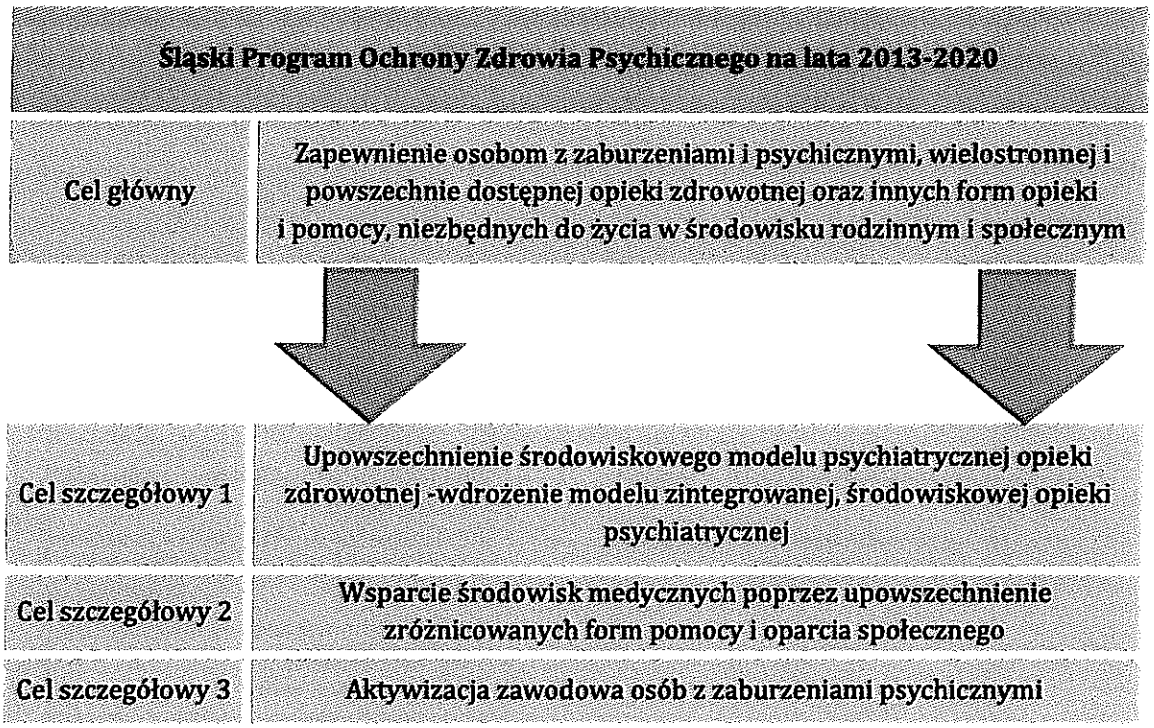
6.1.8. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym



W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się zadania związane z zapewnieniem osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, takie jak:

- opracowanie i realizacja programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych,
- przygotowanie i realizacja pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników,

- opracowanie standardów postepowania oraz procedur medycznych w zakresie
- ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem potrzeb środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- ustalenie listy zawodów niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie programu ich szkolenia na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym,
- kreślenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji Środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- prowadzenie do szkolenia przeddyplomowego lekarzy oraz do szkolenia,
- specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- tworzenie struktury koordynującej realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami:
  - pracowania i publikowania rozwiązań modelowych i standardów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz materiałów szkoleniowych,
  - monitorowania i aktualizowania celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
  - opracowania i wdrażania centralnych programów wspierania realizacji Programu,
  - analiza rocznych sprawozdań podmiotów realizujących Program i przygotowanie łącznego sprawozdania z realizacji Programu,
- opracowanie koncepcji centralnej placówki prowadzącej działalność badawczą i aplikacyjną
- w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (promocja, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja),
- przygotowanie programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i
- unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej,
- zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- prowadzenie kampanii informacyjnych adresowanych do pracodawców promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi,
- opracowanie i wdrażanie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych uwzględniającego specyfikę środowiskowego modelu opieki i promującego jego rozwój.



W Śląskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się zadania związane z zapewnieniem osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, takie jak:

- Rozwinięcie i uzupełnienie sieci poradni zdrowia psychicznego i uzależnień, zapewniających opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży,
- zwiększenie liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej oraz zwiększanie, jakości somatycznej opieki zdrowotnej na oddziałach psychiatrycznych poprzez zatrudnienie w nich obok psychiatrów, lekarzy chorób wewnętrznych,
- Utworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa śląskiego,
- Rozwój sieci instytucji pomocy i integracji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz instytucji rehabilitacji zawodowej i społecznej,
- Współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

- Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

Prowadzenie kampanii szkoleniowo - informacyjnych adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi.

6.1.9. Analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
• Szeroki zakres usług opieki społecznej • Dobre podstawy do realizacji programów aktywizacji zawodowej w Powiatowym Urzędzie Pracy • Przyjęcie kierunku prywatyzacji ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej • Funkcjonująca w Powiecie poradnia leczenia uzależnień od alkoholu	• Nierównomierne rozmieszczenie zasobów psychiatrycznej opieki stacjonarnej na terenie województwa • Mała liczba kadry medycznej determinująca skoncentrowanie działalności w dużych szpitalach psychiatrycznych • Braki kadrowe zwłaszcza w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży • Nierównomierne rozlokowanie niektórych form wsparcia społecznego na terenie województwa • Czynniki środowiskowe • Zbyt mała liczba zespołów leczenia środowiskowego • Duża liczba hospitalizowanych pacjentów wynikająca z niskiego poziomu profilaktyki psychiatrycznej • Brak spójnego rejonowego systemu informacji zdrowotnej • Niski poziom nakładów publicznych na ochronę zdrowia • Deficyt placówek, które profesjonalnie zajmowałyby się młodzieżą eksperymentująca z substancjami psychoaktywnymi oraz ich rodzicami i innymi członkami rodziny • Trudności z absorpcją osób chorych psychicznie przez rynek pracy • Zbyt niskie w stosunku do potrzeb zasoby samorządów mogące służyć do realizacji programów ochrony zdrowia psychicznego • Mała liczba organizacji pozarządowych działających w obszarze wsparcia osób zaburzonych psychicznie
Szanse	**Zagrożenia**
• Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego • Określenie i realizacja celów strategicznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego • Zmieniające się postrzeganie problemów	• Trudności w oszacowaniu istniejących zasobów np. ile miejsc w dps przeznaczonych jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi • Wzrost wskaźnika hospitalizacji pacjentów z psychozami

osób z zaburzeniami psychicznymi • Strategiczny charakter Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego • Wzmocnienie działań w zakresie promocji ochrony zdrowia psychicznego • Dostępność środków masowego przekazu dla celów edukacji i informacji społecznej • Możliwość pozyskania zewnętrznych środków finansowych • Pojawianie się dodatkowych ubezpieczeń • Wzrost środków finansowych budżetu państwa i samorządu terytorialnego przeznaczonych na rozwój infrastruktury lecznictwa dla osób z zaburzeniami psychicznymi • Upowszechnianie wiedzy na temat specyficznych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	• Niskie nakłady na ochronę zdrowia uniemożliwiające szersze finansowanie działań prozdrowotnych • Brak współpracy między poszczególnymi szczeblami samorządu • Trudności we współpracy pomiędzy placówkami służby zdrowia a placówkami pomocy społecznej • Mała dynamika wzrostu liczby wyspecjalizowanej kadry/ brak zainteresowania podejmowaniem specjalizacji psychiatrycznych • Niestabilność systemu prawnego w obszarze ochrony zdrowia • Niestabilność systemu finansowania lecznictwa psychiatrycznego • Zmniejszanie poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w lecznictwie szpitalnym przy jednocześnie zwiększającej się liczbie oczekujących na leczenie • Oczekiwania społeczne dotyczące poprawy dostępności do świadczeń połączone z roszczeniami, bez osobistego zaangażowania w dbanie o własne zdrowie • Nierozwinięcie odpowiedniej bazy hostelowej dla osób uzależnionych, zagrożonych wykluczeniem społecznym • Możliwy do roku 2025 wzrost liczby osób zaburzonych psychicznie powodujący konieczność tworzenia nowych Domów Pomocy Społecznej i Środowiskowych Domów Samopomocy oraz rozwój specjalistycznych usług opiekuńczych dla tych osób • Wysoki koszt utrzymania pensjonariuszy w Domach Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych oraz wysoki koszt ponoszony przez gminy za ich pobyt w tych domach • Trudności w zakresie egzekwowania od rodziny należności za pobyt osoby w DPS dla przewlekle psychicznie chorych wynikający z braku prawnych możliwości egzekwowania tych należności od osoby chorej lub jej rodziny

6.1.10. Cele główne i szczegółowe programu

Cele strategiczne

Cele strategiczne wskazują główne obszary, w ramach których należy skoncentrować podejmowane działania wspierające opiekę zdrowia psychicznego dzieci, młodzieży i dorosłych. W przypadku niniejszej Podstrategii wyodrębnione zostały 2 cele strategiczne.

Cele strategiczne planu operacyjnego oraz działania niezbędne do jego realizacji zostały wypracowane na podstawie analizy danych zastanych, badań przeprowadzonych wśród mieszkańców powiatu, uczniów przedstawicieli Jednostek Samorządu Terytorialnego Obszaru Funkcjonalnego oraz konsultacji społecznych przeprowadzonych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego.

1. Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Pierwszy z celów strategicznych dotyczący kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego dotyczy profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia psychicznego, promocji i kształtowaniu zachowań, nawyków oraz postaw życiowych korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.

2. **Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.**

Drugi z założonych celów strategicznych odnosi się bezpośrednio do osób z zaburzeniami psychicznymi, którym niezbędne zapewnienie dostępu do wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, które wspomogą życie w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel ten powinien opierać się na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Wskaźnikami osiągnięcia celów strategicznych będą wynikające z nich cele operacyjne. Ich podział zaprezentowany został w kolejnym podrozdziale.

Cele operacyjne

Poniższe zestawienie zawiera cele operacyjne przyporządkowane wcześniej wyszczególnionym celom strategicznym.

Cele strategiczne	1. Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym.	2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.
Cele operacyjne	1.1. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego	2.1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
	1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym	2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
	1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzenia mi psychicznymi	2.3. Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy
		2.4. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

6.1.11. Działania operacyjne

W dalszej części dokumentu przedstawione zostały cele operacyjne, które są rozszerzeniem celów strategicznych wraz ze wskazaniem przykładowych działań i wskaźników ich realizacji.

Cel operacyjny 1.1. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia psychicznego, promocji i kształtowaniu zachowań, nawyków oraz postaw życiowych korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.		
Proponowane działania		**Proponowane projekty**
1.	Opracowanie i dystrybucja materiałów edukacyjno-informacyjnych opartych na wiedzy naukowej dotyczących promocji zdrowia psychicznego adresowanych do rodziców, dzieci, młodzieży, seniorów, osób niepełnosprawnych, pracodawców).	A. Przygotowanie oraz dystrybucja ok. 500 szt. ulotek do każdej ze szkół w powiecie mikołowskim.
		B. Przygotowanie oraz dystrybucja ok. 1000 szt. plakatów na tereny ogólnodostępne w powiecie mikołowskim (sklepy, ośrodki zdrowia, urzędy, ośrodki rekreacyjno-kulturalne, itp.)
		C. Opracowanie oraz dystrybucja poradników dla osób niepełnosprawnych, starszych, itp. oraz zagrożonych zaburzeniami psychicznymi.
2.	Prowadzenie zajęć dla dzieci i młodzieży w zakresie zachowań i stylu życia korzystnych dla zdrowia	A. Opracowanie programu i harmonogramu zajęć dla dzieci i młodzieży.

Cel operacyjny 1.1. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego		
	psychicznego.	B. Realizacja zajęć edukacyjnych dla dzieci i młodzieży w szkołach powiatu mikołowskiego.
3.	Promowanie wiedzy o sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu oraz o potrzebie szukania wykwalifikowanej pomocy	A. Organizacja prelekcji i warsztatów szkoleniowych dla mieszkańców.
		B. Opracowanie oraz przekazywanie materiałów informacyjnych (folderów, ulotek, broszur – ok. 2000 szt.) do szkół, zakładów pracy itp.

Cel operacyjny 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym		
Cel ten, podobnie jak poprzedni, dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia psychicznego, promocji i kształtowaniu zachowań, nawyków oraz postaw życiowych korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.		
	Proponowane działania	Proponowane projekty
1.	Kierowanie na badania dzieci oraz młodzież, u których występują zaburzenia zachowania oraz istnieje zagrożenie zaburzeń psychicznych do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.	A. Nawiązanie współpracy ośrodków szkolnych z poradniami zdrowia psychicznego.
		B. Uczestniczenie psychologów/ lekarzy psychiatrów w zajęciach lekcyjnych w celu ewentualnej diagnozy zaburzeń psychicznych i skierowania dzieci i młodzieży do poradni psychologiczno-pedagogicznych.
2.	Prowadzenie punktu konsultacyjnego	A. Udzielanie porad w punkcie

Cel operacyjny 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym		
	dla osób zagrożonych zaburzeniami psychicznymi.	konsultacyjnym, w którym dyżurować będą lekarze psychiatrzy (2 dni/tydzień).
3.	Prowadzenie wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym.	A. Nawiązanie współpracy ośrodków przedszkolnych z poradniami zdrowia psychicznego. B. Uczestniczenie psychologów/ lekarzy psychiatrów w zajęciach przedszkolnych w celu ewentualnej diagnozy zaburzeń psychicznych i skierowania dzieci i młodzieży do poradni psychologiczno-pedagogicznych.

Cel operacyjny 1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie dyskryminacji		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.		
Proponowane działania		**Proponowane projekty**
1.	Zapraszanie osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz osób starszych do udziału w imprezach o charakterze masowym, dostępnych dla ogółu mieszkańców bądź też adresowanych do konkretnych środowisk.	A. Nawiązanie współpracy ośrodków pomocy społecznej z domami kultury oraz ośrodkami sportu i rekreacji w celu stworzenia bazy danych osób, którym należy wysłać zaproszenia. B. Wysyłka zaproszeń na imprezy o charakterze masowym

Cel operacyjny 1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie dyskryminacji		
		C. Ewentualna pomoc osobom starszym i niepełnosprawnym w dotarciu na imprezy o charakterze masowym
2.	Organizacja imprez i zajęć integracyjnych.	A. Zorganizowanie Festynu integracyjnego dla osób niepełnosprawnych intelektualnie
		B. Cykliczne organizowanie spotkań tematycznych (zajęcia plastyczne/ konkursy itp.) dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.
		C. Zorganizowanie festiwalu twórczości osób z zaburzeniami psychicznymi.
3.	Organizacja wykładów i szkoleń dla osób pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi.	A. Zorganizowanie cyklicznych szkoleń dla osób pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi.
		B. Utworzenie programu edukacyjnego dla mieszkańców powiatu o współpracy z osobami z zaburzeniami.
4.	Inicjowanie, wspieranie i organizowanie prelekcji, warsztatów dla uczniów szkół.	A. Zorganizowanie cyklicznych szkoleń dla uczniów uczęszczającymi na zajęcia z osobami z zaburzeniami psychicznymi.
		B. Utworzenie programu edukacyjnego dla uczniów z powiatu o współpracy z osobami z zaburzeniami.

Cel operacyjny 2.1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.		
	Proponowane działania	**Proponowane projekty**
1.	Zapewnienie ciągłości opieki osobom dotkniętym przewlekłą chorobą psychiczną.	A. Prowadzenie Klubu Pacjenta dla byłych pacjentów oddziałów psychiatrycznych (oferta terapeutyczna – możliwość porad psychologa i lekarza psychiatry, terapeutów zajęciowych; rozpoznawanie wczesnych objawów choroby, „program powrotu do społeczeństwa").
		B. Inicjowanie, organizowanie i opieka w trakcie wyjść poza klub (teatr, filharmonia, opera, wystawy, basen, ZOO, ogród botaniczny, kino, wycieczki).
2.	Zapewnienie wsparcia dla rodzin osób chorujących psychicznie (poradnictwo, konsultacje, warsztaty, spotkania o charakterze edukacyjnym).	A. Prowadzenie spotkań o charakterze edukacyjnym i terapeutycznym dla członków rodzin osób chorujących psychicznie.
		B. Udostępnienie możliwości z korzystania z fachowego poradnictwa – lekarza, psychologa, terapeuty.
3.	Utworzenie mobilnego centrum diagnozy schorzeń natury psychicznej, które cyklicznie będzie odwiedzać poszczególne Gminy Powiatu Mikołowskiego.	

Cel operacyjny 2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.		
Proponowane działania		**Proponowane projekty**
1.	Zwiększenie dostępności do ośrodków wsparcia i samopomocy.	A. Poszerzenie obszaru działania ŚDS o miejsca całodobowe oraz liczby uczestników.
		B. Utworzenie mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
		C. Inicjowanie i wspieranie tworzenia klubów samopomocy.
2.	Promocja racjonalizacji uczestnictwa w różnych formach oparcia społecznego	A. Kampania informacyjna skierowana do osób z zaburzeniami (potencjalnych uczestników) oraz ich rodzin.
3.	Wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi	A. Wprowadzenie zapisów do programu współpracy z organizacjami pozarządowymi.
		B. Udzielanie dotacji na realizację zadań publicznych organizacjom pozarządowym oraz w ramach otwartego konkursu ofert na wykonanie zadań publicznych.
		C. Udzielanie dofinansowań na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych w tym z zaburzeniami psychicznymi.

Cel operacyjny 2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego	
4.	Powołanie programu inicjatorów społecznych, którzy będą wspomagać w rozwoju osoby z zaburzeniami psychicznymi poprzez naukę, zabawę i integrację społeczną.

Cel operacyjny 2.3. Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.		
Proponowane działania		**Proponowane projekty**
1.	Opracowanie powiatowego programu ochrony zdrowia psychicznego.	A. Zebranie informacji o stanie istniejącym i potrzebach ludności powiatu.
		B. Opracowanie projektu programu.
		C. Przeprowadzenie konsultacji społecznych.
		D. Przyjęcie programu przez Radę Powiatu.
2.	Monitoring i ewaluacja programu.	A. Zbieranie informacji o zadaniach realizowanych przez poszczególne jednostki z uwzględnieniem wskaźników monitorujących
		B. Badanie zgodności założonych w programie celów z aktualna sytuacją w zakresie ochrony zdrowia psychicznego na terenie powiatu.

Cel operacyjny 2.3. Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy		
		C. Zaproponowanie zmian programu w zależności od zmieniającej się sytuacji w powiecie i zapotrzebowania mieszkańców.

Cel operacyjny 2.4. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.		
Proponowane działania		**Proponowane projekty**
1.	Podnoszenie kwalifikacji osób z zaburzeniami psychicznymi.	A. Inicjowanie, wspieranie i organizowanie poradnictwa zawodowego oraz informacja zawodowa realizowane przez doradców zawodowych.
		B. Organizacja szkoleń dla osób ze schorzeniami psychicznymi w ramach zajęć klub pracy.
2.	Promocja zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi.	A. Skierowana do pracodawców kampania informacyjna o możliwościach uzyskania wsparcia zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi.
		B. Przygotowanie i rozpowszechnianie informacyjnych ulotek skierowanych do pracodawców przy współudziale instytucji i organizacji działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel operacyjny 2.4. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi	
3.	Stworzenie platformy z ogłoszeniami o zdalną pracę tymczasową/ zadaniową dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
1.1.	1.1.1.A	MOPS/ GOPS, PŚDS	Do III kwartał 2016	5000zł	Liczba ulotek
	1.1.1.B	MOPS/ GOPS, PŚDS	Do III kwartał 2016	1 000zł	Liczba plakatów
	1.1.1.C	MOPS/ GOPS, PŚDS	Do III kwartał 2016	1 000zł	Liczba poradników
	1.1.2.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do III kwartał 2016	W zależności od wybranego wariantu	Program
	1.1.2.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do II kwartał 2025	40 000zł	Liczba zajęć
	1.1.3.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	50 000zł	Liczba warsztatów
	1.1.3.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do III kwartał 2016	4 000zł	Liczba materiałów
1.2.	1.2.1.A	Szkoły, Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do III kwartał 2016	-	Liczba wspólnych inicjatyw
	1.2.1.B	Szkoły, Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do II kwartał 2025	10 000zł	Liczba zajęć/ liczba dzieci
	1.2.2.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	50 000zł	Liczba udzielonych porad/ liczba godzin konsultacji
	1.2.3.A	Ośrodki przedszkolne, Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do III kwartał 2016	-	Liczba wspólnych inicjatyw
	1.2.3.B	Ośrodki	Do II kwartał	10 000zł	Liczba zajęć/

Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
		przedszkolne, Zespół złożony z przedstawicieli JST	2025		liczba dzieci
1.3.	1.3.1.A	MOPS/GOPS	Do III kwartał 2016	-	Liczba wspólnych inicjatyw
	1.3.1.B	Domy Kultury, Ośrodki Sportu i Rekreacji	Działania ciągłe	5 000zł	Liczba zaproszeń
	1.3.1.C	MOPS/GOPS	Działania ciągłe	10 000zł	Liczba zorganizowanych transportów
	1.3.2.A	Ośrodki Sportu i Rekreacji, MOPS/GOPS	Do II kwartał 2018	25 000zł	Liczba festynów
	1.3.2.B	MOPS/GOPS	Działania ciągłe	40 000zł	Liczba zajęć/ liczba dzieci
	1.3.2.C	Ośrodki Sportu i Rekreacji,	Do III kwartał 2017	1000 000zł	Festiwal
	1.3.3.A	PUP	Działania ciągłe	100 000zł	Liczba zajęć/ liczba przedszkoli
	1.3.3.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do końca 2016 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
	1.3.4.A	Szkoły	Do II kwartał 2025	50 000zł	Liczba dzieci/ liczba zajęć
	1.3.4.B	Szkoły	Do końca 2016 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
2.1.	2.1.1.A	Organizacje pozarządowe	Działania ciągłe	100 000zł	Liczba pacjentów/ liczba udzielonych porad
	2.1.1.B	Organizacje pozarządowe	Działania ciągłe	40 000zł	Liczba wyjść
	2.1.2.A	MOPS/GOPS	Działania ciągłe	20 000zł	Liczba spotkań
	2.1.2.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	20 000zł	Liczba udzielonych porad
	2.1.3.	Zespół złożony z przedstawicieli	Do końca 2018 r.	500 000zł	Mobilne centrum

Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
		JST			diagnostyczne
2.2.	2.2.1.A	PŚDS	Do I kwartał 2018	100 000zł	Liczba miejsc/ liczba uczestników
	2.2.1.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do I kwartał 2018	400 000zł	Liczba mieszkań
	2.2.1.C	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do końca 2016 r.	10 000zł	Liczba klubów samopomocy
	2.2.2.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	10 000zł	Kampania
	2.2.3.A	Zespół koordynujący	Do II kwartał 2016	-	Zmiany programu
	2.2.3.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	50 000zł	Liczba dotacji
	2.2.3.C	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	50 000zł	Liczba oraz kwota dofinansowań
	2.2.4.	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	100 000zł	Liczba społecznych inicjatorów
2.3.	2.3.1.A	Zespół koordynujący	Do II kwartał 2016	W zależności od wybranego wariantu	Program
	2.3.1.B	Zespół koordynujący	Do III kwartał 2016		
	2.3.1.C	Zespół koordynujący	Do końca 2016 r.		
	2.3.1.D	Rada Powiatu	Do końca 2016 r.		
	2.3.2.A	Zespół koordynujący	Działania ciągłe	W zależności od wybranego wariantu	Modeyfikacje programu
	2.3.2.B	Zespół koordynujący			
	2.3.2.C	Zespół koordynujący			
2.4.	2.4.1.A	PUP	Działania ciągłe	5 000zł	Liczba porad
	2.4.1.B	PUP	Działania ciągłe	40 000zł	Liczba szkoleń
	2.4.2.A	PUP, Organizacje	Do II kwartał	10 000zł	Kampania

Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
		pozarządowe	2016		
	2.4.2.B	PUP, Organizacje pozarządowe	Do II kwartał 2016	5 000zł	Liczba ulotek
	2.4.3	PUP, Organizacje pozarządowe	Do II kwartał 2017	100 000zł	Platforma/ liczba ogłoszeń/ Liczba zatrudnionych osób poprzez platformę

6.1.12. Źródła finansowania działań

Środki na realizację działań oraz poszczególnych zadań z zakresu dotyczącego problemu narkomanii i alkoholu przewidzianych w „Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego" będą pochodzić ze środków własnych powiatu, których wysokość ustalana jest corocznie. Odrębnym źródłem finansowania zadań przewidzianych w planie operacyjnym Podstrategii będą środki własne poszczególnych jednostek realizujących zaplanowane działania. W miarę możliwości środki na realizację zadań mogą być pozyskiwane ze źródeł zewnętrznych, np.:

Fundusze Europejskie

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego.
- PO Wiedza Edukacja Rozwój.
- Europejska Współpraca Terytorialna.
- Europejski Fundusz Społeczny.

Fundusze Norweskie

- PL07 "Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych".
- PL13 "Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu".

Fundusze i Programy BGK

- Wsparcie budownictwa socjalnego z funduszu dopłat.
- Program wspierania społecznego budownictwa czynszowego.

6.2. Problematyka alkoholu i narkomanii

6.2.1. Wprowadzenie - kluczowy problem obszaru funkcjonalnego: problem alkoholu i narkomanii

Uzależnienie od alkoholu

Uzależnienie od alkoholu jest nawracającą chorobą przewlekłą, która charakteryzuje się ciągłym poszukiwaniem substancji uzależniającej mimo jej destrukcyjnego wpływu powodującego zmiany strukturalne i neurochemiczne w mózgu. Zmiany w mózgu mogą zwiększyć chęć do picia alkoholu oraz osłabić kontrolę nad piciem, natomiast według szacunków w 60% za ryzyko wystąpienia uzależnienia odpowiadają czynniki genetyczne. Wśród wszystkich chorób ośrodkowego układu nerwowego uzależnienie od alkoholu charakteryzuje się najmniejszym odsetkiem pacjentów, którzy poddają się leczeniu. Według National Institute on Drug Abuse (NIDA) wskaźnik osób chorych z problemami alkoholowymi jest leczonych, dla porównania wskaźnik ten dla osób chorych na schizofrenię wynosi zaledwie 18%[19].

W Polsce według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) liczba osób uzależnionych od alkoholu wynosi 800 tys., natomiast grupa osób pijących szkodliwie lub ryzykownie jest szacowana na 2 - 2,5 mln. Zatem problem nadmiernego spożycia alkoholu dotyczy ok. 9% populacji Polski[20].

Według WHO (ang. World Heath Organization) spożywanie alkoholu w sposób szkodliwy i ryzykowny jest w krajach Unii Europejskiej trzecim w kolejności najistotniejszym czynnikiem ryzyka pogorszenia stanu zdrowia i przedwczesnej śmierci. Większe ryzyko niesie za sobą tylko palenie tytoniu i nadciśnienie, natomiast ryzyko związane z otyłością i nadmiernym poziomem cholesterolu jest klasyfikowane na miejscu odpowiednio czwartym i piątym[4]. Ponad 60 chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu, który działa szkodliwie na niemal wszystkie tkanki i narządy. Alkohol i jego metabolity wchodzą w bezpośrednie reakcje z fizjologicznymi substancjami w organizmie. Działanie pośrednie alkoholu polega na silnym wpływie na homeostazę ustroju poprzez działanie na układ wegetatywny, odpornościowy, gospodarkę wodno-elektrolitową, wchłanianie niezbędnych składników odżywczych.

Każda substancja może być albo trucizną, albo lekarstwem. Podział ten jest nieostry, jak to słusznie zauważył Theophrastus Bombastus von Hohenheim, zwany Paracelsusem,

---

19 http://www.lundbeck.com/pl/dla-lekarzy/informacje-dla-lekarzy/nota-prawna/uzalenienie-od-alkoholu, (z dnia: 24.11.2015)

20 Ibidem.

mówiąc: „Wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, tylko dawka decyduje, że jakaś substancja nie jest trucizną". o stopniu szkodliwości związku decyduje, oprócz ilości, również struktura chemiczna substancji. Działanie alkoholu etylowego na organizm człowieka jest różnorodne i zależy od siedmiu czynników[21]:

- spożytej ilości napoju,
- stężenia alkoholu w napoju,
- wieku,
- wzrostu i ciężaru ciała,
- płci (kobiety są bardziej wrażliwe na etanol niż mężczyźni),
- ogólnej sprawności fizycznej,
- chwilowej odporności na zatrucie alkoholem (zmęczenie, przemęczenie i rekonwalescencja zwiększają podatność na zatrucia).

Z przyjmowaniem alkoholu wiąże się wiele problemów społecznych i zdrowotnych. Nadużywanie alkoholu współwystępuje z różnymi patologiami życia społecznego, np. z demoralizacją dzieci, zaburzeniami życia rodzinnego, problemami finansowymi, przemocą wobec bliskich czy problemami z prawem (bójki, kradzieże, rozboje itp.). W Polsce z powodu alkoholu umiera rocznie ponad 12 tysięcy ludzi. Alkohol degraduje życie nie tylko osoby uzależnionej od „napojów wyskokowych", ale także życie rodziny, bliskich, sąsiadów. Nadużywanie alkoholu stanowi w Europie drugą najczęstszą przyczynę utraty zdrowia i przedwczesnej śmierci. Statystyczny Polak spożywa rocznie około 13 litrów czystego alkoholu. z roku na rok systematycznie obniża się wiek inicjacji alkoholowej. Na izby wytrzeźwień trafiają coraz młodsi „smakosze" alkoholu. Statystyki podają, że co trzecia kobieta w ciąży pije alkohol. i choć prasa, telewizja i różni specjaliści trąbią na alarm, mówiąc o zgubnych skutkach picia alkoholu, to wydaje się, że ludzie ignorują ich argumenty. Nie pomaga straszenie widmem chorób psychicznych czy możliwością zdegradowania sobie zdrowia, np. poprzez marskość wątroby czy ciężkie schorzenia nerek albo żołądka.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 uznaje uzależnienie od alkoholu za jeden z rodzajów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Diagnozę zespołu uzależnienia od alkoholu stawia grono specjalistów: lekarz psychiatra, psycholog z doświadczeniem klinicznym oraz psychoterapeuta w zakresie uzależnień. Toksykomanię alkoholową określa się najprościej jako utratę kontroli nad ilością spożywanych trunków. Choroba alkoholowa wyraża się poprzez uzależnienie psychiczne i fizyczne. Alkoholik czuje wewnętrzny przymus napicia się, który nie podlega jego woli, by zredukować nieprzyjemne doznania po odstawieniu

[21] https://portal.abczdrowie.pl/uzaleznienie-od-alkoholu

alkoholu i dostarczyć sobie przyjemności w związku z przyjęciem substancji psychoaktywnej. W ten sposób powstaje błędne koło nałogu, z którego trudno się wyrwać. U alkoholików zmniejsza się łaknienie, co może prowadzić do niedożywienia. Następuje upośledzenie mięśnia sercowego, osłabienie i wyniszczenie organizmu, a także zaburzenia psychiczne (np. psychoza Korsakowa), brak samokontroli i woli. Choroba alkoholowa kończy się śmiercią w wyniku nieodwracalnego uszkodzenia wątroby. Alkoholizm jest nieszczęściem rujnującym życie rodzin, a także przysparzającym problemów z prawem. Dziecko spłodzone przez mężczyznę lub kobietę uzależnioną od alkoholu często wykazuje głębokie upośledzenie umysłowe (dawniej nazywane debilizmem). Nierzadko zdarza się zatrucie metanolem – trucizną znacznie bardziej niebezpieczną od etanolu. Jednorazowe spożycie niewielkiej dawki metanolu (nawet 15 cm^3) może spowodować ślepotę, a przy większej ilości – śmierć. Rozróżnienie etanolu od metanolu jest bardzo trudne, gdyż oba alkohole mają taki sam stan skupienia, zapach i barwę[22].

W ostatnich dziesięcioleciach notuje się gwałtowny wzrost ilości spożywanych substancji odurzających, w tym alkoholi. Tendencja ta pogłębia się wskutek stresogennego stylu życia współczesnego człowieka i prowadzi do uzależnienia organizmu. Wbrew panującemu stereotypowi alkohol w rodzinie to nie tylko problem ludzi z tzw. marginesu społecznego, ale także tych, którzy cieszą się wysokim statusem społecznym. Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem zdrowia, polegającym na tym, że człowiek czuje silną potrzebę lub przymus ciągłego picia, ponieważ umożliwia mu to dalsze, normalne funkcjonowanie i staje się jedynym sposobem doznania przyjemności lub ucieczki od cierpienia, stresu czy lęku. Początkowo organizm toleruje niewielkie dawki alkoholu, do których się stopniowo przyzwyczaja, co w efekcie prowadzi do konieczności podwyższania dawek, aż do ilości uszkadzających i niszczących organizm. Nagłe zaprzestanie przyjmowania alkoholu przez nałogowca w wielu przypadkach wywołuje niebezpieczne objawy abstynencyjne, ze śmiercią włącznie. Do najbardziej charakterystycznych objawów alkoholizmu zalicza się[23]:

- pośledzoną zdolność kontrolowania picia,
- głód alkoholowy – natrętną potrzebę spożywania alkoholu,
- wzrost tolerancji organizmu dla spożywanych dawek etanolu,
- objawy abstynencyjne, np.: drżenie mięśni, nudności, biegunki, wymioty, bezsenność, dysforia, lęk, nadmierna potliwość, tachykardia, nadciśnienie,
- picie w celu zapobiegania alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu,

[22] https://portal.abczdrowie.pl/uzaleznienie-od-alkoholu
[23] Ibidem.

- lekceważenie argumentów świadczących o szkodliwości picia dla zdrowia pijącego,
- zaniedbywanie istotnych sfer życia społecznego – obowiązków rodzinnych, zawodowych czy szkolnych.

Należy mieć świadomość, że problem alkoholowy to choroba nieuleczalna i nawet długoletnia abstynencja nie daje gwarancji, że były nałogowiec nie powróci do picia. Proces zdrowienia z choroby alkoholowej jest bardzo trudny i skomplikowany, uzależniony przede wszystkim od chęci i dobrej woli zainteresowanego. Pomoc w leczeniu alkoholizmu oferują np.: kluby abstynenta, bractwa trzeźwości, samopomocowe grupy AA (Anonimowych Alkoholików), Grupy Rodzinne Al-Anon i Alateen, ośrodki terapii uzależnień i współuzależnienia, grupy wsparcia DDA (Dorosłe Dzieci Alkoholików) czy „Niebieska Linia". Wychodzenie z alkoholizmu wymaga intensywnej pracy ze strony alkoholika, jak i jego rodziny. Trzeźwość jest możliwa, dlatego warto korzystać ze specjalistycznej pomocy i nie wolno się poddawać w walce o swoją wolność.

Bardzo poważnym problemem stanowi współuzależnienie. Prowadzi często do bardzo głębokich i trwałych zmian w sferze poznawczej, emocjonalnej i strukturze „Ja" osoby współuzależnionej. Aby uwolnić się od współuzależnienia, pierwszym i podstawowym krokiem jest uświadomienie sobie, że jest się osobą współuzależnioną. Dopiero wtedy można próbować zmienić swoje zachowanie, jak i zachowanie osoby nadużywającej alkoholu.

Możemy mówić o kilku postawach osoby współuzależnionej[24]:

1. Pierwsze zachowanie polega na obsesyjnym myśleniu o piciu osoby uzależnionej. Prowadzi to do tego, że wszystkie myśli, uczucia i działania koncentrują się właśnie na tej osobie. Osoba współuzależniona czuje się współodpowiedzialna za działania osoby nadużywającej alkoholu. Stara się ją cały czas pilnować, chowa alkohol, a kiedy jej się nie uda dopilnować osoby uzależnionej, obwinia siebie za to, że nie dopilnowała tej osoby.
2. Drugie zachowanie związane jest z nieustaną huśtawką emocjonalną. Zdarza się, że taka osoba przechodzi od euforii do skrajnego pesymizmu i poczucia beznadziejności. Osoba taka na co dzień przejawia obojętność wobec siebie i w stosunku do tego, co się z nią stanie. Często prowokuje kłótnie z alkoholikiem. Jej codzienne zachowania próbują maskować istniejący problem, osoba współuzależniona robi wszystko, aby nie stracić osoby uzależnionej. Rezygnuje

[24] https://portal.abczdrowie.pl/wspoluzaleznienie

ze swoich potrzeb, próbuje wytłumaczyć i usprawiedliwić zachowanie alkoholika.

Tabela 9. Nietrzeźwi sprawcy przestępstw w Polsce

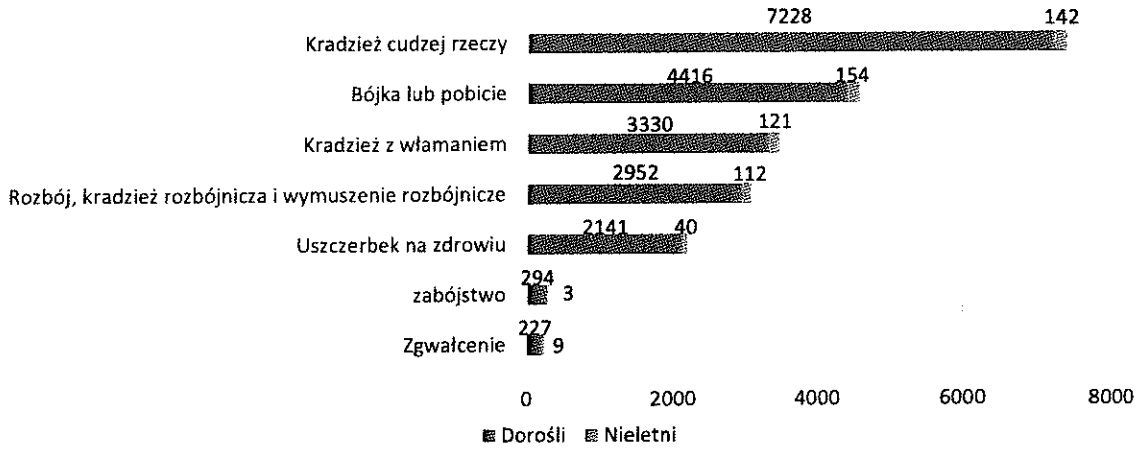
		Dorośli			Nieletni		
	Rok	Ogółem	Liczba podejrzanych z ustaloną trzeźwością	w tym nietrzeźwi	Ogółem	Liczba podejrzanych z ustaloną trzeźwością	w tym nietrzeźwi
zabójstwo	2012	577	361	294	11	6	3
	2011	638	443	359	14	7	5
	2010	645	413	318	15	7	3
	2009	732	499	400	23	11	3
	2008	722	509	413	20	12	5
Uszczerbek na zdrowiu	2012	7132	3321	2141	2560	833	40
	2011	6960	3198	2057	3470	1281	80
	2010	6217	2939	1859	3469	1336	83
	2009	6362	3141	1932	2966	1282	96
	2008	6419	3196	1941	2814	1200	112
Bójka lub pobicie	2012	12631	5636	4416	4751	1428	154
	2011	13134	6136	4787	5464	1714	221
	2010	13296	6277	4746	6085	2002	223
	2009	15534	7450	5617	6329	2224	267
	2008	16286	8164	6084	6757	2631	378
Zgwałcenie	2012	749	353	227	106	32	9
	2011	766	343	245	127	32	7
	2010	768	374	250	73	29	14
	2009	852	447	288	98	36	9
	2008	924	462	307	97	32	8
Kradzież cudzej rzeczy	2012	49948	22738	7228	8474	2764	142
	2011	46186	22416	6817	9158	3142	182
	2010	40464	20420	5850	9355	3179	215
	2009	35548	18835	5510	8755	3355	243
	2008	35840	18971	5741	9572	3998	306
Kradzież z włamaniem	2012	19420	7326	3330	4617	1381	121
	2011	19585	8126	3645	5275	1537	174
	2010	18612	7963	3527	5494	1768	182
	2009	15854	7131	3536	5887	1992	223
	2008	14818	6926	3235	6357	2438	302
Rozbój, kradzież	2012	8628	4120	2952	3360	958	112
	2011	9135	4426	3097	3832	1191	179

			Dorośli			Nieletni	
rozbójnicza i wymuszenie rozbójnicze	2010	9680	4647	3038	4129	1465	196
	2009	10325	5127	3437	4286	1569	259
	2008	10234	5323	3599	4483	1806	301

Źródło: http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-sprawcy-prz/50862,Nietrzezwi-sprawcy-przestepstw.html

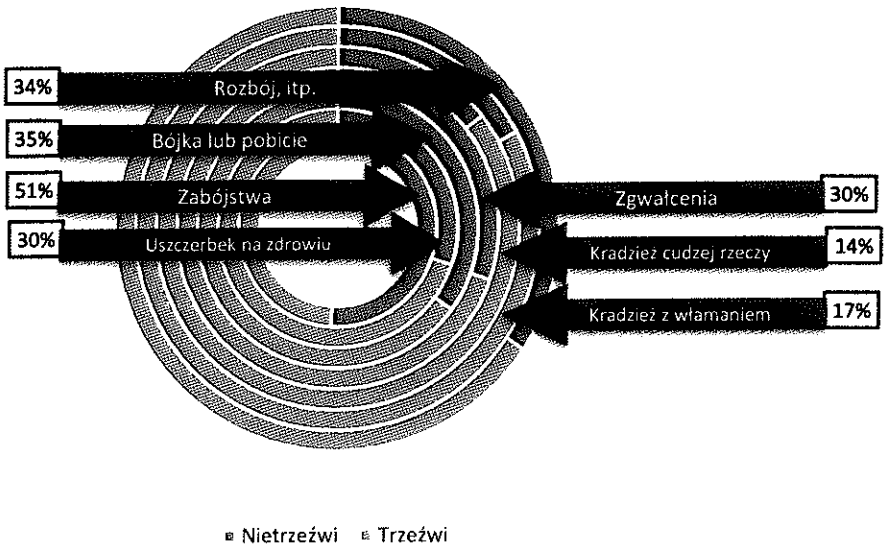
Tabela przedstawia wskaźniki dotyczące udziału osób nietrzeźwych w przestępstwach ogółem w Polsce w latach 2008 - 2012. W przypadku zabójstw zmniejszyła się zarówno liczba sprawców ogółem, jak również liczba osób nietrzeźwych wśród sprawców zabójstw ogółem. Natomiast uszczerbek na zdrowiu wywołany działaniem osób nietrzeźwych zwiększył się wprost proporcjonalnie do wzrostu liczebności popełnionych przestępstw ogółem w skali całego kraju. W przypadku przestępstw związanych z bójką lub pobiciem liczba czynów popełnianych ogółem oraz popełnianych przez osoby nietrzeźwe systematycznie spada – z ponad 16 tys. w 2008 roku do ponad 12 tys. w roku 2012. Gwałtów dopuściła się mniejsza liczba osób nietrzeźwych (2008 - 307, 2012 – 227), co jest konsekwencją spadającej liczby tego typu przestępstw dokonywanych ogółem (2008 – 924, 2012 – 74), zwiększyła się jednak liczba gwałtów popełnianych przez osoby nieletnie (2008 – 97, 2012- 106), w tym przez osoby nietrzeźwe (2008 – 8, 2010 -14, 2012 – 9).Liczba kradzieży cudzej własności jest jednym z przestępstw, których liczebność zdecydowanie zwiększyła się na przestrzeni lat 2008-2014 (2008 – 35 tys., 2012 – blisko 50 tys.), również wśród osób nietrzeźwych (2008 – 5741, 2012 – 72228). Zmniejszyła się jednak liczba osób nieletnich wśród przestępstw związanych z kradzieżą cudzej własności (2008 – 9572, 2012 – 8474), w tym nieletnich nietrzeźwych (2008 – 306, 2012 – 142). Podoba sytuacja ma miejsce w przypadku kradzieży z włamaniem, których liczebność zwiększyła się w skali kraju ogółem, zmniejszając skalę występowania wśród nieletnich. Zmniejszyła się również liczba przestępstw ogółem oraz popełnianych przez osoby nietrzeźwe związane z rozbojami, kradzieżami rozbójniczymi i wymuszeniami rozbójniczymi (ogółem: 2008 – 10,2 tys., 2012 – 8,6 tys.; nietrzeźwi: 2008 – 3599, 2012 – 2952).

Wykres 17. Liczba przestępstw popełnianych przez osoby nietrzeźwe w 2012 r. w Polsce



Powyższy wykres przedstawia skalę przestępstw popełnianych wyłącznie przez osoby nietrzeźwe w 2012 roku w Polsce. Najwięcej przestępstw popełnianych przez osoby nietrzeźwe w 201 roku to: kradzież cudzej rzeczy (7228 osób dorosłych, 142 osoby nieletnie) oraz bójka lub pobicie (4416 osób dorosłych, 154 nietrzeźwe). Najmniejsza liczba przestępstw popełnianych przez osoby nietrzeźwe upublicznione przez statystyki policji to zgwałcenia (227 osoby dorosłe, 9 osób nieletnich) oraz zabójstwa (294 osoby dorosłe, 3 osoby nieletnie).

Wykres 18. Udział osób nietrzeźwych w popełnianych przestępstwach w Polsce w 2012 r.



Ponad połowa (51%) zabójstw dokonanych w Polsce w 2012 roku została popełniona przez osoby nietrzeźwe (wykres 85). 35% z pośród bójek lub pobić popełniona została przez osoby nietrzeźwe, natomiast w przypadku rozbojów ponad jedna trzecia (34%). Około 30% przestępstw skutkujących uszczerbkiem na zdrowiu oraz zgwałceń dokonanych w Polsce w 2012 roku była dokonana przez nietrzeźwych sprawców. Udział osób nietrzeźwych w przestępstwach związanych z kradzieżą oscylował w przedziale 14%-17% w kradzieżach ogółem (kradzież cudzej własności – 14%, kradzież z włamaniem – 17%).

Uzależnienie od środków odurzających

Uzależnienie od środków odurzających to według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jednostka chorobowa. W kategoriach oznaczonych kodem od F10 do F19 zebrano zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Przeciętnemu człowiekowi z hasłem „środki odurzające" kojarzą się zwykle narkotyki. Tymczasem termin „**substancje psychoaktywne**" rezerwuje się dla każdego związku, który wykazuje bezpośredni i wyraźny wpływ na układ nerwowy, prowadząc do silnych zmian w sferze emocjonalnej, poznawczej i w zachowaniu. ICD-10 wyróżnia główne kategorie diagnostyczne zaburzeń ze względu na typ substancji oraz podaje dodatkowe kategorie odnoszące się do rodzaju zaburzenia[25].

Ze względu na typ substancji, podzielono **zaburzenia psychiczne** i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem[26]:

- alkoholu (F10) - Zaburzenia spowodowane zażywaniem alkoholu wiążą się z jego tłumiącym działaniem na układ nerwowy. Alkohol może dawać uczucie rozluźnienia, odprężenia i prowadzić do rozhamowania poprzez osłabienie kontroli zachowania. Wywołuje uzależnienie fizyczne, wykazuje toksyczne działanie na komórki organizmu, w tym zwłaszcza na neurony. Większe dawki (6-8 g na 1 kg masy ciała) są już śmiertelne. z przyjmowaniem alkoholu wiąże się wiele problemów społecznych (np. rozboje, kradzieże, patologie rodzinne) i zdrowotnych.,
- opiatów (F11) - Opiaty i opioidy to alkaloidy otrzymywane głównie z maku lekarskiego lub drogą syntetyczną, np.: opium, morfina, heroina, „kompot makowy", kodeina, metadon, fentanyl, dolargan. Działają znieczulająco, wywołują błogostan, apatię, silnie zaburzają procesy uwagi, pamięci, spostrzegania i myślenia. Dłuższe przyjmowanie opiatów wywołuje

[25] https://portal.abczdrowie.pl/uzaleznienie-od-srodkow-odurzajacych
[26] Ibidem.

spustoszenie w organizmie (uszkodzenia wielu narządów wewnętrznych i układu nerwowego). Silnie uzależniają fizycznie. Duża dawka jest śmiertelna. Objawy abstynencyjne przypominają na początku silną grypę i są bardzo nieprzyjemne.,

- kannabinoli (F12) - Kannabinole są pochodnymi konopi indyjskich i konopi siewnych. Najbardziej popularne, to: marihuana, haszysz i olej cannabis. Główną substancją psychoaktywną jest THC – tetrahydrocannabinol. Ma długi okres półtrwania (ponad 20 godzin). Wywołuje uczucie odprężenia i lekkiego podniecenia, zmniejsza samokontrolę, prowadzi do zaburzeń percepcji (czasu, przestrzeni, obrazu ciała, własnego „Ja"). Kannabinole dają lepszą samoocenę, uczucie wyostrzenia zmysłów, niekontrolowany śmiech, „filozofowanie", ale osłabiają pamięć, koordynację wzrokowo-ruchową i czynności automatyczne. Zawierają wiele substancji kancerogennych (wywołujących nowotwory). Dłuższe zażywanie prowadzi do zespołu apatyczno-abulicznego. Mogą uzależniać psychicznie, uzależnienie fizyczne jest słabo manifestowane.,
- leków nasennych i uspokajających (F13) – to leki sedatywno-trankwilizujące. Należą do nich głównie barbiturany i benzodiazepiny: cyklobarbital, luminal, diazepam, oksazepam, relanium. Działają tłumiąco na układ nerwowy (nasennie, przeciwdrgawkowo, przeciwlękowo, uspokajająco i znieczulająco). W połączeniu z alkoholem mogą prowadzić do śmierci. Silnie uzależniają psychicznie i fizycznie. Powinny być stosowane tylko zgodnie z zaleceniami lekarza. Stosowane są także w usuwaniu objawów abstynencyjnych w chorobie alkoholowej. Wieloletnie przyjmowanie tych środków prowadzi do zaburzeń neurologicznych, hormonalnych, układu krążenia i oddechowego oraz chorób psychicznych, łącznie z zespołem otępiennym.
- kokainy (F14) - Kokaina to alkaloid otrzymywany z liści krzewu kokainowego, który silnie uzależnia psychicznie. Zależność fizyczna jest słabo wyrażona. Zażycie kokainy działa pobudzająco na ośrodkowy układ nerwowy, powodując: euforię, wyostrzenie percepcji, jasność myślenia, redukcję lęku społecznego, bezsenność, spadek łaknienia, wzrost ciśnienia krwi, rozszerzenie źrenic, podniecenie seksualne. Bardziej lotne formy kokainy to „crack" i kokaina wolnozasadowa. Kokaina bywa przeważnie przyjmowana kilkudniowymi ciągami, wielokrotnie w ciągu doby, aż do całkowitego wyczerpania fizycznego i psychicznego. Osoby uzależnione są skrajnie wyniszczone (brak łaknienia, wzrost aktywności, bezsenność), wykazują zaburzenia koncentracji uwagi, podejrzliwość, agresję, drażliwość, pojawiają się myśli samobójcze, anhedonia, zaburzenia psychotyczne, urojenia,

majaczenie, samookaleczenia, formikacje (halucynoza dotykowa - wrażenia, że po skórze chodzą pasożyty).

- substancji psychostymulujących (F15) - Należą do nich substancje pochodzenia roślinnego i syntetyczne, np.: amfetamina, metamfetamina, kath, metkatyna, kofeina, efedryna, metylfenidat. Powodują poprawę nastroju, stany euforyczne, usuwają zmęczenie, zmniejszają łaknienie, obniżają potrzebę snu, dają poczucie energii, zwiększają wydolność niektórych procesów psychicznych (uwaga, czujność, spostrzeganie), zwiększają pewność siebie. Używanie substancji stymulujących, obok uzależnienia, może wywoływać nadciśnienie, bezsenność, drażliwość, agresywność, stany maniakalne i paranoidalne oraz prowadzić do skrajnego wyczerpania. Większe dawki amfetaminy mogą prowadzić do śmierci (paraliż mięśni oddechowych, udar).
- substancji halucynogennych (F16) - Należą do nich, np.: LSD, PCP (fencyklidyna = *angel dust*), grzyby, psylocybina, meskalina, atropina, skopolamina, MDMA (ecstasy). Większość substancji halucynogennych jest pochodzenia roślinnego. Wywołują głównie różnego rodzaju zmiany percepcji: dają poczucie „poszerzenia świadomości", „snu na jawie", iluzje, halucynacje, urojenia, zaburzenia toku myśli, silne wahania nastroju, depersonalizację, stany psychotyczne. Halucynogeny wywołują nadwrażliwość na bodźce, mogą dawać doznania mistyczne, spostrzeganie wielozmysłowe (synestezja), zaburzenia czasu i przestrzeni. Dłuższe odurzanie się i skrajne stany świadomości mogą prowadzić do dezintegracji osobowości.,
- tytoniu (F17) - Nikotyna to alkaloid o cierpkim zapachu i drażniącym smaku występujący w różnych gatunkach tytoniu. Najpopularniejszą formą przyjmowania nikotyny jest palenie tytoniu (papierosy, fajki, cygara), ale może być on również żuty lub wciągany do nosa (tabaka). Papieros zawiera przeciętnie od 15 do 20 mg nikotyny, a podczas palenia do krwi przenika około 1 mg tej substancji psychoaktywnej. Długotrwały nikotynizm i wpływ szkodliwych związków chemicznych zawartych w papierosach (np. substancje smoliste, tlenek węgla, aceton, amoniak, cyjanowodór, chlorek winylu) mogą prowadzić do poważnych chorób: nowotworów płuc i krtani, rozedmy, astmy, choroby Bürgera, katarakty albo impotencji czy niepłodności.,
- lotnych rozpuszczalników (F18) – Substancje wziewne. Lotne rozpuszczalniki są inaczej określane jako „narkotyki dla ubogich". Należą do nich: benzen, toluen, aceton, azotan amylu, trójchloroetylen, niektóre związki nitro i węglowodory. Występują w farbach, lakierach, rozpuszczalnikach, klejach,

pastach. Wspólną ich cechą jest zdolność silnego parowania w temperaturze pokojowej. Mają bardzo duże działanie psychoaktywne. Mogą dawać uczucie błogostanu, euforii, działać halucynogennie i rozhamowująco, zaburzają spostrzeganie. Uzależniają i silnie działają na pracę neuroprzekaźników mózgowych. Poprzez inhalowanie zaburzają barierę krew-mózg, działają toksycznie na układ nerwowy i wywołują ubytki istoty szarej mózgu.

- kilku substancji lub zażyciem innych substancji psychoaktywnych (F19).

Szczególnie niebezpieczny czas, w którym człowiek jest podatny na różnego rodzaju uzależnienia, to adolescencja. Okres dojrzewania wiąże się z eksperymentowaniem w zakresie rzeczywistości i własnego ciała, co czasem prowadzi do destrukcji własnej osoby. Do najczęściej wymienianych przyczyn narkomanii zalicza się[27]:

- ciekawość poznawczą, chęć spróbowania czegoś, co jest nielegalne i zakazane,
- chęć odurzenia się dla chwilowej przyjemności,
- nudę, brak pomysłów na ciekawe spędzenie wolnego czasu,
- presję środowiska rówieśniczego, potrzebę akceptacji i zaimponowania innym,
- pragnienie ucieczki od problemów zewnętrznych (np. rodzinnych) i wewnętrznych (emocjonalnych, np. nieśmiałości, niskiej samooceny),
- modelowanie zachowań osób starszych (naśladowanie kolegów, rodziców-narkomanów itp.).

Wyróżnia się cztery fazy uzależnienia od narkotyków[28]:

- poznawanie stanu odurzenia – pierwsze kontakty z narkotykami, np. na imprezach, dyskotekach. Zachowanie generalnie nie odbiega od dotychczas prezentowanego, ale pojawiają się kłamstwa;
- odurzanie się dla przyjemności – wzrost tolerancji organizmu na przyjmowane dawki i większa częstotliwość „brania". Zażywanie staje się przymusem. Pojawia się „podwójne życie" i wyraźne zmiany w zachowaniu;
- odurzenie jako cel nadrzędny – zażywanie narkotyków codziennie, najczęściej w samotności. Pojawiają się problemy finansowe w związku z koniecznością kupowania coraz większych dawek. Obserwuje się stany przedawkowania, kłamstwa, kradzieże, pogarsza się stan zdrowia. Nastrój w czasie abstynencji jest bardzo przykry;

[27] https://portal.abczdrowie.pl/uzaleznienie-od-srodkow-odurzajacych
[28] Ibidem.

- odurzanie jako norma – stałe ćpanie, narkotyk staje się niezbędny do życia, narkoman nie potrafi odróżnić już stanu normalnego od stanu odurzenia, jest wrakiem człowieka, zdegradowanym psychicznie i fizycznie.

W ICD-10 wymieniono różne stany kliniczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, a wśród nich m.in.:

- ostre zatrucie (intoksykacja) – stan zaburzenia funkcji psychofizjologicznych (świadomości, procesów poznawczych, spostrzegania, afektu itp.) w stopniu klinicznie istotnym, bezpośrednio związany z przyjęciem substancji odurzającej w dawce mogącej wywołać zatrucie. Może występować z uszkodzeniami ciała i powikłaniami (majaczenie, drgawki, śpiączka, krwawe wymioty);
- używanie szkodliwe – sposób przyjmowania substancji psychoaktywnej, który wywołuje szkody zdrowotne, somatyczne lub psychiczne (np. zapalenie żył, „dołek" amfetaminowy, marskość wątroby). Do szkód psychicznych zalicza się też upośledzenie sądzenia oraz dysfunkcjonalne zachowanie, które prowadzi do niepożądanych następstw w relacjach z ludźmi. Rozpoznanie wymaga, aby charakter szkód był jasno określony i rozpoznawalny, a wzorzec zażywania utrzymywał się przez co najmniej miesiąc lub powtarzał się w ciągu ostatniego roku;
- zespół uzależnienia – uzależnienie diagnozuje się, gdy w czasie jednego miesiąca lub w sposób powtarzający się w okresie 12 miesięcy wystąpią przynajmniej 3 z poniższych objawów: silne pragnienie lub przymus przyjmowania substancji, utrata lub upośledzenie kontroli przyjmowania, fizjologiczne objawy stanu odstawienia, stwierdzenie efektu tolerancji, koncentracja życia wokół środka odurzającego, uporczywe przyjmowanie substancji mimo dowodów szkodliwych następstw;
- zespół abstynencyjny – grupa objawów po całkowitym lub częściowym odstawieniu substancji używanej w sposób powtarzany (długotrwale lub w dużych dawkach). Objawy somatyczne zależą od rodzaju substancji psychoaktywnej. Towarzyszą im z reguły: lęk, spadek nastroju, dysforia oraz zaburzenia snu. Objawy abstynencyjne mogą ustępować po przyjęciu kolejnej dawki substancji.

Narkotyki to problem społeczny. Mit, że uzależnienie od nich dotyczy jedynie ludzi bezdomnych, mieszkających na dworcach, którym życie się nie ułożyło, to bzdura. Narkomanem może być każdy, nie tylko ten, który „wygląda" jak stereotypowy narkoman. Problem z narkotykami może mieć ktoś z naszego otoczenia, kogo w ogóle o to nie podejrzewamy, bo przecież ma dobrą pracę, wspaniałą rodzinę albo dobre oceny w szkole i wielu przyjaciół. Uzależnienie od narkotyków to choroba i jak większość chorób może dotknąć każdego. Nie wmawiajmy sobie, że przecież „ktoś by coś

zauważył". Jest wiele subtelnych oznak uzależnienia, które naprawdę łatwo przeoczyć. Osoba uzależniona rzadko otwarcie przyzna się do choroby zwłaszcza, że często neguje swoje uzależnienie. Trzeba umieć dostrzegać detale, które mogą wskazywać na to, że problem istnieje, by móc jak najszybciej zareagować i pomóc[29].

Narkotyki są niezwykle szkodliwe. Uzależnienie to nie jedyny efekt uboczny stosowania narkotyków. Przy długotrwałym nadużywaniu są trucizną, która powoli niszczy cały organizm. Wpływają nie tylko na funkcjonowanie poszczególnych narządów, lecz także mogą zmieniać psychikę człowieka. Każdy narkotyk może powodować uzależnienie. Jedne mają mniejszy potencjał uzależniający, inne większy, ale uzależniają wszystkie. Uzależnienie fizyczne polega na tym, że po odstawieniu substancji psychoaktywnej dochodzi do reakcji ze strony fizjologii organizmu – pojawiają się nudności, wymioty, bóle głowy, ciągłe poszukiwanie narkotyku. Dzieje się tak dlatego, że organizm do tej pory przyzwyczajony do stałego dostarczania narkotyku przystosował się do tego i teraz bez substancji psychoaktywnej przestaje prawidłowo funkcjonować. Taki typ uzależnienia trzeba leczyć przez detoksykację. Uzależnienie psychiczne od narkotyków powoduje, że zachwiana zostaje psychika osoby uzależnionej. Nagle wszystko inne przestaje być ważne – liczy się tylko przyjmowanie narkotyku. Taka osoba zaniedbuje wszystkie czynności życia codziennego. Oprócz tego wzrasta u niej tolerancja na narkotyk, przez co musi zażywać ciągle więcej i więcej. Leczenie tego typu uzależnienia jest bardzo trudne i odbywa się w specjalnych poradniach i grupach terapeutycznych. Narkotyki mogą wpływać niekorzystnie na prawie każdy narząd w organizmie. Bardzo groźne są przede wszystkim zaburzenia pracy serca oraz depresja układu oddechowego, która może nastąpić, np. po długotrwałym stosowaniu heroiny. Po heroinie może także dojść do zaburzeń perystaltyki przewodu pokarmowego oraz zatrzymania moczu. Po wielu narkotykach występują osłabienie łaknienia, spadek masy ciała, zaburzenia odporności. Częste są też zaburzenia miesiączkowania, obniżenie płodności, czasem spadek libido. Mogą też wystąpić takie dolegliwości, jak przewlekły kaszel czy katar oraz krwawienia z nosa. Zdarzają się też drgania mięśniowe, nagłe wzrosty ciśnienia czy bóle głowy, nudności, wymioty. Przy niektórych narkotykach przyjmowanych drogą dożylną może dojść do powstawania zatorów, a w konsekwencji – mikroudarów w mózgu.

Narkotyki mogą też wyrządzić dużą szkodę w psychice człowieka. Zmiany nastroju pod ich wpływem są bardzo różne – od depresji do nadmiernej euforii. Ponadto, może wystąpić nadmierna senność albo wręcz przeciwnie – bezsenność. Człowiek czuje niepokój, traci kontrolę nad tym, co się dzieje. Pojawiają się napadowe agresywne

[29] https://portal.abczdrowie.pl/objawy-uzaleznienia-od-narkotyko

zachowania. Mogą się też pojawić halucynacje i omamy, rzeczywistość płynnie się miesza z tym, co człowiek ma tylko w swojej głowie i często trudno te dwa światy od siebie odróżnić. Długotrwałe zażywanie narkotyków może powodować wystąpienie przewlekłych psychoz lub nerwic, które mogą ciągnąć się latami, mimo odstawienia narkotyków. Narkotyki mogą też być czynnikiem spustowym dla schizofrenii[30].

Tabela 10. Zabezpieczone narkotyki w Polsce w latach 2010-2013

Rodzaj	2010	2011	2012	2013
amfetamina	518,1 kg	393,9 kg	593,8 kg	639,9 kg
marihuana	1 324,2 kg	1 211,1 kg	1 276 kg	1 176,7 kg
haszysz	85,4 kg	78,2 kg	38,5 kg	33,1 kg
heroina	24,6 kg	6,4 kg	3,5 kg	4,8 kg
kokaina	110,9 kg	75,5 kg	210 kg	19,9 kg
LSD	803 szt.	743 szt.	29 173 szt.	355 szt.
ecstasy	269 298 szt.	76 090 szt.	31 044 szt.	44 878 szt.
laboratoria	13	12	15	16

Tabela 10. Prezentuje ilość zabezpieczonych narkotyków w Polsce w latach 2010 -2013. W 2014 r. Policja zabezpieczyła ponad tysiąc kilogramów marihuany (mniej niż w latach poprzednich) oraz ponad 600 kg amfetaminy, co stanowi wzrost w stosunku do lat poprzednich. Zdecydowany spadek ilość zabezpieczonych narkotyków takich jak heroina czy haszysz odnotowano w 2013 roku względem roku 2010 (haszysz: 2010 - 85,4kg, 2013 – 33,1kg; heroina: 2010 – 24,6kg, 2013: 4,8kg). Najbardziej zauważalny spadek ilości zabezpieczonych narkotyków dotyczy kokainy – w 2010 r. zabezpieczono ponad 110 kg, natomiast w 2013 r. zaledwie 20kg. Spadła również liczba zabezpieczonych tabletek LSD i ectasy kolejno: z 803 szt. w 2010 r. do 355 szt. LSD w 2013 r. oraz z 269 tys. szt. na 45 tys. szt. Ectasy w roku 2013. Zwiększyła się natomiast liczba zabezpieczonych laboratoriów produkujących substancje psychoaktywne – z 13 w 2010 roku na 16 w 2013 r.

Tabela 11. Przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce w latach 2010- 2014

	Liczba wszczętych postępowań	Liczba podejrzanych	- w tym liczba podejrzanych nieletnich
2014	28 894	28 460	2 789
2013	25 064	28 359	3 566
2012	23 025	29 340	4 595

[30] https://portal.abczdrowie.pl/skutki-zazywania-narkotykow

	Liczba wszczętych postępowań	Liczba podejrzanych	- w tym liczba podejrzanych nieletnich
2011	22 940	29 146	4 440
2010	20 832	26 865	4 119

Według Tabela 11 konsekwentnie zwiększa się liczba popełnianych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce. Liczba wszczętych postępowań zwiększyła się o ponad 8 tys. porównując lata 2010 i 2014, zwiększyła się również liczba podejrzanych z blisko 2t tys. w 2010 roku na 28,5 w roku 2014. Natomiast zmniejszyła się liczba osób nieletnich wśród osób podejrzanych o przestępstwa narkotykowe – z ponad 4 tys. na blisko 3 tys. podejrzanych.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych tzw. dopalaczy

Dopalacze to produkty zawierające substancje psychoaktywne, które nie zostały dodane do listy zabronionych. Legalne dopalacze mają podobne działanie do substancji nielegalnych i mogą powodować równie tragiczne skutki. Pomimo tego, ludzie nadal po nie sięgają i ciągle pojawiają się nowe dopalacze.

Większość dopalaczy zawiera substancję silnie stymulującą, która obciąża układ krążenia powodując przyspieszenie rytmu serca i podwyższenie ciśnienia krwi. Dlatego długotrwałe stosowanie dopalaczy może powodować uszkodzenie serca i naczyń krwionośnych, problemy z oddychaniem, śpiączkę, a nawet śmierć. Dopalacze zawierają substancje wyprodukowane chemiczne lub otrzymane naturalnie (substancje roślinne). Wywołują one euforię u człowieka i dodają energii. Dopalacz ma negatywny wpływ na zdrowie zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Substancja ta wpływa na zmiany w mózgu oraz zmiany w jego funkcjonowaniu. Powoduje zniekształcenie otaczającej rzeczywistości, tzw. halucynacje, czyli osoba używająca dopalacze widzieć i słyszeć coś, co tak naprawdę nie istnieje. Dopalacze mogą także powodować delirium, czyli stan dezorientacji, w który osoba traci kontakt z rzeczywistością, odczuwa irracjonalny strach, lęk lub złość, oraz mówi rzeczy, które nie mają sensu dla osoby słuchającej. Delirium może się pojawić nawet po pierwszym użyciu dopalacza.

Nudności – to dość częsty efekt używania dopalaczy, szczególnie jeśli osoba korzystająca z tej używki, łączyła ją z innymi narkotykami lub alkoholem. Mdłości mijają w momencie, kiedy organizm oczyścił się z tej substancji. Nie można jednoznacznie określić, kiedy ciało całkowicie usuwa resztki dopalacza z organizmu, gdyż zależy to od składu używki, a ta bardzo się różni. Dodatkowo handlujący ciągle zmieniają skład chemiczny substancji, by skutecznie omijać obowiązujące zakazy odnośnie substancji szkodliwych. Najczęściej osoby korzystające z używki nie wiedzą, jaki dokładnie jest skład substancji.

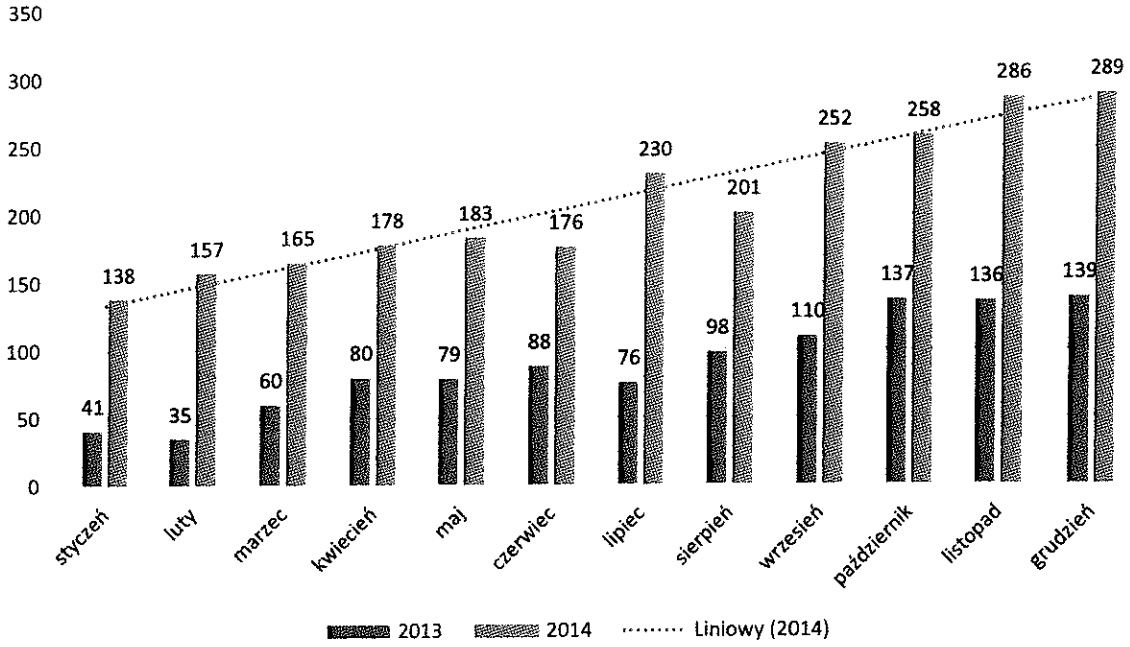
Odwodnienie – używanie dopalaczy powoduje, ze organy organizmu zużywają więcej energii niż normalnie, co powoduje większe pocenie i wzrost temperatury ciała. Jeśli osoba zażywająca środki nie uzupełni ilości płynów w organizmie może dojść do niebezpiecznego przegrzania.

Dopalacze są dużym problemem w naszym społeczeństwie. Pomimo, iż powszechnie mówi się, że są one bardzo niebezpieczne, wiele młodych ludzi dalej po nie sięga.

Skład chemiczny dopalaczy ulega ciągłej zmianie w celu ominięcia zakazów antynarkotykowych. Wraz z wejściem ustawy zabraniającej obrotu konkretną substancją psychoaktywną producenci zamieniają ją na jej analog, czyli substancję, która ma bardzo podobne działanie, a jeszcze nie została zakazana. W Stanach Zjednoczonych, Australii i Nowej Zelandii rozszerzono definicję nielegalnych substancji psychotropowych, dzięki czemu taki proceder jest niemożliwy. Kolejnym problemem prawnym w Polsce jest fakt, że produkty oficjalnie nieprzeznaczone do spożycia nie podlegają kontroli Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, co skwapliwie zostało wykorzystane przed producentów rozprowadzających dopalacze jako „produkty kolekcjonerskie". Ze względu na ominięcie przepisów substancje psychoaktywne stały się dostępne dla ludzi, mimo iż ich szkodliwość nie została nawet przebadana. Obecnie obrót dopalaczami stał się zabroniony, dzięki czemu ich dostępność została znacznie utrudniona. Warto pamiętać, że niewinnie wyglądające tabletki mogą prowadzić do utraty zdrowia, a nawet życia.

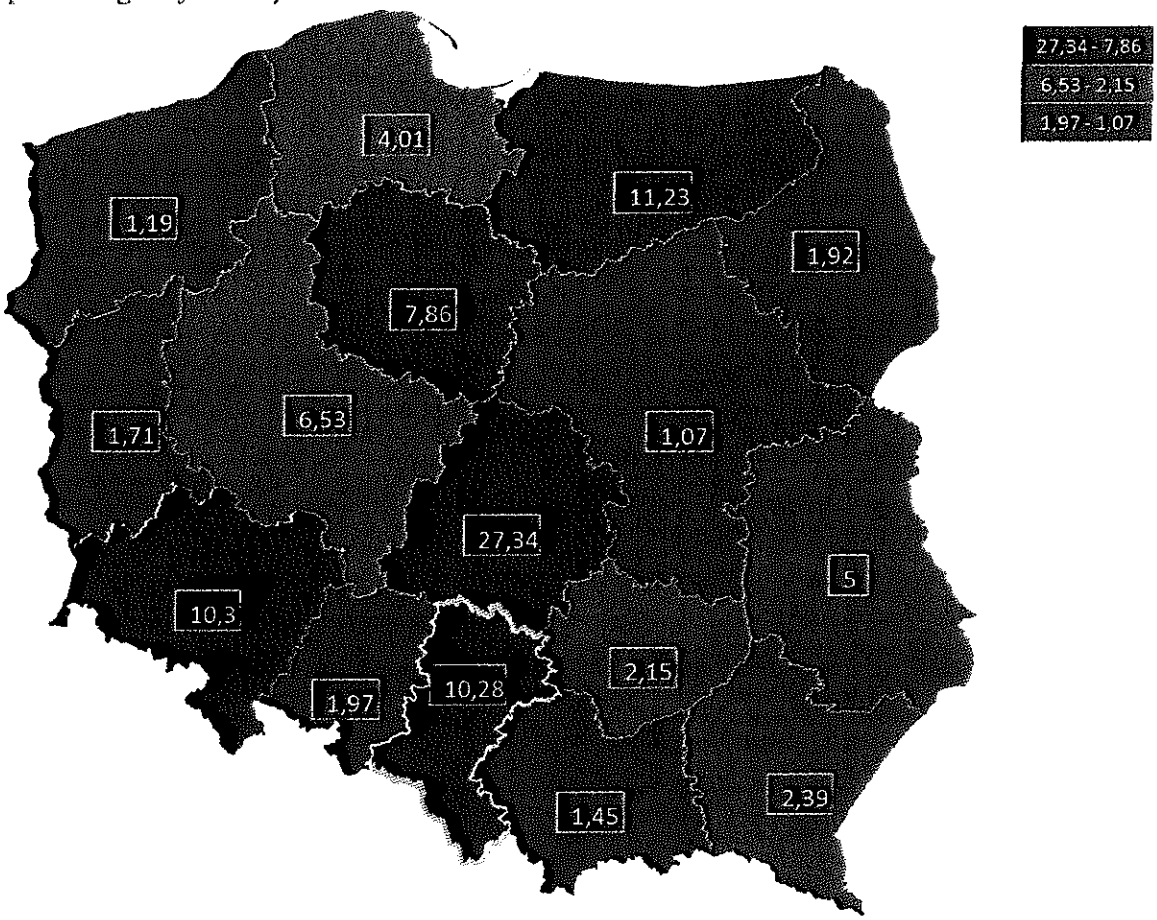
Uzależnić można się zarówno od substancji zażywanej, jak i od stanu emocjonalnego uzyskiwanego za pomocą używki – jednym słowem uzależnić można się od wszystkiego. Reklamy, propaganda i znajomi – często właśnie dzięki nim młody człowiek sięga po używki. Kiedy reklama mówi, że po zażyciu danego produktu pamięć się wzmocni, to młody człowiek nie będzie potrafił skupić się bez danego produktu. Również uprawiając jakiś sport i chcąc osiągnąć wysoki wynik, należy sięgnąć po batonika, cukierka czy napój, które na pewno zapewnią zwycięstwo. To wszystko powoduje, że młoda osoba przenosi później te używki do życia codziennego i do dyskotek, ponieważ bez pobudzenia chemicznego nie czuje się na siłach, aby coś osiągnąć. Działa tu tzw. efekt placebo.

Wykres 19. Liczba zgłoszonych podejrzeń zatruć dopalaczami w poszczególnych miesiącach w latach 2013-2014 w Polsce



Na podstawie danych Głównej Inspekcji Sanitarnej zawartych w raporcie *Razem przeciwko dopalaczom 2013-2014* przedstawionych na wykresie 86 liczba zgłoszonych podejrzeń zatruć dopalaczami drastycznie wzrastała kolejno w każdym miesiącu w latach 2013-2014. Na przestrzeni dwóch lat liczba zgłoszonych zatruć wzrosła z 41 (styczeń 2013) do 289 (grudzień 2014). Niepokojąca wydaje się być systematycznie rosnąca liczba zgłoszeń postępująca w każdym miesiącu oraz ponad dwukrotny wzrost liczby zgłoszonych podejrzeń porównując poszczególne miesiące w latach 2013 i 2014).

Wykres 20. Wskaźnik zgłoszonych zatruć dopalaczami na 100 tys. mieszkańców poszczególnych województw w 2014 r.



Analizując wskaźnik zgłoszonych zatruć dopalaczami na 100 tys. mieszkańców województwo śląskie na tle kraju plasuje się w trzeciej – najgorzej wyglądającą grupą województw przekraczającą 7,86. W danym przedziale znajdują się również: Łódzkim, Województwo Warmińsko-mazurskie, Dolnośląskie, Kujawsko-Pomorskie, z czego 3 pierwsze razem z Województwem Śląskim przekraczając wskaźnik na poziomie 10 są w najgorszej sytuacji porównując cały kraj. Najwyższy wskaźnik występuje w województwie Łódzkim – 27,37. Najniższy wskaźnik odnotowano w województwie mazowieckim (1,07) oraz zachodnio-pomorskim (1,19).

6.2.2. Podstawy prawne, dokumenty powiązane

- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi
- Roz. Min. Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 2011-2015
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu
- Rozporządzenie z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami
- Rozporządzenie z dnia 4 lutego 2004 r. w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania nietrzeźwych
- Rozp. z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie warunków i sposobu dokonywania badań na zawartości alkoholu
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych
- Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 117 poz. 678)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2012 poz. 124)
- Ustawa z dnia 17 lutego 2006 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 66, poz. 469)
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. Nr 120, poz. 826)
- Ustawa z dnia 7 grudnia 2006 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 7, poz. 48)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie określenia trybu składania ofert, kryteriów ich oceny oraz terminów postępowania konkursowego w sprawie wyboru programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych (Dz.U. Nr 64, poz. 455)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. Nr 132 poz. 931)

- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (Cel operacyjny 2),
- Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie,
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- Narodowego Programu Zdrowia,
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016,
- Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego GAMBIT 2005,
- Globalna Strategia Alkoholowa
- Strategia Unii Europejskiej w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu,
- Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2020",
- Strategi1 Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020,
- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016,
- Strategia Antynarkotykowa UE na lata 2013 – 2020
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011 – 2016
- Konwencja o środkach odurzających
- Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi.

Założenia Podstrategii są spójne z Narodowym Programem Zdrowia:

1. W obszarze gospodarki przyjmuje się zasadę, że alkohol jest specyficznym, odmiennym od innych produktów towarem. Wymaga specjalnych regulacji prawnoadministracyjnych oraz finansowych, umożliwiających wyższy stopień kontroli niż ta, która obowiązuje w systemie wolnorynkowym wobec innych produktów. Należy dążyć do zwiększenia skuteczności systemu kontroli państwa nad rynkiem wyrobów alkoholowych.
2. W obszarze życia społeczno-politycznego priorytetem są działania i decyzje służące profilaktyce i rozwiązywaniu problemów alkoholowych, pozostające w kompetencji i zakresie odpowiedzialności resortów: zdrowia, edukacji, pracy i polityki społecznej, sprawiedliwości, obrony narodowej, spraw wewnętrznych oraz samorządów województw i gmin.
3. Niezbędne jest systematyczne finansowanie Programu w ramach wyodrębnionych pozycji budżetowych resortu zdrowia, w ramach budżetów innych resortów, a także w ramach środków uzyskanych przez samorządy wojewódzkie i gminne z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż alkoholu.
4. Wskazane jest tworzenie warunków służących usprawnieniu działalności jednostek państwowych, stowarzyszeń i fundacji realizujących programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Podstrategia ds. przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

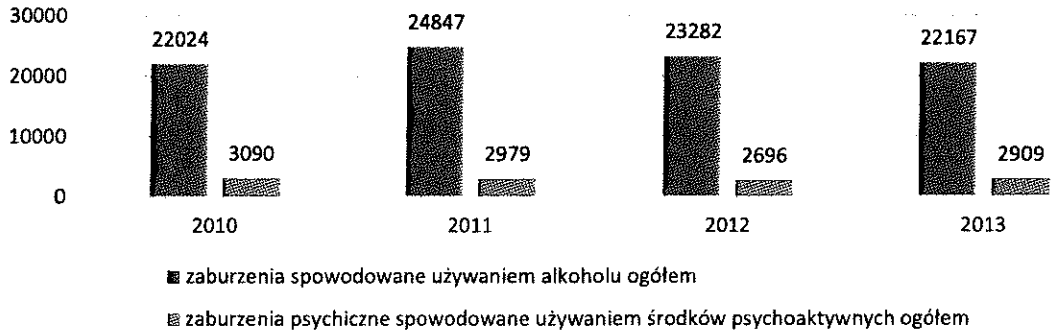
5. Skuteczne wdrażanie programu wymaga współdziałania pomiędzy organami administracji rządowej i samorządowej różnych szczebli oraz Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji.
6. Centralne organy administracji rządowej oraz Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, kierując się zasadą pomocniczości państwa, realizują zadania o zasięgu ogólnokrajowym i dostarczają profesjonalnego wsparcia dla działań samorządów terytorialnych. Podstawową rolę w tym zakresie spełnia Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, realizując zadania własne, powierzone jej przez ustawę, koordynując realizację Narodowego Programu oraz przygotowując sprawozdania z realizacji ustawy dla Sejmu. PARPA udziela wsparcia merytorycznego instytucjom, organizacjom, i samorządom terytorialnym w realizacji zadań z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych.
7. Minister zdrowia zapewnia spójną politykę państwa wobec alkoholu i związanych z nim problemów oraz nadzoruje realizację zadań profilaktyczno-naprawczych, służących ograniczaniu problemów i szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem alkoholu.
8. Samorządy województw poprzez pełnomocników ds. rozwiązywania problemów alkoholowych i współpracujące z nim służby wojewódzkie zapewniają koordynację realizacji wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, udzielają pomocy merytorycznej i organizacyjnej samorządom gminnym oraz instytucjom i organizacjom pozarządowym działającym na terenie województwa, specjalizującym się w rozwiązywaniu problemów alkoholowych.
9. Cele strategiczne i działania określone w Programie stanowią integralną część wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i są włączone do globalnej strategii rozwoju województwa.
10. Samorządy gminne, realizujące zadania określone w ustawie w formie gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, korzystają z pomocy merytorycznej i organizacyjnej samorządów województw oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Do realizacji wybranych celów mogą tworzyć porozumienia międzygminne oraz współpracować z instytucjami powiatowymi.
11. Organizacje pozarządowe są ważnym partnerem w realizacji zadań określonych w Programie na szczeblu centralnym, wojewódzkim i gminnym.
12. Organy administracji rządowej i samorządy lokalne współpracują ze środowiskami samopomocowymi osób z problemami alkoholowymi, udzielając im odpowiedniego wsparcia i korzystając z ich pomocy.
13. Rada Ministrów:

a. zatwierdza założenia polityki społeczno-gospodarczej opracowane w postaci Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
b. składa corocznie Sejmowi sprawozdanie z wykonania ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, przygotowywane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

6.2.3. Diagnoza obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego w podziale na poszczególne gminy powiatu:

Charakterystyka problemu

Wykres 21. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu w latach 2011-2013 w Województwie Śląskim



Źródło: opracowanie własne na podstawie Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny

Największą liczbę osób zarejestrowanych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu ogółem odnotowano w 2011 roku (blisko 25 tys. osób), natomiast w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych ogółem w 2010 roku (ponad 3 tys. osób). Liczba osób zarejestrowanych w poradniach w latach 2010 – 2013 oscylowała na podobnym pułapie.

Tabela 12. Dane dotyczące przemocy w rodzinie w województwie śląskim

Rok	2012	2013	2014
Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu (ogółem)	4054	5037	6203
kobiet	151	225	300
mężczyzn	3901	4809	5899
nieletnich	2	3	4

Rok	2012	2013	2014
- w tym: doprowadzonych do izb wytrzeźwień lub innych tego typu placówek (ogółem)	1356	1589	2603
kobiet	48	94	134
mężczyzn	1307	1492	2466
nieletnich	1	3	3
- w tym: doprowadzonych do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych do wytrzeźwienia (ogółem)	1278	1428	1276
kobiet	31	42	54
mężczyzn	1245	1386	1222
nieletnich	2	0	0

Źródło: Opracowanie własne EU-Consult Sp. z o.o. na podstawie „Sprawozdań z realizacji przez Policję procedury NIEBIESKIEJ KARTY" za lata 2012-2014, udostępnionych przez Komendę Wojewódzką Policji w Katowicach

Tabela 12. przedstawia dane dotyczące przemocy w rodzinie w województwie śląskim, z której wynika, że systematycznie wzrasta liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu z ponad 4 tys. w 2012 roku do ponad 6 tys. w roku 2014. W województwie Śląskim szacuje się, że blisko 5900 mężczyzn i 300 kobiet w 2014 roku stosowała przemoc domową pod wpływem alkoholu, z czego prawie 2500 mężczyzn i 134 kobiety zostały doprowadzone do izb wytrzeźwień lub innych tego typu placówek. Natomiast 1222 mężczyzn i 54 kobiety zostały doprowadzone do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych do wytrzeźwienia.

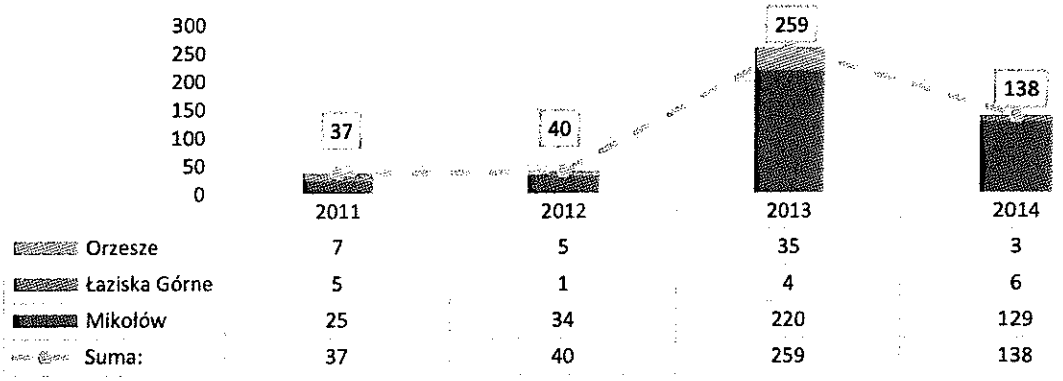
Tabela 13. Dane dotyczące liczby osób doznających przemocy w rodzinie, osób stosujących przemoc i jej świadków w 2012 r.

Powiat	Gmina	Osoby doznające przemocy w rodzinie	Osoby stosujące przemoc w rodzinie	Świadkowie przemocy w rodzinie
Mikołowski	Orzesze	0	0	0
	Ornontowice	3	3	0
	Wyry	3	3	0
	Łaziska Górne	2	2	0
	Mikołów	25	15	0
Suma		33	23	0

Źródło: Opracowanie ROPS na podstawie ankiet PARPAG1 za 2012 r. [podane za: Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w województwie śląskim na lata 2014-2020, Katowice, 2014 r.]

W Powiecie Mikołowskim w 2012 roku (Tabela 13) ofiarami przemocy domowej były 33 osoby, z czego najwięcej (25) w Mikołowie, po 3 w Gminie Ornontowice i Gminie Wyry, a 2 w Łaziskach Górnych. W 2012 roku, w Powiecie Mikołowskim przemoc w rodzinie stosowały 23 osoby (15 w Mikołowie, po 3 w Gminie Ornontowice i Gminie Wyry, 2 w Łaziskach Górnych), natomiast w żadnej z Gmin Powiatu Mikołowskiego nikt oficjalnie nie był świadkiem przemocy w rodzinie.

Wykres 22. Skala ilości ujawnionych czynów na terenach poszczególnych gmin Powiatu Mikołowskiego w latach 2011-2014



W 2014 roku Wydział Kryminalny KPP w Mikołowie, wraz z podległymi Komisariatami w Łaziskach Górnych i Orzeszu (wykres 89) ujawnił i stwierdził 138 czynów z Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii, tj. o 91 mniej niż w analogicznym okresie roku ubiegłego, jednak więcej o 98 niż w roku 2012 i o 101 więcej porównując z rokiem 2011.

Mikołów

Ze względu na brak oficjalnych informacji na temat liczebności osób uzależnionych w poszczególnych powiatach i gminach liczbę osób uzależnionych w każdej Gminie można oszacować analogicznie do szacunków PARPA[31]:

- Ok 2% populacji to osoby uzależnione od alkoholu,
- Ok 4% populacji to osoby dorosłe, żyjące w otoczeniu alkoholika, takie jak: współmałżonkowie, rodzice itd.,
- Ok 4% populacji to dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików,
- Ok 6% populacji to osoby pijące szkodliwie,
- 2/3 dorosłych oraz 2/3 dzieci z rodzin alkoholików to ofiary przemocy domowej.

Tabela 14. Liczba osób, wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Mikołowie na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Mikołów
Populacja		38478602	96107	39795
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	796
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	1592

[31] Dane szacunkowe wg.: http://www.parpa.pl/

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Mikołów
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	1592
Osoby pijące szkodliwie	ok.6% populacji	2308716	5766	2388
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	2120

Z powyższej tabeli wynika, że w Powiecie Mikołowskim żyje blisko 2000 osób uzależnionych od alkoholu i prawie 4000 osób żyjących w otoczeniu alkoholika oraz tyle samo dzieci żyjących w rodzinach alkoholików. Według szacunków 5766 mieszkańców Powiatu Mikołowskiego to osoby pijące szkodliwie, natomiast 5121 to ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

W Mikołowie szacuje się, że 796 osób jest uzależnionych od alkoholu, a ponad 1500 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Blisko 2400 osób to osoby pijące szkodliwe, a ok. 2100 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

Łaziska Górne

Tabela 15. Liczba osób, wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Łaziskach Górnych na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Łaziska Górne
Populacja		38478602	96107	22419
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	448
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	897
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	897
Osoby pijące szkodliwie	ok.6% populacji	2308716	5766	1345
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	1194

W Łaziskach Górnych (*Tabela 15.*) szacuje się, że 448 osób jest uzależnionych od alkoholu, a blisko 900 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Ponad 1300 osób to osoby pijące szkodliwe, a ok. 1200 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

Orzesze

Tabela 16. Liczba osób, wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Mieście Orzesze na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Orzesze
Populacja		38478602	96107	20194
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	404
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	808
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	808
Osoby pijące szkodliwie	ok 6% populacji	2308716	5766	1212
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	1076

W Orzeszu (Tabela 16.) szacuje się, że 404 osoby są uzależnione od alkoholu, a ponad 800 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Ponad 1200 osób to osoby pijące szkodliwe, a ok. 1000 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

Tabela 17. Interwencje Komisariatu Policji w Orzeszu

	liczba interwencji			
	2010	2011	2012	2013
Interwencje wobec osób nietrzeźwych	533	346	389	252
Liczba zatrzymań nietrzeźwych kierujących	77	81	82	17
Liczba założonych Niebieskich Kart	19	16	7	29

W 2013r. w Izbie Wytrzeźwień (Tabela 17) przebywało 91 mieszkańców Orzesza (w tym 8 kobiet, 83 mężczyzn), w roku 2012 - 83, w roku 2011 – 75, a w roku 2010 – 73 osób. Do Sądu Rejonowego w Mikołowie wpłynęły w 2013r. 14 wnioski o zobowiązanie do leczenia odwykowego wobec mieszkańców Orzesza, z czego prowadzone były 27 sprawy (w 2012r. – 22 spraw).

Komisariat Policji w Orzeszu prowadzi sprawy związane z nadużywaniem alkoholu. W 2013r. miało miejsce 252 interwencji wobec osób nietrzeźwych lub będących pod wpływem alkoholu (w roku 2012 podjęto 389 interwencji). Ponadto w 2013r. zatrzymano 17 nietrzeźwych kierowców, bądź kierujących będących pod wpływem alkoholu (w 2012r. – 82). W Komisariacie Policji w Orzeszu prowadzono w 2013r. 3 postępowania w sprawach z Ustawy o narkomanii, gdzie postawiono 3 zarzuty o przestępstwo (w 2012r. – 5 zarzutów).

Alkohol a koszty pomocy społecznej - w 2013 roku z pomocy materialnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Orzeszu korzystały 300 rodzin. W 36 rodzinach występował problem uzależnienia od alkoholu, rodziny te zostały objęte pomocą. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc rodzinom, w których występuje problem alkoholowy wyniosła w 2013 roku 49 228 zł.

Alkohol a przemoc domowa - Ze zjawiskiem uzależnienia często związany jest także problem przemocy domowej. Problem przemocy domowej występuje w 14 rodzinach (w 2012r. - 37). Rodziny te objęte są działaniami zespołu interdyscyplinarnego - wprowadzona jest procedura niebieskiej karty. Także w orzeskim Komisariacie Policji w przypadku zaistnienia przemocy domowej zakłada się tzw. Niebieskie Karty. W roku 2013 założono 29 Niebieskich Kart (w roku 2012 - 7).

W Sądzie Rejonowym w Mikołowie toczą się postępowania wobec osób stosujących przemoc wobec rodziny - w 2013r. zarejestrowano 1 sprawę (w 2012r. – 4).

Również Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie pomaga osobom borykającym się z problemem alkoholowym oraz z problemem przemocy domowej – w 2013 roku z pomocy skorzystało 23 mieszkańców z terenu Orzesza, udzielono 152 porady.

Gmina Ornontowice

Tabela 18. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Ornontowice na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Gmina Ornontowice
Populacja		38478602	96107	5963
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	119
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	239
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	239
Osoby pijące szkodliwie	ok.6% populacji	2308716	5766	358
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	318

W Gminie Ornontowice (Tabela 18) szacuje się, że 119 osób jest uzależnionych od alkoholu, a ponad 200 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Ponad 350 osób to osoby pijące szkodliwe, a ok. 300 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

Tabela 19. Liczba punktów sprzedaży alkoholu w Gminie Ornontowice

	2012	2013
Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych na dzień 31.12.2013r.	18	17
Liczba punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży	10	10
Liczba punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia w miejscu sprzedaży	8	7

W 2013 roku w Gminie Ornontowice (Tabela 19.) 17 punktów prowadzi sprzedaż napojów alkoholowych, w tym 10 prowadzi sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży, a 7 do spożycia w miejscu sprzedaży. Względem 2012 roku zmniejszyła się wyłącznie liczba punktów sprzedaż prowadzące sprzedaż napojów do spożycia na miejscu.

Tabela 20. Działania podejmowane przez GKRPA w Ornontowicach

	2012	2013
Liczba posiedzeń GKRPA	5	4
Liczba spraw prowadzonych przez GKRPA o w celu zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego	10	15
Liczba wniosków skierowanych do Komisji o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego	7	10
Liczba wniosków do sądu o wszczęcie postępowania w sprawie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu	1	3
Liczba przeprowadzonych badań lekarzy biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu	5	6
Liczba osób, które podjęły leczenie w placówce lecznictwa odwykowego	4	5

Tabela 20. przedstawia liczbę działań podejmowanych przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która w 2013 roku zbierała się czterokrotnie prowadząc 15 spraw. Do Komisji w 2013 roku zostało zgłoszonych 10 wniosków o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego, a GKRPA skierowała 3 wnioski do sądu o wszczęcie postępowania w sprawie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

Tabela 21. Liczba interwencji policji na terenie Gminy Ornontowice

	2012	2013
Liczba interwencji ogółem	340	430
Liczba interwencji z udziałem osób znajdujących się pod wpływem środków psychoaktywnych (głównie alkoholu)	190	132
Liczba osób przewiezionych do izby wytrzeźwień	19	37
Liczba zatrzymanych kierowców w stanie nietrzeźwości	8	37
Liczba zatrzymanych osób za posiadanie narkotyków	2	0

W powyżej tabeli ujęta została liczba interwencji policji na terenie Gminy Ornontowice (w 2012 roku - 340, 2013 - 430) z uwzględnieniem interwencji z udziałem osób znajdujących się pod wpływem środków psychoaktywnych (w 2012 roku - 190, 2013 - 132). Warto zauważyć, że przy zwiększonej liczbie interwencji policji zmniejszyła się liczba interwencji powiązanych ze środkami psychoaktywnymi. W 2013 roku zwiększyła się liczba osób przewiezionych do izby wytrzeźwień oraz liczba kierowców zatrzymanych w stanie nietrzeźwości.

Tabela 22. Działania podejmowane przez punkt konsultacyjny, GOPS na terenie Gminy Ornontowice

Punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ofiar przemocy		
	2012	2013
Liczba udzielonych porad ogółem	54	113
Porady prawnika	27	34
Porady psychologa	27	79
Gminny ośrodek pomocy społecznej		
Liczba rodzin z problemem alkoholowym którym udzielono różnych form pomocy finansowej i materialnej w formie obiadów, zasiłków celowych oraz zasiłków okresowych	6	5
Świetlica profilaktyczno-wychowawcza i terapeutyczna		
Liczba dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, w tym z rodzin z problemem alkoholowym bądź z podejrzeniem problemu alkoholowego objętych pomocą w ramach działalności Świetlicy	15	23
Procedura niebieskiej karty		
Liczba prowadzonych niebieskich kart w danym roku	19	21
Liczba uruchomionych niebieskich kart w danym roku	15	14
Ilość prowadzonych niebieskich kart w których wystąpił problem alkoholowy	10	13

Tabela 22. przedstawia działania podejmowane przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, świetlice profilaktyczno-wychowawczą i terapeutyczną oraz statystyki dotyczące procedury niebieskiej karty w Gminie Ornontowice.

Gmina Wyry

Tabela 23. Szacunkowa liczba osób wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Wyry na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Gmina Wyry
Populacja		38478602	96107	7736
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	155
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	309

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Gmina Wyry
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	309
Osoby pijące szkodliwie	ok.6% populacji	2308716	5766	464
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	412

W Gminie Wyry (Tabela 23. Szacunkowa liczba osób wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Wyry na podstawie danych szacunkowych PARPA) szacuje się, że 155 osób jest uzależnionych od alkoholu, a ponad 300 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Ponad 450 osób to osoby pijące szkodliwe, a ok. 400 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

Tabela 24. Działania podejmowane przez GKRPA, GOPS na terenie Gminy Wyry w 2014 r.

Działania podejmowane przez GKRPA	
Liczba spraw prowadzonych przez GKRPA o podjęcie leczenia odwykowego	17
Liczba wniosków skierowanych do GKRPA o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego	8
Liczba osób skierowanych do przeprowadzenia badań przez lekarzy biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu	4
Liczba osób, które podjęły leczenie w placówce leczenia odwykowego	1
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej	
Liczba rodzin z problemem alkoholowym którym udzielono różnych form pomocy finansowej i materialnej w formie zasiłków okresowych oraz celowych i obiadów	12
Punkt Konsultacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ofiar przemocy	
Liczba udzielonych porad ogółem	58
porady psychologa i członka Klubu AA	29
porady prawnika	19
porady pedagoga	10
Gminne Świetlice Środowiskowe	
Liczba dzieci z rodzin dysfunkcyjnych w tym z rodzin z problemem uzależnień lub podejrzeniem o taki problem, objętych pomocą w Świetlicy w Wyrach	12
Liczba dzieci z rodzin dysfunkcyjnych w tym z rodzin z problemem uzależnień lub podejrzeniem o taki problem, objętych pomocą w Świetlicy w Gostyni	17

W tabela powyżej zamieszczono działania podejmowane przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Punkty Konsultacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ofiar przemocy oraz Gminne Świetlice Środowiskowe.

Tabela 25. Działania podejmowane przez Komendę Powiatową w Mikołowie dotyczące mieszkańców Gminy Wyry w 2014 r.

Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie	
Liczba interwencji ogółem	272
Liczba osób dowiezionych do Izby Wytrzeźwień	4
Liczba założonych „Niebieskich Kart"	10

Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie w 2014 roku w Powiecie Mikołowskim interweniowała 272 razy, z czego czterokrotnie odwoziła osoby nietrzeźwe do Izby Wytrzeźwień, a dziesięciokrotnie przedstawiciele policji zakładali „Niebieskie Karty".

Lokalna dostępność alkoholu

Tabela 26. Punkty sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych w gminach w 2012 roku

Powiat	Liczba Gmin	Liczba punktów sprzedaży alkoholu	Liczba mieszkańców na 1 punkt
Mikołowski	5	413	230,5

Źródło: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych na obszarze Województwa Śląskiego w 2012 roku

W Powiecie Mikołowskim (Tabela 26.) w 2012 roku działało 413 punktów sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych, natomiast na jeden taki punkt średnio przypadało ponad 230 mieszkańców powiatu.

Tabela 27. Limity punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Powiecie Mikołowskim w podziale na Gminy

Miejsce	Liczba mieszkańców (2014)	Limit punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży	Limit punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych w miejscu sprzedaży
Powiat Mikołowski	96107	230	172 + Gmina Wyry[32]
Mikołów	39795	100	80
Łaziska Górne	22419	50	40
Orzesze	20194	45	40
Gmina Ornontowice	5963	20	12
Gmina Wyry	7736	20 (od stycznie 2016 r. 22)	15

Źródło: opracowanie własne na podstawie Uchwał Rad Gmin

[32] Uchwała Rady Gminy Wyry nr XXIV/202/2008 z dnia 13.08.2008 r.

Limity punktów sprzedaży napojów alkoholowych regulowane są przez Uchwały podejmowane przez Rady Gminy/Miasta. W Powiecie Mikołowskim limity dotyczące punktów sprzedaży regulują możliwości otwierania nowych punktów do 230 miejsc sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży oraz 172 miejsca sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych w miejscu sprzedaży. Największe limity są w Mikołowie (w sumie 180 punktów sprzedaży), w Łaziskach Górnych możliwe jest otworzenie dokładnie o połowę mniej punktów sprzedaży (90), a w Orzeszu liczba punktów sprzedaży nie może przekroczyć 85 miejsc. Gmina Ornontowice dysponuje limitem w postaci 32 miejsc sprzedaży alkoholu, natomiast w Gminie Wyry limit punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży wynosi 22 od stycznia 2016 r. oraz 15 w przypadku limitu punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych w miejscu sprzedaży.

Mikołów

Uchwałą Nr XI/246/2015 Rady Miejskiej Mikołowa z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie zasad usytuowania na terenie gminy Mikołów miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na podstawie art.12 ust.2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz.1356 z późn.zm.), po przeprowadzeniu konsultacji projektu uchwały z organizacjami pozarządowymi i innymi uprawnionymi podmiotami, na wniosek Burmistrza Mikołowa Rada Miejska uchwaliła:

- § 1. Ustala się ogólnie obowiązujące zasady usytuowania na terenie gminy Mikołów miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych stanowiąc, że punkty sprzedaży napojów alkoholowych, nie mogą być zlokalizowane:
    1. W odległości mniejszej niż 150 m od następujących obiektów chronionych: przedszkoli, szkół podstawowych, gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych, placówek oświatowo-wychowawczych, budynków sakralnych, gminnych placów zabaw oraz parków.
- § 2. Ograniczenia odległości, o których mowa w § 1 pkt 1 nie dotyczą punktu sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych podczas organizacji imprez na otwartym powietrzu oraz imprez masowych organizowanych na podstawie ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych z dnia 20 marca 2009 r. (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 611 z późn. zm.) pod warunkiem, że punkt sprzedaży napojów alkoholowych będzie usytuowany w wyznaczonym na ten cel miejscu.
- § 3. Odległości, o których mowa w § 1 pkt 1 mierzone są najkrótszą drogą dojścia z uwzględnieniem trwałej przeszkody, mierzoną od wejścia do punktu sprzedaży napojów alkoholowych do wejścia na teren obiektów, o których mowa w § 1 pkt 1.

- § 4. Droga dojścia jest to droga, którą należy przebyć od punktu sprzedaży napojów alkoholowych do obiektów chronionych zgodnie z przepisami ustawy z 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1137 z późn. zm.).
- § 5. Przepisów § 1 nie stosuje się w sytuacji, gdy obiekt chroniony powstaje w odległości mniejszej niż określona w §1, od istniejącego już punktu sprzedaży i podawania napojów alkoholowych oraz w stosunku do punktów sprzedaży i podawania napojów alkoholowych znajdujących się w takiej mniejszej odległości, jeżeli punkt ten powstał w czasie obowiązywania innych, dopuszczających taką mniejszą odległość przepisów.

Uchwałą NR V/54/2015 Rady Miejskiej Mikołowa z dnia 24 lutego 2015 r. w sprawie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych, na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 z późn. zm.), po przeprowadzeniu konsultacji projektu Uchwały z organizacjami pozarządowymi i innymi uprawnionymi podmiotami, na wniosek Burmistrza Mikołowa Rada Miejska Mikołowa uchwala:

- **§ 1.** Ustalić dla terenu Gminy Mikołów ogólną liczbę 180 punktów sprzedaży napojów zawierających powyżej 4,5 % alkoholu (z wyjątkiem piwa), przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży, jak również w miejscu sprzedaży, w tym:
  - liczbę 100 punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5 % alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży;
  - liczbę 80 punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5 alkoholu (z wyjątkiem piwa), przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży.
- **§ 2.** Zezwolenia na sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych wydane przed dniem wejścia w życie niniejszej Uchwały zachowują ważność do upływu terminu ich ważności.
- **§ 3.** Traci moc Uchwała nr XXXIII/802/2013 Rady Miejskiej Mikołowa z dnia 27 sierpnia 2013 r. w sprawie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych.
- **§ 4.** Wykonanie Uchwały powierza się Burmistrzowi Mikołowa.
- **§ 5.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego.

Łaziska Górne

Uchwała nr XXI/223/12 Rady Miejskiej w Łaziskach Górnych z dnia 19 czerwca 2012r. w sprawie zasad usytuowania na terenie miasta Łaziska Górne miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych oraz warunki sprzedaży i podawania tych napojów

na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1 i art. 42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.) w związku z art. 12 ust. 2 oraz art. 14 ust. 6 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. z 2000 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.)

Rada Miejska w Łaziskach Górnych uchwala:

- § 1. Ustala się zasady usytuowania na terenie miasta Łaziska Górne miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych.
- § 2. Sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży i poza miejscem sprzedaży nie może być prowadzona w odległości mniejszej niż 40 metrów od obiektów: cmentarzy, szkół i przedszkoli, placówek oświatowo-wychowawczych, gminnych placów zabaw oraz parków.
- § 3. Wprowadza się stały zakaz sprzedaży i podawania napojów alkoholowych w promieniu 100 metrów od wejść do obiektów kultu religijnego.
- § 4. Wprowadza się stały zakaz sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży na terenie Ośrodka Rekreacyjno-Sportowego "Żabka".
- § 5. Wprowadza się stały zakaz sprzedaży i podawania napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 4,5 % z wyjątkiem piwa przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży na terenie Ośrodka Rekreacyjno-Sportowego "Żabka" oraz zakaz spożywania tych napojów.
- § 6. Ograniczenia odległości, o których mowa w § 2, nie dotyczą punktu sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych podczas organizacji imprez na otwartym powietrzu oraz imprez masowych organizowanych na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2009 r. Nr 62, poz. 504 z późn. zm.).
- § 7. Odległości, o których mowa w § 2, mierzy się ciągami przeznaczonymi dla pieszych od drzwi wejściowych punktu sprzedaży napojów alkoholowych do wejścia na teren obiektów chronionych.
- § 8. Zezwolenia wydane przed wejściem w życie niniejszej uchwały zachowują ważność do upływu terminu ich ważności.

Zgodnie z Protokołem nr 2/14 z posiedzenia Komisji Samorządu, Porządku i Bezpieczeństwa Publicznego Rady Miejskiej w Łaziskach Górnych odbytego w dniu 11 lutego 2014 r. na terenie miasta obowiązują limity określone uchwałą z 2007 roku, która stanowi, że sklepów może być 50, a restauracji 40 (z możliwością spożycia napojów alkoholowych na miejscu). Na dzień dzisiejszy na terenie miasta lokali gastronomicznych, które posiadają zezwolenie na sprzedaż alkoholu z możliwością

spożycia na miejscu jest 25, w tym 3 mają tylko koncesję na sprzedaż piwa, natomiast sklepów jest 38, w tym 6 sklepów posiada koncesję tylko na sprzedaż piwa.

Opinia Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wpłynęła do Urzędu w dniu 6.02.2014r. i jej stanowisko jest jednoznaczne, aby utrzymać w mocy obowiązującą uchwałę nr XXI/223/12 z dnia 19.06.2012r. w sprawie zasad usytuowania na terenie miasta Łaziska Górne miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych oraz warunki sprzedaży i podawania tych napojów.

Orzesze

Uchwałą NR VII/48/03 Rady Miejskiej Orzesze z dnia 29 kwietnia 2003 r. w sprawie zasad usytuowania na terenie gminy Orzesze, miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1, art. 42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. Nr 142 z 2001 r., poz. 1591 z późniejszymi zmianami), w związku z art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r., Nr 147, poz. 1231 z późniejszymi zmianami), Rada Miejska Orzesze uchwaliła:

- **§ 1.** Zasady usytuowania na terenie gminy Orzesze miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych:
  1. Miejsca ze sprzedażą napojów alkoholowych nie mogą być usytuowane na terenie:
     - parkingów miejskich,
     - dworców kolejowych,
     - targowisk, hal targowych,
     - zakładów opieki zdrowotnej i społecznej.
  2. Placówki ze sprzedażą napojów alkoholowych winny być usytuowane w odległości większej niż 50 mb (licząc w linii prostej najkrótszą odległość mierzoną od wejścia do placówki handlowej lub gastronomicznej do ogrodzenia terenu, w którym usytuowany jest obiekt, a w razie braku ogrodzenia - do budynku obiektu lub pomieszczeń) niżej podanych obiektów:
     - kościołów i miejsc przeznaczonych do publicznego stałego wykonywania obrzędów religijnych,
     - szkół, przedszkoli, placówek wychowawczych i opiekuńczych,
     - zakładów opieki zdrowotnej i społecznej
     - dworców kolejowych
  3. Placówka może być usytuowana w odległości mniejszej niż przewidziano w punkcie 2 o ile po zasięgnięciu opinii, użytkownik obiektu chronionego nie zgłosi zastrzeżeń.

Uchwałą Nr XLIV/334/06 Rady Miejskiej Orzesze z dnia 10 sierpnia 2006 r. w sprawie ustalenia dla terenu miasta Orzesze liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 4,5% z wyjątkiem piwa, przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1 i art. 42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zmianami) w związku z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 z późn. zmianami) Rada Miejska w Orzeszu uchwaliła:

- **§ 1.** Ustala się liczbę 85 punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży, z czego do spożycia poza miejscem sprzedaży 45 punktów oraz w miejscu sprzedaży 40 punktów.

Gmina Ornontowice

Uchwałą Nr XIII/82/07 Rady Gminy Ornontowice z dnia 26 września 2007 r. w sprawie ustalenia dla terenu gminy liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa), przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży na podstawie art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1 Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. Nr 142 z 2001 r., poz. 1591 z późn. zm.) i art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz. U. Nr 70 z 2007 r., poz. 473 z późn. zm.), na wniosek Wójta Gminy, po uzyskaniu pozytywnej opinii Gminnej Komisji Rozwiązywania problemów Alkoholowych znak: ZWGOPS/GKRPA/TG/0717-A/34/2007 z dnia 23 sierpnia 2007 r., Rada Gminy Ornontowice uchwaliła:

- §1 Ustala się liczbę 32 punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży, z czego do spożycia poza miejscem sprzedaży 20 punktów, a w miejscu sprzedaży 12 punktów.

Gmina Wyry

Uchwałą NR XXIV/202/2008 Rady Gminy Wyry z dnia 13 sierpnia 2008 roku w sprawie: ustalenia na terenie gminy liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 4,5% z wyjątkiem piwa przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży na podstawie art.18 pkt.2 pkt.15, art. 40 ust.1, art.41 ust.1 i art.42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1591 z późniejszymi zmianami) oraz art.2 ust.1, art.4 ust.1, art.13 ust.2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r.

o ogłoszeniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz.U. z 2005 r. Nr 590 poz. 1606 z późniejszymi zmianami) w związku z art.12 ust.1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 147 poz.1231 z późniejszymi zmianami) Rada Gminy Wyry postanowiła:

- Ustala się liczbę 15 punktów sprzedaży napojów alkoholowych powyżej 4,5% alkoholu z wyjątkiem piwa przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży.

Natomiast Uchwałą NR XIII/127/2015 Rady Gminy Wyry z dnia 30 grudnia 2015 w sprawie ustalenia na terenie gminy liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 4,5% z wyjątkiem piwa przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży na podstawie art.12 ust. 1 i 4 z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi Rada Gminy Wyry ustaliła:

- Liczbę 22 punktów sprzedaży napojów alkoholowych powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży.

Gminne zasady usytuowania miejsc sprzedaży ustalone zostały w uchwale XXXVI/344/2009 z dnia 26 sierpnia 2009 r.

Tabela 28. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Gminie Wyry w 2014 r.

	2014
Liczba mieszkańców	7736
Liczba punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży	20
Liczba punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia w miejscu sprzedaży	15

W Gminie Wyry, na 7736 mieszkańców przypada 20 punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży oraz 15 punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia w miejscu sprzedaży.

Powiat Mikołowski

Według Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) w Powiecie Mikołowskim przedsiębiorstw prowadzących działalność związaną

ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych i bezalkoholowych prowadzoną w wyspecjalizowanych sklepach (PKD 47.25.Z) **jest 283.** z czego[33]:

- W Mikołowie – 127
- W Łaziskach Górnych – 59
- W Orzeszu – 57
- W Gminie Ornontowice – 18
- W Gminie Wyry – 21

Największa liczba przedsiębiorstw prowadzących działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych według CEIDG (PKD 47.25.Z) funkcjonuje w Mieście Mikołów (127) oraz Mieście Łaziska Górne (59) i Mieście Orzesze (57), natomiast największa dostępność napojów alkoholowych (najmniejsza liczba mieszkańców przypadająca na jedno przedsiębiorstwo) przypada na Miasto Mikołów (313 przedsiębiorstw/1 mieszkańca) oraz w Gminie Ornontowice (331/1).

Tabela 29. Liczba mieszkańców przypadających na 1 przedsiębiorstwo zarejestrowane jako prowadzące działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych (stan na 11.2015)

Miejsce	Liczba przedsiębiorstw prowadzących działalność związaną ze sprzedażą detaliczna napojów alkoholowych (PKD 47.25.Z	Liczba mieszkańców	Liczba mieszkańców przypadająca na 1 przedsiębiorstwo
Powiat Mikołowski	283	96107	340
Mikołów	127	39795	313
Łaziska Górne	59	22419	380
Orzesze	57	20194	354
Gmina Ornontowice	18	5963	331
Gmina Wyry	22	7736	352

Źródło: opracowanie własne na podstawie CEIDG

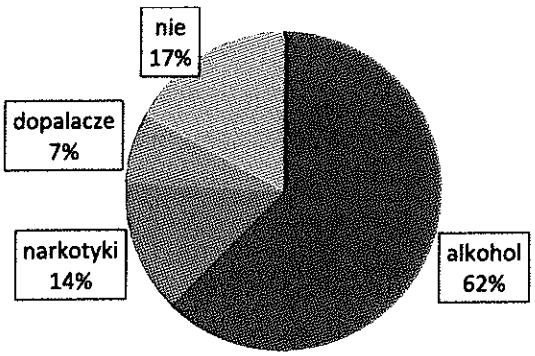
Liczba podmiotów gospodarczych zarejestrowanych jako prowadzące działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych w Powiecie Mikołowskim, na dzień 11.2015 wyniosła 283, z czego na 1 podmiot przypadło średnio 340 mieszkańców Powiatu. W Mikołowie zarejestrowanych jest 127 podmiotów, w Łaziskach Górnych - 59, w Orzeszu – 57, a w Gminie Ornontowice i Wyry 40 (kolejno 18 i 22). Najmniejsza liczba mieszkańców Powiatu przypadająca na jednej sklep występuje w Mikołowie (313) oraz w Gminie Ornontowice (331), natomiast największa liczba potencjalnych klientów na jeden podmiot przypada w Łaziskach Górnych (380) i Orzeszu (354).

[33] https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/ (stan na 11.2015)

Używanie substancji uzależniających przez dzieci i młodzież

Podpunkt został opracowany w oparciu o badania z uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, którzy odpowiadali na pytania związane z wykluczeniem społecznym.

Wykres 23. Czy kiedykolwiek zażywałeś/ spożywałeś którąś z poniższych substancji?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania PAPI z uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych

Ponad 60% uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych spożywało alkohol. Duży odsetek osób (13,57%) zażywało również narkotyk. W przypadku dopalaczy, aż 7,13% osób uczestniczących w badaniu miało do czynienia ze wskazanymi substancjami. Niecałe 17% uczniów nigdy wcześniej nie spożywało alkoholu ani nie spożywało narkotyków i dopalaczy.

6.2.4. Profilaktyka problemów związanych z nadużywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków

Profilaktyka nadużywania alkoholu

Alkoholizm to poważny problem społeczny, zaś jego drastyczne skutki są odczuwalne we wszystkich aspektach życia osoby uzależnionej, jak również jej bliskich. Obok skutków społecznych, dotkliwe są również zdrowotne - życie alkoholika staje się pasmem niekończących się problemów i udręk, a pogłębiający się nałóg powoduje ich nawarstwianie.

Z jarzma dramatycznie pogarszającej się sytuacji, chorego może wyrwać wyłącznie detoks i leczenie, z pomocą którego będzie w stanie powrócić do społeczeństwa.

Społecznie pożądanym celem nie jest jednak wcale walczenie ze skutkami nałogu, a wyeliminowanie jego przyczyn. Bardzo istotną kwestią jest więc profilaktyka alkoholowa. Leczenie uzależnień to tylko pozbywanie się skutku, a nie przeciwdziałanie problemowi. Zadanie jest wyjątkowo trudne – w przeciwieństwie do narkotyków, nie jest bowiem możliwe zakazanie używki i wyeliminowanie jej ze społeczeństwa. Świadomość spożycia alkoholu jest natomiast wciąż niewystarczająca, aby uznać ją za efektywny sposób zapobiegania.

Profilaktyka alkoholizmu spoczywa na barkach instytucji państwowych oraz fundacji, stowarzyszeń i organizacji pozarządowych. Ich głównym celem jest zwiększenie świadomości skutków nadmiernego spożycia alkoholu, objawów i przebiegu choroby alkoholowej, podwyższenie bariery wieku pierwszego kontaktu z alkoholem i – w ten sposób – zapobieganie powstawaniu zjawiska alkoholizmu.

Pomoc, oferowana przez wymienione ośrodki, polegać powinna zarówno na prowadzeniu edukacyjnych programów profilaktycznych wśród młodzieży, szerzeniu świadomości wśród społeczeństwa, polegającym na propagowaniu ograniczonego spożycia alkoholu, a także na szerokim informowaniu o zgubnych skutkach spożywania alkoholu – patologiach społecznych, rujnacji zdrowia psychicznego i fizycznego, trudnościach, jakich przysparza leczenie alkoholizmu – a wszystkie te działania powinny być planowane z uwzględnieniem specyfiki regionu oraz struktury społecznej. Programy profilaktyczne obejmują również doraźną pomoc – całodobowe linie telefoniczne, służące wsparciem ofiarom alkoholizmu i osobom dotkniętym problemem oraz szeroko rozumianą pomoc – zarówno choremu, jak i jego bliskim.

Profilaktyka alkoholowa – aby móc uznać ją za skuteczną – powinna mieć za zadanie wpojenie umiejętności odmawiania spożycia alkoholu, wiary w to, że to nie alkohol decyduje o możliwości przynależności do grupy społecznej (w aspekcie sięgających po alkohol dzieci i młodzieży) i nie jest on jedynym determinantem dobrej zabawy. Efektywne ograniczenie spożycia i wysoka świadomość skutków nadużywania alkoholu to jedyna skuteczna metoda zapobiegania dramatycznej w przebiegu chorobie.

Profilaktyka problemów związanych z nadużywaniem alkoholu dzielą się na działania ukierunkowane na całe populacje, czyli profilaktykę uniwersalną, ukierunkowane na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka (profilaktyka selektywna) oraz profilaktykę

wskazującą – ukierunkowaną na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych[34].

- Profilaktyka uniwersalna (ukierunkowana na całe populacje) - Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów alkoholowych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych w danej populacji. Działania uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.
- Profilaktyka selektywna (ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka) - Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Przykładem profilaktyki selektywnej są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest wiec z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym.
- Profilaktyka wskazująca (ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych) - Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup osób), które demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu lub innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki

[34] Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2011-2015, z: http://rops-katowice.pl/dopobrania/program_alkohol.pdf [Data dostępu: 10.12.2015]

poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami. Do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu).

Krajowy system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oparty jest na trzech wzajemnie komplementarnych programach działań realizowanych na różnych poziomach administracji[35]:

1. Gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne. Ustawa określa najważniejsze kategorie zadań, które w ramach gminnego programu powinny realizować samorządy oraz wskazuje źródło finansowania tych zadań, a PARPA corocznie, na podstawie badań i analiz, wydaje rekomendacje do tworzenia gminnych programów.
2. Wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowane na szczeblu samorządów województw.
3. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wskazujący zadania realizowane przez organy administracji rządowej i Krajową Radę Radiofonii i Telewizji oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. PARPA koordynuje realizację pięcioletniego Programu, a także integruje wszystkie trzy obszary działań – centralny, wojewódzki i gminny –formułując spójne dla nich kategorie zagadnień i cele strategiczne. Zachowując odrębne, określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, formy zarządzania i finansowania działań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na poszczególnych poziomach administracji, Program tworzy bazę do realizacji integralnej polityki wobec alkoholu i przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom jego używania.

[35] Ibidem.

Tabela 30. Cele Strategiczne i cząstkowe Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015

Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Cel	Cele Strategiczne	Cele cząstkowe
1	Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu	Poszerzenie wiedzy naukowej na temat zaburzeń wynikających z używania alkoholu
		Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu, w tym zmniejszenie odsetka konsumentów spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie
		Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu
2	Zmniejszenie dostępności i zmiana struktury spożywanego alkoholu	Zmniejszenie spożycia napojów alkoholowych i zmiana struktury spożycia
3	Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego, w tym szkód zdrowotnych i rozwojowych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym	Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym
		Zwiększenie kompetencji osób zajmujących się pomaganiem dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym
		Poprawa funkcjonowania rodziny dotkniętej problemami picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu
		Poprawa funkcjonowania dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie
4	Ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez dzieci i młodzież	Zwiększenie jakości i dostępności programów profilaktycznych
		Utrwalenie postaw abstynenckich w środowisku dzieci i młodzieży oraz zwiększenie świadomości młodzieży w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu
		Zmniejszenie liczby młodzieży często pijącej alkohol i upijającej się
		Zmiana postaw dorosłych wobec picia alkoholu przez dzieci i młodzież oraz zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców
5	Ograniczenie skali zjawiska przemocy w rodzinie oraz zwiększenie	Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym – dorosłych i dzieci
		Zwiększenie kompetencji służb działających w zakresie

Podstrategia ds. przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Cel	Cele Strategiczne	Cele cząstkowe
	skuteczności pomocy rodzinom	przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym
		Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości oddziaływań korekcyjnoedukacyjnych
		Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat przemocy w rodzinie, możliwości przeciwdziałania zjawisku oraz sposobów reagowania i uzyskania pomocy
6	Poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz ograniczenie wydatkowania środków finansowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych	Podniesienie kompetencji członków GKRPA oraz pełnomocników/ koordynatorów gminnych programów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych
		Zwiększenie wiedzy wójtów/burmistrzów/ prezydentów miast oraz radnych w zakresie polityki lokalnej wobec alkoholu jako zadania własnego gminy
		Zwiększenie liczby gminnych programów uwzględniających diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych
		Poprawa jakości nadzoru nad realizacją gminnych programów wykonywanego przez Regionalne Izby Obrachunkowe, Najwyższą Izbę Kontroli oraz Wojewodów
7	Ograniczenie przypadków naruszeń prawa w związku z alkoholem	Ograniczenie przypadków nielegalnej produkcji lub wprowadzania do obrotu alkoholu (w tym przemytu i wykorzystywania niezgodnie z przeznaczeniem alkoholu etylowego skażonego)
		Zmniejszenie skali naruszeń prawa w zakresie sprzedaży alkoholu bez wymaganego zezwolenia oraz wbrew jego warunkom i zasadom
		Ograniczenie zjawiska prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu
		Zmniejszenie liczby przestępstw oraz innych przypadków naruszeń prawa popełnianych przez osoby będące pod wpływem alkoholu (w tym ograniczenie zjawiska picia alkoholu w miejscach publicznych wskazanych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi)

Podstrategia ds. przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Cel	Cele Strategiczne	Cele cząstkowe
		Ograniczenie przypadków nielegalnej reklamy i promocji napojów alkoholowych
8	Oszacowanie strat ekonomicznych związanych z alkoholem	Oszacowanie kosztów ekonomicznych związanych z alkoholem w obszarze: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, gospodarki, w tym w sektorze pracy oraz ubezpieczeń, a także w obszarze wymiaru sprawiedliwości

Źródło: opracowanie własne na podstawie Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015

Programy z zakresu profilaktyki uzależnień, w tym od alkoholu – wspierane przez Samorząd Województwa – realizowane były przede wszystkim przez organizacje pozarządowe (w ramach otwartych konkursów ofert na realizację zadań publicznych w dziedzinie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień) w szkołach i innych placówkach oświatowych, całodobowych i dziennych placówkach opiekuńczo-wychowawczych, w świetlicach oraz klubach dla dzieci i młodzieży. Programy adresowane były do dzieci i młodzieży, w tym pochodzących ze środowisk defaworyzowanych, do rodziców oraz opiekunów, wychowawców i nauczycieli. Niektóre programy tego rodzaju, zwłaszcza adresowane do dzieci i młodzieży szkolnej posiadały rekomendacje instytucji gwarantujących jakość, tj.: Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Psychiatrii i Neurologii czy Ośrodka Rozwoju Edukacji. Wśród programów rekomendowanych znalazły się m.in.: Noe, Debata, Spójrz Inaczej, Szkoła dla Rodziców, Nasze spotkania, Dziękuję – Nie.

Tabela 31. Cele operacyjne i działania ujęte w Programie profilaktyki w województwie śląskim na lata 2011-2015

Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2011-2015

Cel	Cele operacyjne	Działanie
1	Wzmocnienie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie	Doskonalenie zawodowe kadr z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
		Wspieranie i prowadzenie działań służących ograniczeniu naruszeń prawa przez podmioty korzystające z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.
		Wsparcie rozwoju lokalnej infrastruktury świetlic oraz klubów dla dzieci i młodzieży realizujących m.in.

Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2011-2015

	z terenu województwa śląskiego	programy: profilaktyczne, socjoterapeutyczne, utrwalające postawy abstynenckie oraz służące przeciwdziałaniu zachowaniom ryzykownym.
		Współpraca z samorządami gminnymi i powiatowymi w zakresie dostosowania do potrzeb społecznych lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przemocy w rodzinie (w szczególności wobec dzieci).
		Współpraca z organizacjami społecznymi (m.in. ze środowiskami abstynenckimi) działającymi na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
		Opracowywanie, upowszechnianie i dystrybucja materiałów edukacyjnych dla osób i podmiotów zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych, w tym również przemocy w rodzinie.
		Promocja dobrych praktyk z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z uwzględnieniem problemu przemocy w rodzinie.
2	Wzmocnienie podmiotów prowadzących leczenie, rehabilitację i reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu	Wspieranie działalności pozaleczniczej wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.
		Rozwój i modernizacja bazy materialnej, organizacyjnej i merytorycznej zakładów lecznictwa odwykowego.
		Wzmocnienie działań na rzecz doskonalenia zawodowego lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych w zakresie diagnozy i wczesnej interwencji problemów alkoholowych oraz zjawiska przemocy.
		Wspieranie programów służących rehabilitacji oraz reintegracji osób uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego.
		Wspieranie pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej udzielanej osobom uzależnionym od alkoholu przebywającym w zakładach karnych.
3	Badanie i monitorowanie problemów związanych ze spożywaniem	Wspieranie i prowadzenie badań społecznych dotyczących problemów alkoholowych.
		Gromadzenie, opracowywanie i udostępnianie danych dotyczących działalności gmin województwa śląskiego oraz innych podmiotów w obszarze profilaktyki

Podstrategia ds. przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

	napojów alkoholowych	i rozwiązywania problemów alkoholowych. Prowadzenie i udostępnianie bazy podmiotów realizujących zadania z zakresu rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie na terenie województwa śląskiego. Gromadzenie danych dotyczących stanu lecznictwa odwykowego w województwie śląskim oraz ich analiza.
4	Wsparcie działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych	Prowadzenie edukacji publicznej na temat działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód wynikających z różnych wzorów spożywania napojów alkoholowych. Wspieranie edukacyjnych i informacyjnych kampanii promujących trzeźwość. Wzmacnianie programów edukacyjnych: - służących zwiększaniu kompetencji wychowawczych rodziców w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci, - promujących wychowywanie dzieci bez przemocy. Upowszechnianie wiedzy na temat alkoholowego zespołu płodowego (FAS) i alkoholowych uszkodzeń płodu (FAE). Promowanie rekomendowanych programów profilaktyki problemów alkoholowych oraz dobrych praktyk w realizacji lokalnych strategii profilaktycznych. Upowszechnianie i inicjowanie współpracy partnerskiej pomiędzy sektorem publicznym, społecznym oraz prywatnym w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych z uwzględnieniem przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Programu profilaktyki w województwie śląskim na lata 2011-2015

Uzależnienie od alkoholu to choroba chroniczna, postępująca i potencjalnie śmiertelna. Nie da się jej całkowicie wyleczyć, można jednak zahamować narastanie jej objawów i związanych z nią szkód zdrowotnych. W świetle nowoczesnej wiedzy uzależnienie od alkoholu jest chorobą wieloczynnikową, bio-psycho-społeczną – sprawia, że człowiek przestaje prawidłowo funkcjonować w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Leczenie musi być dostosowane do takiego właśnie sposobu postrzegania tej choroby.

Profilaktyka zażywania narkotyków

Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych to zmniejszanie ryzyka ich używania poprzez opóźnienie lub przeciwdziałanie inicjacji, niedopuszczanie do poszerzania się kręgu osób - szczególnie ludzi młodych - eksperymentujących z legalnymi i nielegalnymi substancjami. Inna definicja przedstawia profilaktykę uzależnień również jako zmniejszanie strat związanych z używaniem środków odurzających poprzez ograniczanie do minimum potencjalnych szkód, jakich mogą doznawać osoby używające substancji psychoaktywnych[36].

W najszerszym ujęciu profilaktyka pojmowana jest jako postępowanie zapobiegające różnorodnym problemom, które towarzyszą używaniu substancji psychoaktywnych.

Profilaktyka realizowana jest poprzez stosowanie określonych strategii profilaktycznych.

Celem strategii informacyjnej jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów. U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, zwłaszcza młodzi, zachowują się ryzykownie, ponieważ zbyt mało wiedzą o mechanizmach i następstwach takich zachowań. W związku z tym dostarczenie informacji o skutkach palenia tytoniu, picia alkoholu lub odurzania się narkotykami ma spowodować zmianę postaw i w konsekwencji niepodejmowanie zachowań ryzykownych.

Strategia edukacyjna ma pomóc w rozwijaniu ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych (umiejętności nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom ze strony otoczenia itp.). U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, nawet dysponujący odpowiednią wiedzą, podejmują zachowania ryzykowne z powodu braku umiejętności niezbędnych w życiu społecznym. Te deficyty uniemożliwiają budowanie głębszych, satysfakcjonujących związków z ludźmi, uniemożliwiają odnoszenie sukcesów (także zawodowych). Zachowania ryzykowne stanowią w tej sytuacji zastępcze, chemiczne sposoby radzenia sobie z trudnościami.

Celem strategii działań alternatywnych jest pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb psychologicznych (np. sukcesu, przynależności) oraz osiąganie satysfakcji życiowej przez ułatwianie angażowania się w działalność akceptowaną społecznie (artystyczną, społeczną, sportową). U podstaw tej strategii leży założenie, że wielu ludzi podejmuje zachowania ryzykowne ze względu na brak możliwości rozwoju zainteresowań

[36] http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/profilaktyka-uzaleznien-szkole

i osiągania sukcesów „pozytywnych". Dotyczy to zwłaszcza dzieci i młodzieży zaniedbanej wychowawczo.

Celem strategii interwencyjnej jest wspieranie w sytuacjach kryzysowych osób mających trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów osobistych. Elementem interwencji jest towarzyszenie ludziom w krytycznych momentach ich życia. Jej podstawowe techniki to poradnictwo, telefon zaufania, sesje interwencyjne, doradztwo.

Strategię informacyjną, edukacyjną i alternatywną stosuje się na wszystkich trzech poziomach profilaktyki. Strategia interwencyjna – jako działanie głębsze i bardziej zindywidualizowane – zastrzeżona jest w zasadzie dla poziomu drugiego i trzeciego.

Strategia zmniejszania szkód stosowana jest głównie w działaniach profilaktyki trzeciorzędowej. Adresatem są grupy najwyższego ryzyka.

Strategia zmian środowiskowych nakierowana jest na identyfikację i modyfikację tych elementów środowiska społecznego i fizycznego, które sprzyjają zachowaniom problemowym. Działania modyfikują środowisko, miejsca przebywania osób dysfunkcyjnych, postawy społeczne wobec tych osób.

Strategia zmian przepisów zazwyczaj kierowana jest do całej lokalnej społeczności. Polega na zmianie przepisów prawnych, rozporządzeń lokalnych dotyczących ograniczania dostępu do środków odurzających i ich dystrybucji.

Do realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii w Polsce obejmujących m.in. promocję zdrowia psychicznego, promocję zdrowego stylu życia, informowanie o szkodliwości środków odurzających i substancji psychotropowych oraz działalność interwencyjną, zobowiązane są odpowiednie organy administracji rządowej, instytucje przez nie nadzorowane oraz samorządy lokalne. Organizacjami uprawnionymi do ww. działań są organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia), organizacje kościelne, związki samopomocy, rodziny osób uzależnionych[1].

Rodzaj działań profilaktycznych realizowanych na terenie danego województwa lub gminy jest określany przez samorząd w Wojewódzkim lub Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Szkoła i inne placówki w ramach systemu oświaty mają ściśle określone kompetencje w zakresie profilaktyki uniwersalnej oraz udzielania pomocy uczniom zagrożonym uzależnieniem.

Od 2002 roku wprowadzono ustawowy obowiązek realizacji szkolnego programu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, spójnego z programem wychowawczym szkoły. Szkoła jest zobowiązana[2] do wczesnego rozpoznawania niedostosowania

społecznego uczniów oraz podejmowania odpowiednich oddziaływań profilaktycznych i wychowawczych poprzez m.in. udzielanie uczniom zagrożonym narkomanią i ich rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizację działań informacyjnych na temat szkodliwości narkotyków, a także podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych. Szkoła powinna posiadać opracowane i wdrożone procedury reagowania na sytuacje używania narkotyków przez uczniów lub popełnienia przez nich czynów karalnych. W szkołach wdrażane są programy profilaktyki uniwersalnej, programy dla rodziców, a także programy wczesnej interwencji adresowane do uczniów używających substancji psychoaktywnych.

Przy prowadzeniu działań profilaktycznych oraz interwencyjnych szkoły współpracują ściśle z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Do zadań poradni należy m.in. profilaktyka uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży oraz udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży z grup ryzyka. Na poziomie lokalnym pomoc dla osób zagrożonych i eksperymentujących z narkotykami prowadzona jest ponadto w specjalistycznych placówkach opiekuńczo-wychowawczych (świetlice socjoterapeutyczne) oraz punktach konsultacyjnych, poradniach profilaktyki i terapii uzależnień w formie programów edukacyjnych i psychokorekcyjnych. Placówki te są prowadzone przez samorządy, organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe, kościoły, osoby prywatne, grupy samopomocy.

Krajowy system przeciwdziałania narkomanii oparty jest na trzech wzajemnie komplementarnych programach działań realizowanych na różnych poziomach administracji[37]:

1. Gminne programy przeciwdziałania narkomanii uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne. Ustawa określa najważniejsze kategorie zadań, które w ramach gminnego programu powinny realizować samorządy oraz wskazuje źródło finansowania.
2. Wojewódzkie programy przeciwdziałania narkomanii - Na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz KPPN, samorządy województw uchwalają Wojewódzkie Programy Przeciwdziałania Narkomanii (WPPN), w których określają swoje cele główne i szczegółowe oraz zadania, które zamierzają zrealizować, a także wskaźniki i źródła ich weryfikacji.
3. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016, stanowi, na mocy przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005r., podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Uchwalany jest przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia. Obecnie obowiązuje Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22

[37] Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016,

marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna. Głównym celem Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii jest ograniczenie używania narkotyków oraz związanych z tym problemów. KPPN wyznacza priorytetowe kierunki oraz działania podejmowane w ramach zdefiniowanych obszarów. Określa ponadto harmonogram realizacji poszczególnych aktywności oraz wskazuje ministerstwa i podmioty odpowiedzialne za podejmowanie określonych działań. Dokument uwzględnia także priorytety dla jednostek samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Zaangażowanie tak wielu podmiotów w realizację KPPN pozwala na zintegrowanie działań skierowanych na zapobieganie zjawisku narkomanii Polsce.

Tabela 32. Obszary, cele główne i kierunki działań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016

Lp.	*Obszar i cel główny*	Wykonawca	Kierunki działań
1	Profilaktyka: zmniejszenie popytu na narkotyki w społeczeństwie polskim	Resorty i podmioty właściwe do podejmowana określonych działań	Wzmacnianie postaw społecznych sprzyjających ograniczaniu używania narkotyków w populacji ogólnej
			Zmniejszenie rozpowszechnienia inicjacji używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych wśród młodych Polaków
			Zmniejszenie rozpowszechnienia używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych wśród dzieci i młodzieży
			Wzmocnienie jakości systemu oddziaływań Profilaktycznych
			Wspieranie rozwoju programów profilaktyki Uniwersalnej
			Wspieranie rozwoju programów profilaktyki Selektywnej i wskazującej
		JST	Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku
			Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób

Lp.	*Obszar i cel główny*	Wykonawca	Kierunki działań
			zaangażowanych w działalność profilaktyczną
2	Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna: poprawa jakości życia osób używających Narkotyków szkodliwie i osób uzależnionych	Resorty i podmioty właściwe do podejmowana określonych działań	Zmniejszenie liczby osób używających narkotyków szkodliwie i uzależnionych, które przerwały proces leczenia
			Poprawa stanu zdrowia osób używających szkodliwie i osób uzależnionych od narkotyków
			Zmniejszenie marginalizacji społecznej wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych
			Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków
			Zwiększenie dostępności programów ograniczania szkód zdrowotnych dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków
		JST	Zapewnienie we wszystkich województwach dostępności leczenia substytucyjnego dla co najmniej 25% populacji osób uzależnionych od opiatów
			Zmniejszenie marginalizacji społecznej wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych
			Wspieranie rozwoju zawodowego pracowników zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków
3	Ograniczenie podaży: ograniczenie produkcji, obrotu i dostępności Środków odurzających oraz substancji psychotropowych	Resorty i podmioty właściwe do podejmowana określonych działań	Ograniczenie krajowej produkcji amfetaminy
			Ograniczenie krajowej uprawy konopi innych niż włókniste
			Ograniczenie obrotu i dostępności narkotyków
			Ograniczenie nielegalnego wykorzystania prekursorów
			Ograniczenie przestępczości narkotykowej z wykorzystaniem Internetu
			Zmniejszenie korzyści z przestępczości narkotykowej
			Wsparcie realizacji krajowego programu przeciwdziałania narkomanii w obszarze

Lp.	*Obszar i cel główny*	Wykonawca	Kierunki działań
			ograniczania podaży poprzez programy resortowe
4	Współpraca międzynarodowa: wsparcie krajowego programu przeciwdziałania narkomanii poprzez udział w realizacji międzynarodowej polityki antynarkotykowej	Resorty i podmioty właściwe do podejmowana określonych działań	Zwiększanie zaangażowania polski w planowanie, tworzenie i koordynowanie polityki antynarkotykowej Unii Europejskiej, w zakresie redukcji popytu i podaży narkotyków
			Zwiększanie zaangażowania polski w prace instytucji i organizacji międzynarodowych, innych niż Unia Europejska, zajmujących się zjawiskiem narkomanii w zakresie redukcji popytu i podaży narkotyków
			Rozwój współpracy międzynarodowej Polski z krajami trzecimi (nie należącymi do Unii Europejskiej) zarówno w kontekście walki z nielegalnym obrotem narkotykami, jak i programów z dziedziny ochrony zdrowia
5	Badania i monitoring: wsparcie analityczne realizacji krajowego programu przeciwdziałania narkomanii poprzez prowadzenie badań oraz monitorowanie przebiegu programu	Resorty i podmioty właściwe do podejmowana określonych działań	Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej problemu narkotyków i narkomanii w Polsce
			Monitorowanie postaw społecznych i instytucjonalnych reakcji wobec problemu narkotyków i narkomanii
			Rozwój i konsolidacja systemu informacji o środkach odurzających, substancjach psychoaktywnych i środkach zastępczych
		JST	Monitorowanie epidemiologiczne problemu narkotyków i narkomanii na szczeblu lokalnym i wojewódzkim
			Monitorowanie postaw społecznych na temat problemu narkotyków i narkomanii
			Rozwój i konsolidacja systemu informacji o narkotykach i narkomanii w województwach

Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016

6.2.5. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna

Spożywanie alkoholu

Ryzykowne spożywanie alkoholu To picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie ryzykowne w następujący sposób: picie ryzykowne to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40–60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140-209 g, a w przypadku mężczyzn – 280–349g[38].

Szkodliwe picie alkoholu opisywane jest jako wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. Aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorzec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350g i więcej w tygodniu przez mężczyzn. Jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze.

Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorders – FASD) to Ogólny termin opisujący całościowo spektrum skutków rozwojowych występujących u dzieci matek pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się, mogą trwać przez całe życie. W diagnostyce klinicznej obowiązuje termin FAS - płodowy zespół alkoholowy, który charakteryzuje się: dysmorfiami twarzy, opóźnieniami wzrostu, oraz nieprawidłowościami ośrodkowego układu nerwowego. U dzieci, u których nie występują wszystkie cechy FAS, diagnozowany jest częściowy FAS. Rodzaj i siła zaburzenia dziecka zależy przede wszystkim od ilości alkoholu, spożywanego przez kobietę w ciąży oraz częstotliwości picia. Należy pamiętać, że nie ma bezpiecznej dawki

[38] Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015

alkoholu, jaką może spożywać kobieta w ciąży, w związku z tym, aby dziecko było zdrowe, należy całkowicie powstrzymać się od spożywania alkoholu w okresie prenatalnym oraz karmienia piersią.

Leczenie uzależnienia to działania służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających z używania alkoholu. Przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu, farmakologiczne wspieranie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

Podjęcie leczenia alkoholizmu oznacza zaakceptowanie faktu, że „sam nie potrafię sobie poradzić z problemem alkoholowym i potrzebuję pomocy". Aby leczenie było skuteczne, konieczne jest rozumienie, że terapia stanowi proces długotrwały, żmudny, wymagający konsekwencji, podporządkowania się rygorom i jak największego w niej udziału bliskich. Nie należy oczekiwać leczenia konwencjonalnego, polegającego na przyjmowaniu określonych leków. Leczenie choroby alkoholowej wymaga kompleksowego, specyficznego oddziaływania psychiatrycznego i psychologicznego, a w stanach skrajnego wyczerpania czy powikłań somatycznych – także internistycznego.

Zasadniczą metodą leczenia uzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego jest psychoterapia uzależnienia, natomiast postępowanie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię uzależnienia i jest nakierowane głównie na leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz farmakologiczne wsparcie psychoterapii.

Programy terapeutyczne, oparte są w większości na[39]:

- podejściu terapii behawioralno-poznawczej
- idei i doświadczeniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików

Większość programów integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno-poznawczego.

Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to 18-24 miesiące. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od czterech do sześciu miesięcy. Cały cykl psychoterapii uzależnienia trwa do dwóch lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku. Po zakończonej terapii stacjonarnej osoby uzależnione,

[39] http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu

w celu kontynuowania leczenia, kierowane są do dalszej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta. Czas leczenia w Oddziałach Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych nie przekracza 10 dni.

Ważnym problemem, z którym borykają się lekarze różnych specjalności jest rozstrzygnięcie, których pacjentów z AZA (alkoholowym zespołem abstynencyjnym) leczyć samodzielnie, a których kierować na leczenie specjalistyczne. Tylko nieznaczna część pacjentów uzależnionych kwalifikuje się do oddziałów detoksykacyjnych, psychiatrycznych i neurologicznych. Istnieją stany, które można określić jako bezwzględne wskazania do hospitalizacji. Należą do nich majaczenie alkoholowe, wystąpienie głębokiej depresji z myślami lub tendencjami samobójczymi, zaostrzenie przewlekłej halucynozy alkoholowej, niezdiagnozowane napady drgawkowe lub abstynencyjne napady mnogie i stany padaczkowe. Jeśli u danego chorego wystąpiły w przeszłości powikłania zespołu abstynencyjnego, takie jak napady drgawkowe czy majaczenie alkoholowe, zwiększa to ryzyko wystąpienia powikłań podczas aktualnie leczonego zespołu abstynencyjnego. Pacjenci ci powinni zostać poddani szczegółowej ocenie, a ich leczenie powinno się odbywać w warunkach szpitalnych. Hospitalizację należy również rozważyć u osób obciążonych internistycznie, w podeszłym wieku czy u osób, które niedawno przebyły uraz czaszki. Ważna w kwalifikacji do leczenia szpitalnego jest również ocena czy leczenie AZA może odbywać się w domu w bezpiecznych warunkach, czy otoczenie może zapewnić choremu opiekę itp. Większość przypadków niepowikłanych zespołów abstynencyjnych może być jednak leczona ambulatoryjnie. Zasadą jest podawanie płynów uzupełniających niedobory elektrolitowe i niepodawanie żadnych leków mogących wchodzić w interakcje z alkoholem osobom nietrzeźwym. W praktyce oznacza to około 24-godzinny okres bez leków po intensywnym piciu.

Podjęcie leczenia odwykowego znacząco zwiększa szansę na utrzymanie abstynencji przez osobę uzależnioną. Podstawową metodą leczenia uzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego jest psychoterapia. Farmakoterapia jest stosowana jako metoda pomocnicza i wykorzystywana głównie w leczeniu alkoholowych zespołów abstynencyjnych, czasem jako wsparcie psychoterapii. W programach terapeutycznych wykorzystywane są elementy różnych nurtów psychoterapeutycznych, większość terapii oparta jest jednak na zasadach terapii poznawczo-behawioralnej oraz doświadczeniach zaczerpniętych z ruchu AA. Kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia mają przyznanie, że alkohol stanowi problem, nad którym straciło się kontrolę, rozpoznanie szkód poczynionych przez alkohol oraz poznanie mechanizmów prowadzących do użycia alkoholu. Ważne jest także rozpoznawanie sytuacji zwiększających ryzyko, trening zachowań w takich sytuacjach (np. nauczenie

się odmawiania w sytuacjach towarzyskich, gdy podawany jest alkohol) oraz nauczenie się opanowania stresu bez zażycia alkoholu lub substancji uspokajającej. Osoba uzależniona musi bowiem wykształcić alternatywne sposoby rozwiązywania sytuacji stresowych. Niezwykle trudno jest wyjść z uzależnienia bez specjalistycznej pomocy. Dlatego tak ważne jest uczęszczanie na spotkania AA i Al-Anon oraz regularne wizyty w poradni zdrowia psychicznego lub poradni przeciwalkoholowej.

Stosowanie jakichkolwiek środków farmakologicznych, bez względu na ich skład chemiczny i profil działania, nie może być traktowane jako leczenie uzależnienia od alkoholu. Przez wiele lat w lecznictwie odwykowym w Polsce powszechną, a często jedyną metodą było leczenie awersyjne, polegające na wymuszaniu abstynencji poprzez podawanie pacjentom disulfiramu w formie doustnej lub w formie implantu (wszywki alkoholowe). Preparat ten nie leczy uzależnienia od alkoholu, natomiast poprzez „uczulenie" na alkohol może powstrzymywać od picia oraz ułatwić podjęcie terapii. Reakcja disulfiram-alkohol rozpoczyna się zwykle po upływie 5-15 minut od spożycia alkoholu i jest oparta na reakcji organizmu na nadmiernie nagromadzony aldehyd octowy, będący silną trucizną. Osoby, które zdecydowały się na podjęcie ryzyka takiej metody, powinny być pod stałą opieką specjalistyczną, a jednocześnie systematycznie uczestniczyć w programie terapii uzależnienia. W przeciwnym razie należy liczyć się z możliwością przeoczenia powikłań, które mogą wystąpić po zastosowaniu tego preparatu. Ponadto, po okresie abstynencji wymuszonej strachem przed reakcją disulfiram-alkohol najczęściej następuje powrót do picia alkoholu, a dalszy przebieg choroby okazuje się często znacznie bardziej groźny niż przed podaniem tego środka.

Terapia uzależnienia od alkoholu jest procesem długotrwałym i wymagającym zaangażowania. Należy pamiętać, że alkoholikiem pozostaje się do końca życia.

Rehabilitacja (postępowanie po leczeniu) to działania podtrzymujące zmianę u osób uzależnionych po zakończeniu leczenia uzależnienia, utrwalające efekty leczenia, uczące umiejętności służących zdrowieniu oraz pomagające w podejmowaniu i realizacji zadań wynikających z ról społecznych. Przykładami są: treningi zapobiegania nawrotom w uzależnieniu, grupy wsparcia dla „absolwentów" leczenia uzależnień, treningi zachowań konstruktywnych, programy wychodzenia z bezdomności, grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików, kluby abstynenta, programy aktywizacji zawodowej.

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz reintegracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin. Zadania te są realizowane w formie gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalanych corocznie przez każdą gminę w Polsce. Ustawodawca zagwarantował na realizację tych zadań środki

finansowe w postaci opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych, które przedsiębiorcy wnoszą na rachunek gminy.

Spożywanie narkotyków

Na uzależnienie trzeba spojrzeć jak na chorobę złożoną, a przede wszystkim taką, która może dotknąć każdego, biorąc pod uwagę fakt ogólnej dostępności środków uzależniających. Aby lepiej zrozumieć problem uzależnienia, trzeba wyodrębnić dwa jego rodzaje – uzależnienie fizyczne i psychiczne. Uzależnienie można zdefiniować jako silną potrzebę wykonywania jakiejś czynności lub używania jakichś substancji. Najczęściej termin ten jest kojarzony z narkotykami, alkoholem lub nikotyną, ale nie można zapominać, że można być uzależnionym także od telewizji, Internetu, gier komputerowych czy seksu. Zwykle osoba uzależniona przez długi czas neguje nałóg, jednak w pewnym momencie nie potrafi żyć bez środka odurzającego. Trzeba pamiętać, że bardzo łatwo „wejść" w uzależnienie, a dużo trudniej z niego „wyjść". Uzależnienie jest chorobą jak każda inna i wielokrotnie bez pomocy specjalisty nie można sobie z nią poradzić[40].

Uzależnienie fizyczne, zwane fizjologicznym, to silna potrzeba zażywania jakiejś substancji, objawiająca się wieloma rozmaitymi dolegliwościami ze strony organizmu, takimi jak: bóle, biegunka, uczucie zimna, dreszcze. Brak zażywania danej substancji powoduje, że objawy te są bardzo nasilone, a czasami nawet nie do wytrzymania. Jest to tzw. zespół abstynencyjny. Organizm reaguje na brak substancji, do której się przyzwyczaił i bez której trudno mu funkcjonować. W ten sposób może przebiegać uzależnienie od alkoholu, nikotyny, opiatów czy środków nasennych. Aby wyleczyć pacjenta z tego typu zależności, potrzebne jest odtrucie organizmu, czyli detoks. Czasami nagłe odstawienie substancji uzależniającej może być niebezpieczne, może prowadzić do zbyt dużego szoku organizmu. W takich sytuacjach konieczne jest stopniowe zmniejszanie dawki danej substancji w organizmie przez stosowanie leczniczych zamienników dla substancji uzależniającej.

Uzależnieniu fizycznemu często towarzyszy uzależnienie psychiczne, zwłaszcza przy długotrwałym nadużywaniu silnych narkotyków. Ten typ uzależnienia powoduje, że zachwiana zostaje psychika osoby uzależnionej. Objawia się to wzrostem aktywności, jeżeli chodzi o poszukiwanie środka uzależniającego, a także wzrostem tolerancji na przyjmowaną substancję, co wiąże się z tym, że potrzeba ciągle większej dawki narkotyku. Innym widocznym objawem uzależnienia jest zaniedbywanie codziennych czynności oraz otoczenia na rzecz substancji uzależniającej, a także osłabienie woli osoby chorej. Człowiek uzależniony ma obsesje oraz natrętne myśli na temat substancji

[40] https://portal.abczdrowie.pl/leczenie-uzaleznienia-od-narkotykow

narkotycznej, które utrzymują się także podczas abstynencji. Uzależniony oszukuje sam siebie oraz otoczenie, tłumacząc sobie, że narkotyk jest mu niezbędny do życia. U takiej osoby widoczne jest także fizyczne wyniszczenie, gdyż takie prozaiczne czynności, jak jedzenie i picie są ignorowane. Uzależnienie psychiczne jest trudniejsze do wyleczenia niż fizyczne i jest to praktycznie niemożliwe bez pomocy specjalisty. Metodą leczenia jest w tym przypadku psychoterapia.

Narkotyki twarde, np. heroina, mają silny potencjał uzależniający. Uzależnienie psychiczne u niektórych osób może pojawić się już po pierwszej dawce. Osoba uzależniona traci kontrolę nad sobą, ma problemy z funkcjonowaniem w społeczeństwie, nie radzi sobie z prostymi obowiązkami, zaniedbuje rodzinę i przyjaciół.

Uznaje się, że udowodnioną skuteczność mają trzy formy terapii – terapia substytucyjna, terapia ukierunkowana na abstynencję oraz terapia poznawczo-behawioralna. Wybór sposobu leczenia uzależnienia powinien być zależny od rodzaju narkotyku, indywidualnego podejścia do pacjenta oraz jego możliwości terapeutycznych (zaangażowania, chęci, możliwości intelektualnych itp.).

Terapia substytucyjna - Każda z metod ma swoje plusy, ale i ograniczenia. Niektóre metody terapii można ze sobą łączyć. Metodą wywołującą największe kontrowersje jest z pewnością terapia substytucyjna. Polega ona na zastępowaniu dożylnych narkotyków doustnymi preparatami przepisywanymi przez lekarza, które dają te same efekty farmakologiczne. Podawanie takiego preparatu ma na celu zlikwidowanie przyzwyczajenia fizycznego organizmu, które w przypadku dożylnych narkotyków (np. heroiny) jest największym problemem w terapii. Założeniem terapii jest osłabienie motywacji do zażywania narkotyków dożylnych przez wyeliminowanie bardzo nieprzyjemnych objawów abstynencyjnych. Dodatkowo niwelowane jest w ten sposób ryzyko przenoszenia chorób związanych ze stosowaniem brudnych igieł. Proces podawania narkotyku w sposób kontrolowany odbywa się najczęściej w specjalnym ośrodku ambulatoryjnym, gdyż wystarcza podawanie go raz na dobę. Trzeba pamiętać, że terapia metadonowa to jedynie wstęp do długotrwałego leczenia. Pacjent pozostaje bowiem nadal uzależniony od narkotyku, ale mniej szkodliwego i podawanego pod kontrolą lekarską. Celem leczenia jest stopniowe zmniejszanie dawek metadonu i jednoczesne prowadzenie zajęć terapeutycznych. Takie postępowanie lecznicze jest przeciwieństwem metody polegającej na przystąpieniu do właściwego leczenia po uprzedniej detoksykacji organizmu.

Terapia ukierunkowana na abstynencję - Inną metodą walki z nałogiem jest terapia ukierunkowana na abstynencję. Jej podstawowym warunkiem jest całkowite odstawienie wszelkich środków psychotropowych. Terapia ta jest preferowana

w przypadku uzależnienia od narkotyków dających słabsze uzależnienie fizyczne, np. marihuany. Metoda ta bazuje na założeniu, że do sięgnięcia po narkotyki skłoniły osobę uzależnioną trudności w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich. Dlatego celem tej terapii jest nauczenie pacjenta budowy uczciwej, otwartej relacji (zarówno w stosunku do terapeuty, jak i do współuczestników terapii). Niestety, do powodzenia tej metody potrzebna jest niezwykle silna motywacja do zerwania z nałogiem. Osoby, którym tej motywacji brakuje, przerywają terapię bardzo szybko – w ciągu pierwszego miesiąca rezygnuje aż 75% uczestników.

Terapia poznawczo-behawioralna - Innym rodzajem leczenia osób uzależnionych jest terapia poznawczo-behawioralna. Jej założeniem jest fakt, że w mechanizmie uzależnienia dużą rolę odgrywa mechanizm uczenia. Ten sam mechanizm wykorzystuje się w celu odzwyczajenia od nałogu. W trakcie leczenia chory uczy się, jak rozpoznawać sytuacje, w których ryzyko powtórnego sięgnięcia po używkę jest duże i w jaki sposób można zwalczyć tę pokusę. Metoda ta polega na uporczywym powtarzaniu tych samych schematów, które po pewnym czasie ułatwiają uzależnionemu samokontrolę. Terapia behawioralna daje efekty zdecydowanie najszybciej. Inną jej zaletą jest jej wszechstronność – nadaje się ona zarówno dla grup terapeutycznych, jak i do leczenia indywidualnego. Można ją ponadto z powodzeniem łączyć z leczeniem farmakologicznym (np. terapią metadonową). Terapia taka składa się przeważnie z 12-16 sesji trwających w sumie około 12 tygodni. Trzeba jednak pamiętać, że tak szybko widoczne efekty mogą skłonić uzależnionego do nadmiernej brawury i do powrotu do nałogu. Ponieważ w terapii behawioralnej kluczową rolę odgrywa element autoanalizy, tzn. wejrzenia w głąb siebie, to oprócz wysokiej motywacji do powodzenia terapii wymagane są jeszcze odpowiednie możliwości intelektualne.

W zależności od etapu terapii osoba uzależniona od narkotyków może zasięgnąć pomocy w takich jednostkach jak[41]:

Punkt konsultacyjny ds. uzależnień najczęściej prowadzony jest przez stowarzyszenie lub fundację, ale ostatnio również przez jednostki samorządowe przy gminnych komisjach ds. uzależnień. W punkcie z reguły zatrudniony jest terapeuta lub konsultant, który dokonuje wstępnej diagnozy problemu, zbiera informacje dotyczące zaawansowania uzależnienia, udziela porad i informacji, wspiera decyzję o leczeniu i motywuje do podjęcia terapii w poradni ambulatoryjnej lub ośrodku stacjonarnym – średnio- lub długoterminowym. Jeśli w danej miejscowości nie ma poradni, to punkt konsultacyjny jest pierwszym miejscem, gdzie można uzyskać wstępną pomoc. Niektóre

[41] http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/formy-pomocy-osobom-uzaleznionym-od-narkotykow

punkty oferują też możliwość diagnozy lekarskiej (bardzo dobrze, jeśli psychiatrycznej) oraz konsultacje psychologiczne.

Poradnia ambulatoryjna w zależności od stopnia zaawansowania choroby oferuje pomoc dla uzależnionych od narkotyków, a także członków ich rodzin. W poradni zatrudnieni są terapeuci-profesjonaliści, ale też terapeuci-neofici, czyli osoby, które wyszły z nałogu i pomagają innym w zdrowieniu, dzieląc się również własnym doświadczeniem i problemami z początków własnej terapii. W poradni można się też spodziewać opieki medycznej, psychiatrycznej, badań psychologicznych i poradnictwa prawnego (oczywiście nie we wszystkich). Rzetelna diagnoza pozwala ustalić, czy pacjent może spróbować leczyć się w systemie ambulatoryjnym, czy też jest już na etapie na tyle zaawansowanym, żeby wyjechać do ośrodka stacjonarnego. Poradnie mogą być prowadzone przez stowarzyszenia i fundacje jako nie zarejestrowane w NFZ oraz zarejestrowane jako NZOZ. Bardzo często można spotkać poradnie NZOZ prowadzone przez osoby fizyczne – zwykle przez specjalistów w zakresie psychoterapii uzależnień (psychologów, pedagogów, psychiatrów).

Poradnie ambulatoryjne oferują różnorodne formy terapii indywidualnej i grupowej. Wykorzystują dorobek wielu nurtów psychologicznych. W zależności od zespołu terapeutycznego istnieją programy, których podstawy opierają się na założeniach społeczności terapeutycznych (poradnie MONAR) oraz takie, które wykorzystują dorobek nurtu psychologii behawioralnej i poznawczej. Sądzę, że najbardziej pożądany jest program integracyjny, wykorzystujący wszelkie doświadczenia czyli łączący różne podejścia. W ramach kontroli abstynencji większość poradni posiada testy na obecność narkotyków w moczu. z reguły jest tak, że jeśli pacjent nie jest w stanie utrzymać abstynencji w okresie terapii, to zostaje relegowany z programu i proponuje mu się ponowny udział po okresie „karencji" lub wyjazd do ośrodka. Program tak naprawdę konfrontuje pacjenta z rzeczywistym stanem uzależnienia. Każdemu narkomanowi wydaje się, że łatwo poradzi sobie z odrzuceniem środka psychoaktywnego, dopiero decyzja o terapii i początek abstynencji pozwala stwierdzić, jak głęboko uzależnienie zakorzeniło się w psychice pacjenta. Programy poradniane trwają z reguły ok. 1–2 lat. Początkowo są bardzo intensywne, z czasem częstotliwość spotkań spada, jednakże, jak pokazuje praktyka, w programach utrzymują się pacjenci albo z bardzo dużą motywacją, albo będący w fazie nadużywania. Największym problemem systemu ambulatoryjnego okazuje się kontrola abstynencji – rodzice nie zawsze są w stanie temu podołać, a i możliwości poradni są z wiadomych względów ograniczone. Wtedy pojawia się możliwość umieszczenia pacjenta w ośrodku stacjonarnym (pobyt całodobowy). Jeśli jednak abstynencja nie zostaje dłużej zachowana, większość ośrodków wymaga przed przybyciem wypisu z oddziału detoksykacyjnego, aby zapobiec pojawieniu się problemów natury medycznej, ale także psychicznej (psychozy, napady lękowe itp.)

Oferty oddziałów detoksykacyjnych (odtruwających) do niedawna dotyczyły uzależnionych od opiatów (czyli np. heroiny) oraz pochodnych, a także środków psychotropowych i alkoholu. Obecnie obserwujemy konieczność odtrucia połączonego z obserwacją psychiatryczną. Takie oddziały oferują pomoc pacjentom nadużywającym amfetaminy, ecstasy i GHB, gdyż skutki psychiczne i wyniszczenie organizmu związane z tym środkami wydają się być o wiele większe niż pierwotnie zakładano. Idealnie jest, kiedy po odtruciu pacjent bezpośrednio jedzie do ośrodka terapii i nie wraca do swojego środowiska.

W ogólnym zarysie w ofercie oddziału detoksykacyjnego można się spodziewać[42]:

1. Odtrucie od substancji przyjmowanej przez osobę uzależnioną.
2. Zmniejszenie objawów niepożądanych po odstawieniu narkotyków – zmniejszenie głodu narkotycznego, bólów, napadów drgawek itd. oraz w skrajnych przypadkach do zapobiegania zgonom włącznie.
3. Diagnostyka powikłań takich jak HIV, WZW i innych chorób zakaźnych
4. Indywidualne dobranie leków do sytuacji psychicznej pacjenta.
5. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym powstającym przy odstawianiu narkotyku
6. Motywowanie do dalszego leczenia

Środek narkotyczny zmienia funkcjonowanie komórek organizmu i zadaniem detoksykacji jest ponowne ustawienie funkcjonowania organizmu bez narkotyku, w miarę bezpiecznie i humanitarnie.

Leczenie krótkoterminowe realizują oddziały leczenia uzależnień (OLU). Oddziały takie funkcjonują głównie przy większych jednostkach służby zdrowia, szpitalach psychiatrycznych czy klinikach psychiatrii. Ich program jest oparty na założeniach teorii psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz doświadczeń klinicznych. Na oddziałach można liczyć na całodobową opiekę medyczną, farmakoterapię oraz pomoc psychologiczną. Pierwotnie niemal wszystkie oddziały w Polsce oferowały pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu i leków (istnieją oddziały dla mężczyzn, dla kobiet oraz koedukacyjne), obecnie jednak ponad połowa przyjmuje również narkomanów, ponieważ okazuje się, że program alkoholowy z indywidualnym prowadzeniem oraz ukierunkowaniem może być również skuteczny dla niektórych typów pacjentów. Program trwa od 6 do 8 tygodni. Intensywne oddziaływania terapeutyczne (24 godziny

[42] Ibidem.

na dobę) są tak naprawdę dobrym wstępem do kontynuowania terapii. Osoba kończąca program terapeutyczny powinna kontynuować go bądź w poradni, bądź w ośrodku średnioterminowym. Warto wiedzieć, że żaden szef oddziału nie żegna pacjenta słowami „do widzenia, jest pan wyleczony", ale zwraca uwagę na konieczność kontynuowania leczenia.

Leczenie stacjonarne średnioterminowe – jest wiele programów terapii uzależnień rekomendowanych głównie przez placówki służby zdrowia, które oferują programy terapeutyczne trwające od 6 do 8 miesięcy. Zawierają one intensywny program terapii, połączony z podejściem indywidualnym. Są to najczęściej oferty łączące podejście związane z teorią psychologicznych mechanizmów uzależnienia z metodą społeczności terapeutycznych. Każdy ośrodek nastawiony jest również na rozwój osobistych predyspozycji do wytrwania w abstynencji oraz rozwój zainteresowań. Ważne miejsce pełni również uczenie obowiązkowości, odpowiedzialności, dbania o higienę osobistą i kondycję fizyczną. Niektóre ośrodki dla młodzieży umożliwiają kontynuowanie nauki szkolnej, ale nie należy uważać, że edukacja jest w ich przypadku najważniejsza. Najważniejsze jest zdrowienie.

Leczenie stacjonarne długoterminowe – programy terapii trwające od 12–24 miesięcy oferowane przez placówki Monaru, Karanu, PTZN, ZOZy oraz inne fundacje. Kadrę stanowią terapeuci, psycholodzy oraz neofici. Programy oparte są głównie na metodzie społeczności terapeutycznych i obejmują szereg oddziaływań zarówno terapeutycznych, jak i społecznych, mających na celu odbudowanie takich norm i wartości, jak uczciwość, odpowiedzialność, szczerość, przyjaźń itd. Ważnym aspektem udziału w systemie jest praca, możliwość realizacji siebie w różnych rolach: od sprzątacza, kucharza, ogrodnika począwszy, na ochroniarzu czy prezesie społeczności skończywszy.

Udział w procesie terapii jest podzielony na kilka etapów, uprawniających do określonych ról, dających przywileje określane przez całą społeczność. Oczywiście każdy pacjent zaczynający terapię ma okres próbny i pierwsze przywileje otrzymuje nie wcześniej niż po miesiącu pobytu w ośrodku. Cechą charakterystyczną ośrodków są żelazne normy i zasady funkcjonowania, których złamanie powoduje nałożenie kar, czyli tzw. dociążeń – lub wykluczenie ze społeczności. Szerszy opis funkcjonowania takiego ośrodka warty jest osobnego artykułu.

Wiele z powyższych zasad ma swoje odpowiedniki w życiu ośrodka średnioterminowego.

Ukończenie terapii w ośrodku długoterminowym nie jest ostatecznym „wyzdrowieniem". Uzależnienie jest bowiem chorobą nieuleczalną i charakteryzuje się nawrotami, czyli kryzysami mogących spowodować ponowne sięgnięcie po narkotyk.

Dlatego też każdy absolwent ośrodka powinien po opuszczeniu ośrodka znaleźć swojego osobistego terapeutę, bądź - jeśli ma taką możliwość - skorzystać z pomocy grupy wsparcia dla neofitów lub grupy Anonimowych Narkomanów.

Grupy Anonimowych Narkomanów (ang. Narcotics Anonymous, NA) istnieją już w niektórych miastach. Uczestnictwo w NA jest otwarte dla wszystkich narkomanów, niezależnie od rodzaju używanych narkotyków lub sposobów ich łączenia. Kiedy przystosowywano do potrzeb NA Pierwszy Krok z literatury Anonimowych Alkoholików, słowo „alkohol" zastąpiono słowem „uzależnienie".

W NA nie ma ograniczeń społecznych, religijnych, ekonomicznych, rasowych, etnicznych, narodowych ani płciowych, nie ma też opłat wpisowych czy członkowskich. Większość członków regularnie przyczynia się drobnymi sumami do pomocy w regulowaniu wydatków mityngów, przy czym datki te nie są obowiązkowe.

W programie Anonimowych Narkomanów członkowie są zachęcani do stosowania całkowitej abstynencji od wszystkich rodzajów narkotyków, z alkoholem włącznie. z doświadczenia członków NA wynika, że ciągła i nieprzerwana abstynencja zapewnia najlepszy fundament dla zdrowienia i osobistego rozwoju. Główną usługą dostępną w NA są mityngi grupowe. Każda grupa działa indywidualnie, wspierając się zasadami obowiązującymi dla całej organizacji, które są przedstawione w literaturze. Większość grup na cotygodniowe spotkania wynajmuje sale w budynkach prowadzonych przez organizacje publiczne, religijne lub społeczne. Jedna osoba prowadzi mityng, natomiast reszta członków bierze udział w dzieleniu się swoim doświadczeniem w zdrowieniu z uzależnienia od narkotyków. Członkowie grupy dzielą między siebie funkcje związane z usprawnieniem działania mityngu.

6.2.6. Gminne Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok -Mikołów

28 października 2014 r., na podstawie art. 4 ust. 2 i 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 z późn. zm.), na wniosek Burmistrza Mikołowa Rada Miejska Mikołowa uchwałą Nr XLVI/1196/2014, Rada Miejska Mikołowa przyjęła „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015. Zadania Programu kształtują się następująco:

Tabela 33. Zadania Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015 Gminy Mikołów

Zadania Programu	
zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i osób zagrożonych uzależnieniem polegająca na:	udzielaniu pomocy psychospołecznej osobom uzależnionym od alkoholu i prowadzeniu konsultacji motywujących do podjęcia leczenia odwykowego
	udzielaniu pomocy psychologicznej w sytuacjach kryzysowych osobom uzależnionym od alkoholu oraz prowadzeniu grup wsparcia dla osób z problemem alkoholowym
	dofinansowaniu prowadzenia terapii pogłębionej dla mieszkańców Mikołowa uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w Poradni Profilaktyki i Lecznictwa Odwykowego w Mikołowie
udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a zwłaszcza ochrony przed przemocą w rodzinie, co wyrażać się będzie w pomocy psychologicznej, terapeutycznej dla osób współuzależnionych i dotkniętych przemocą domową oraz dla ich rodzin poprzez prowadzenie konsultacji, doradztwa, grup wsparcia, a także w niesieniu indywidualnej pomocy psychologicznej	
dofinansowanie zadań Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie (dysponent środków finansowych Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej)	
prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-	zorganizowaniu Mikołowskiego Seminarium Trzeźwościowego
	zorganizowaniu i partycypowaniu w kosztach Powiatowej Młodzieżowej Szkoły Liderów Młodzieżowych Animatorów Programów Profilaktycznych w Mikołowie
	prowadzeniu konsultacji i porad oraz działalności szkoleniowej i edukacyjnej
	promowaniu zdrowego stylu życia poprzez organizowanie dyskotek bezalkoholowych dla młodzieży, połączonych z promocją alternatywnych sposobów na życie oraz wspieranie innych inicjatyw sportowo-kulturalnych, a także festynów rodzinnych połączonych z edukacją publiczną w zakresie profilaktyki uzależnień
	prowadzeniu pozalekcyjnych zajęć sportowych w szkołach podstawowych i gimnazjalnych (dysponent środków finansowych Zarząd Szkół i Przedszkoli Mikołowskich)

wychowawczych i socjoterapeutycznych, polegające na	prowadzeniu pozalekcyjnych zajęć sportowych w Zespole Szkół Specjalnych w Mikołowie
	dofinansowaniu zakupu sprzętu sportowego dla szkół mikołowskich (dysponent środków finansowych Zarząd Szkół i Przedszkoli Mikołowskich)
	dofinansowaniu zakupu sprzętu sportowego dla przedszkoli mikołowskich (dysponent środków finansowych Zarząd Szkół i Przedszkoli Mikołowskich)
	realizacji ogólnokrajowych programów profilaktycznych, a także wdrażaniu innych autorskich programów edukacyjno-profilaktycznych, skierowanych do młodzieży szkolnej, rodziców i nauczycieli oraz prowadzeniu szkoleń różnych grup zawodowych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii i przemocy, jak również badaniach dostępności sprzedaży alkoholu nieletnim i badaniach ankietowych uczniów szkół mikołowskich z zakresu problematyki używania alkoholu i innych środków odurzających
	dofinansowaniu kolonii i obozów organizowanych z elementami profilaktyki dla dzieci i młodzieży z terenu gminy Mikołów z rodzin dotkniętych problemami alkoholowymi i przemocą;
	organizowaniu i prowadzeniu zajęć opiekuńczych dla młodzieży uczestniczącej w zajęciach Mikołowskiego Klubu Młodzieżowego oraz dofinansowaniu pozostałej działalności
	dofinansowaniu działalności Świetlicy Opiekuńczo-Specjalistycznej przy ul. Konstytucji 3 Maja 40 w Mikołowie (dysponent środków finansowych Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mikołowie);
wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych, które polegać będzie na współfinansowaniu zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w odniesieniu do osób z terenu gminy Mikołów, doprowadzonych do Izby Wytrzeźwień	
dofinansowanie tworzenia systemu monitorowania miejsc publicznych zagrożonych spożywaniem alkoholu i w związku z tym zagrożonych naruszaniem porządku publicznego (dysponent środków finansowych Referat Zarządzania Kryzysowego i Obrony Cywilnej Urzędu Miasta)	
wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej (dysponent środków finansowych Centrum Integracji Społecznej w Mikołowie)	

podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 131 i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowanie przed Sądem w charakterze oskarżyciela publicznego

Merytoryczną kontrolę nad realizacją Programu sprawować będzie Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zwana dalej Gminną Komisją. Gminna Komisja prowadzić będzie działania mające na celu zmniejszenie szkód związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu poprzez:

- motywowanie osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu i ich rodzin do rozpoczęcia procesu leczenia;
- kierowanie osób uzależnionych i współuzależnionych do odpowiednich poradni oraz instytucji pomocowych;
- interwencje w instytucjach pomocowych, jeśli w rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym występują przemoc lub inne zjawiska patologii społecznej;
- prowadzenie postępowania przygotowawczego w sprawach o przymusowe leczenie odwykowe i kierowanie kompleksowych wniosków wraz z wywiadem środowiskowym oraz opinią biegłego do Sądu Rejonowego w Mikołowie.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok - Łaziska Górne

28 października 2014 r., na podstawie art 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku, poz. 594 z późn. zm.), w związku z art. 41 ust. 2 i 5, art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U. z 2012 poz. 1356 z późn. zmianami), Rada Miejska w Łaziskach Górnych przyjęła „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015. Zadania Programu kształtują się następująco:

Zadania Programu	
Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych	Prowadzenie porad i konsultacji dla osób uzależnionych od alkoholu oraz prowadzenie działań motywujących do podjęcia terapii i ograniczenia szkód w związku z nadużywaniem alkoholu.
	Utrzymywanie „telefonu zaufania".
	Rozpowszechnianie informacji, za pomocą ulotek, plakatów, broszur, dotyczących

Zadania Programu	
	choroby alkoholowej i możliwości jej leczenia.
Udzielanie rodzinom, w których występuje problem alkoholowy, pomocy psycho - społecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie	Konsultacje oraz poradnictwo prawne dla osób uzależnionych i współ -uzależnionych.
	Poradnictwo (w tym prawne i psychologiczne) dla ofiar przemocy w rodzinie.
	Pomoc psychoterapeutyczna dla rodzin z problemem alkoholowym (konsultacje, terapia indywidualna i grupowa).
	Dofinansowanie ze środków Gminnego Funduszu Rozwiązywania Problemów Alkoholowych placówki wsparcia dziennego prowadzonej w ramach działalności Miejskiego Ośrodka Wspierania Rodziny i Dziecka. Dofinansowanie szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych organizowanych dla pedagogów szkolnych i pracowników świetlic.
	Organizacja spotkania wigilijnego dla rodzin z problemem alkoholowym mającego na celu integrację rodziny.
Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, w szczególności dla młodzieży	Przeprowadzanie w szkołach zajęć profilaktycznych mających na celu zapobieganie szerzeniu się problemów alkoholowych.
	Realizacja Ponadregionalnej Edycji Powiatowej Młodzieżowej Szkoły Liderów – młodzieżowych animatorów programów profilaktycznych dla uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz współpraca z absolwentami poprzednich edycji szkoły.
	Współorganizacja dyskotek „Potrafię bawić się bez używek".
	Uczestnictwo w Ogólnopolskiej Kampanii „Zachowaj Trzeźwy Umysł".
	Prowadzenie zajęć sportowo- rekreacyjnych dla uczniów w placówkach szkolnych i Miejskim Domu Kultury.

Zadania Programu	
	Uczestnictwo młodzieży w zajęciach i warsztatach psychoedukacyjnych uczących podstaw i kształcących umiejętności służące zdrowiu i trzeźwemu życiu.
	Współorganizacja Mikołowskiej Powiatowej Kampanii pn." ŁAŃCUCH CZYSTYCH SERC – NARKOMANII, ALKOHOLIZMOWI, PRZEMOCY INTERPERSONALNEJ, NIETOLERANCJI, HIV/AIDS, WSZELKIEMU ZŁU – NIE"
	Współpraca w zakresie organizacji Ponadregionalnego Mikołowskiego Seminarium Trzeźwościowego.
	Uczestnictwo młodzieży szkolnej w zajęciach realizowanych przez Klub Młodzieżowy przy Stowarzyszeniu „Powrót".
	Informacje w prasie lokalnej („Gazeta Łaziska", „Dziennik Zachodni w Mikołowie") o istnieniu i działaniu grup terapeutycznych oraz pracy Gminnej Komisji Rozwiązywania problemów Alkoholowych.
	Przeznaczenie środków na zakup literatury, biuletynów, ulotek o tematyce uzależnień z przeznaczeniem dla bibliotek szkolnych i biblioteki miejskiej.
	Współpraca z Komisariatem Policji i Strażą Miejską w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, szczególnie wśród młodzieży.
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych.	Wspieranie działalności stowarzyszeń prowadzących programy profilaktyczne i naprawcze: dofinansowanie kosztów organizacyjnych Spartakiady Abstynenckiej dla młodzieży i społeczności dorosłej Powiatu Mikołowskiego
	Partycypacja w kosztach prowadzenia działalności psychospołecznej, psychoedukacyjnej, rehabilitacyjnej, prozdrowotnej dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz udzielanie pomocy osobom współuzależnionym przez

Zadania Programu	
	organizacje pozarządowe.
	Współfinansowanie Izby Wytrzeźwień, przyjmującej do wytrzeźwienia osoby z terenu Łazisk Górnych
Działania mające na celu ograniczenie dostępności alkoholu oraz zmiany struktury jego spożywania	Określenie uchwałą Rady Miejskiej ilości punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży, jak i w miejscu sprzedaży.
	Wprowadzenie uchwałą Rady Miejskiej zasad usytuowania na terenie miasta miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych.
	Rozpowszechnianie pakietów informacyjnych (ulotki, broszury, plakaty) o szkodliwości nadużywania alkoholu przeznaczonych do rozpowszechniania w miejscach sprzedaży i podawania alkoholu.
	Ograniczenie dostępności sprzedaży alkoholu i stworzenie dostępności napojów alternatywnych w czasie imprez publicznych.
	Podejmowanie interwencji w związku z naruszaniem przepisów dotyczących reklamy i promocji napojów alkoholowych, sprzedaży alkoholu osobom do lat 18, osobom, których zachowanie wskazuje na stan nietrzeźwości, sprzedaży na kredyt lub pod zastaw.
	Występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.
	Przeprowadzenie szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok - Orzesze

23 października 2014 r., na podstawie art 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku, poz. 594 z późn. zm.), w związku z art. 41 ust. 2 i 5, art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U. z 2012 poz. 1356 z późn. zmianami), Rada Miejska Orzesze przyjęła „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015.

Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w Gminnym Programie przedstawione są działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu między innymi poprzez:

1. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem;
2. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
3. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo wychowawczych i socjoterapeutycznych;
4. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art.131 i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
5. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok - Gmina Ornontowice

Aby skutecznie przeciwdziałać rozrastaniu się sieci uzależnień w gminie ważne jest odpowiednie kształtowanie postaw a także udostępnienie osobom uzależnionym i nadużywającym różnych substancji psychoaktywnych dostępu do fachowej pomocy gwarantującej pomoc psychologiczną, prawną, leczenie i rehabilitację oraz integrację osób uzależnionych, współuzależnionych czy ofiar przemocy.

Lokalna polityka społeczna skierowana jest na realizację zadań objętych ustawą poprzez tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje

do powstrzymywania się od sięgania po środki psychoaktywne lub ograniczanie powstałych już szkód w wyniku nadużywania tychże środków.

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii należy do zadań własnych gmin. Zgodnie z art. 4' pkt 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U z 2012r. poz. 1356 z późn. zm.) oraz art. 10 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 124) zadania te obejmują:

1. zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz zagrożonych uzależnieniami,
2. udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe i problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
3. prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo- wychowawczych i socjoterapeutycznych,
4. wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych i problemów narkomanii,
5. pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego,
6. podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13' i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok - Gmina Wyry

30 października 2014 r., na podstawie art 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku, poz. 594 z późn. zm.), w związku z art. 41 ust. 2 i 5, art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U. z 2012 poz. 1356 z późn. zmianami), Rada Gminy Wyry przyjęła „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Podstawowym zadaniem Programu jest realizacja przez Gminę Wyry zadań własnych w zakresie prowadzenia działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, które obejmują w szczególności:

1. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
2. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
3. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
4. Wspomaganie działalności, instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych.
5. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

6.2.7. Zasoby instytucjonalne obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego realizujące zadania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz substancji psychoaktywnych

Placówki świadczące pomoc osobom zagrożonym uzależnieniem lub uzależnionym oraz ich rodzinom można podzielić na: placówki ambulatoryjne, oddziały detoksykacyjne, stacjonarne placówki prowadzące leczenie w oparciu o psychoterapię indywidualną i grupową z wykorzystaniem metody społeczności terapeutycznej, organizacje pozarządowe działające w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i telefony zaufania[43].

- Placówki ambulatoryjne (poradnie leczenia uzależnień, punkty konsultacyjne ds. uzależnień) udzielające pomocy psychologicznej, poprzez profesjonalne poradnictwo, diagnostykę psychologiczno-medyczną, farmakoterapię, psychoterapię indywidualną i grupową oraz motywujące do podjęcia decyzji o zmianie dotychczasowego, destruktywnego stylu życia i pomagające w utrwaleniu tej decyzji,

[43] Wykaz placówek w województwie śląskim świadczących pomoc młodzieży zażywającej narkotyki, z: http://rops-katowice.pl/dopobrania/Wykaz_placowek.pdf, [Data dostępu: 10.12.2015]

- Oddziały detoksykacyjne, których celem jest zlikwidowanie lub złagodzenie objawów abstynencyjnych, zaburzeń psychotycznych i powikłań somatycznych, występujących w następstwie odstawienia substancji psychoaktywnych,
- Stacjonarne placówki(oddziały całodobowe i dzienne), prowadzące leczenie w oparciu o psychoterapię indywidualną i grupową z wykorzystaniem metody społeczności terapeutycznej. Pobyt w tych placówkach może obejmować od kilku do kilkunastu miesięcy, podczas których prowadzona jest terapia ukierunkowana na zmianę dotychczasowego stylu życia, środowiska oraz uzyskanie trwałej abstynencji od środków psychoaktywnych.

W wymienionych placówkach świadczenia terapeutyczne udzielane są bezpłatnie. W placówkach ambulatoryjnych nie jest wymagane skierowanie lekarskie, natomiast do placówek stacjonarnych i na oddziały detoksykacyjne pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania lekarskiego.

Na szczeblu wojewódzkim, również dla mieszkańców Powiatu Mikołowskiego, pomoc w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia pełni Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Tychach oddalona od Gminy Wyry 8km oraz Poradnia Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Współuzależnienia w Gliwicach, oddalona od Gminy Ornontowice 14km.

Tabela 34. Placówki świadczące usługi w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych na szczeblu wojewódzkim dostępne dla mieszkańców Powiatu Mikołowskiego

Miasto	Adres	Oddział/ośrodek	Zakres działań
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Oddział/ośrodek Leczenia Zespołów Abstynencyjnych Po Substancjach Psychoaktywnych (Detoksykacji)	Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Oddział/ośrodek Terapii Dla Uzależnionych Od Substancji Psychoaktywnych Ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychotycznymi	Świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza)
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia Od Substancji Psychoaktywnych	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Poradnia Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Współuzależnienia	Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Poradnia Terapii Uzależnienia Od Substancji Psychoaktywnych	Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

Miasto	Adres	Oddział/ ośrodek	Zakres działań
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Poradnia Zdrowia Psychicznego	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych
Gliwice	Ul. Moniuszki 13	Poradnia Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Współuzależnienia	Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu
Gliwice	Ul. Moniuszki 13	Poradnia Zdrowia Psychicznego	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych
Gliwice	ul. Jana Pawła II 7	Pracownia Profilaktyki Narkomanii i Interwencji Kryzysowej	Profilaktyka uzależnień narkotykowych
Tychy	Ul. Bukowa 20	Dzienny Oddział Terapii Dla Osób Uzależnionych Od Alkoholu i Innych Środków Psychoaktywnych Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia Od Alkoholu Tychy	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu
Katowice	ul. Powstańców 31	Wojewódzki Ośrodek Zapobiegania i Leczenia Uzależnień	Świadczenia profilaktyki i terapii uzależnień

Źródło: Wykaz placówek w województwie śląskim świadczących pomoc młodzieży zażywającej narkotyki, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

Na szczeblu powiatowym usługi w zakresie świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych świadczą[44]:

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.
2. Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o. prowadzące przy ul. Okrzei 31 w Mikołowie Poradnie Profilaktyki i Leczenia Odwykowego. Wśród zakresu leczenia poradni znajdują się:
   - Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi,
   - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych,
   - Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe,
   - Zaburzenia nastroju (afektywne),
   - Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczna (somatoform),
   - Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi,

[44] Ibidem.

- Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych,
- Upośledzenie umysłowe,
- Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego),
- Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym,
- Nieokreślone zaburzenia psychiczne,
- Symptomy i objawy chorobowe dotyczące poznawania, postrzegania, stanu emocjonalnego oraz zachowani.

3. Międzyzakładowy Punkt Konsultacyjny ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałania Uzależnieniom od Innych Środków Psychoaktywnych prowadzony przez Stowarzyszenie Klub Abstynenta „Powrót" działającego na rzecz ozdrowienia moralnego i psychicznego osób nadużywających alkoholu lub narkotyków oraz przeciwdziała alkoholizmowi, narkomanii i wykluczeniu społecznemu, jako niekorzystnym zjawiskom dysfunkcji społecznej.
4. Powiatowa Młodzieżowa Szkoła Liderów Młodzieżowych Animatorów Programów Profilaktycznych w Mikołowie utworzona została przez Tadeusza Rosę w październiku 1999 r.. Kształci młodzież z Województwa Śląskiego, w tym z gmin Powiatu Mikołowskiego oraz Województwa Małopolskiego. Jest to jedyna tego rodzaju placówka w Polsce zarejestrowana w oparciu o stosowne Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej. Dotychczas zrealizowano trzynaście edycji. Dyplom młodego lidera profilaktyka oraz świadectwo ukończenia szkoły otrzymało ponad 900 absolwentów (dziewczęta i chłopcy w wieku 14-20 lat).
5. Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie, która jest jednostką organizacyjną Policji przy pomocy której Komendant Powiatowy Policji w Mikołowie, zwanej dalej „Komendantem Powiatowym", realizuje zadania określone w ustawach i przepisach wykonawczych dotyczących ochrony bezpieczeństwa ludzi oraz utrzymania bezpieczeństwa i porządku publicznego na obszarze powiatu mikołowskiego. Miejscem wykonywania zadań służbowych przez policjantów i pracowników Policji Komendy Powiatowej Policji w Mikołowie jest obiekt Komendy w Mikołowie przy ulicy Rymera 1.
6. Centrum Integracji Społecznej, którego zadania i działania zostały szczegółowo opisane w podrozdziale ***Instytucje integracji społecznej.***
7. PaT – Profilaktyka a Ty, Młodzież z Orzesko-Ornontowickiej Grupy PaT od dwóch lat działa i tworzy w ramach ogólnopolskiej społeczność programu PaT, a jej działania aktywnie wspiera Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie. Inicjatywa działań „Profilaktyka a Ty" promuje wśród

młodzieży modę na życie bez uzależnień i przemocy. Jest to profilaktyka nietypowa: kreatywna, realizowana poprzez twórcze działanie.

W Mikołowie w zakresie pomocy osobom uzależnionym od alkoholu i substancji psychoaktywnych funkcjonują takie instytucje jak[45]:

1. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mikołowie została powołana Zarządzeniem Burmistrza Mikołowa Nr 989/369/2012 z dnia 28 sierpnia 2012 roku. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wykonuje zadania wynikające z ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356). Do zadań Komisji należy między innymi:
   - Inicjowanie działań na rzecz kreowania właściwych postaw społecznych wobec problemów alkoholowych, narkomanii, jak również podejmowanie działań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
   - Wydawanie opinii w sprawach zgodności lokalizacji i liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych z Uchwałami Rady Miejskiej Mikołowa;
   - Kontrola przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na terenie Gminy Mikołów, na podstawie upoważnienia wydawanego przez Burmistrza;
   - Współdziałanie z organami Gminy, instytucjami, zakładami pracy, osobami fizycznymi, organizacjami pozarządowymi w zakresie promocji trzeźwego stylu życia i wartości abstynencji oraz rozwiązywania problemów alkoholowych;
   - Zakładanie „Niebieskich Kart" w przypadku powzięcia wiadomości o stosowaniu przemocy w rodzinie;
   - Przyjmowanie wniosków o wszczęcie postępowania w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu i prowadzenie postępowania w sprawach o sądowe zobowiązanie do leczenia.
2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

W Łaziskach Górnych w zakresie terapii uzależnionych pomoc świadczą[46]:

[45] Ibidem.
[46] Ibidem.

1. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałania Narkomanii w Łaziskach Górnych realizuje działania związane z:
   - Poradnictwem prawnym dla osób uzależnionych i współuzależnionych,
   - Poradnictwem specjalistycznym w zakresie uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz współuzależnienia,
   - Pomocą psychoterapeutyczną dla osób z problemem alkoholowym i narkomanią: uzależniania rodziny, dzieci,
   - Poradnictwem specjalistycznym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
2. Ośrodek Pomocy Społecznej został utworzony dnia 5 marca 1990r - Uchwałą nr Z/58/90 Miejskiej Rady Narodowej w Łaziskach Górnych. Celem pomocy społecznej jest zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka. Rodzaj, forma i wielkość świadczenia powinny być odpowiednie do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy, a także powinny odpowiadać celom i możliwościom finansowym ośrodka. Zakres i wysokość przyznawanej pomocy zależy przede wszystkim od sytuacji bytowej danej osoby, jej sytuacji zdrowotnej, zawodowej i społecznej.
3. Grupa AA, funkcjonująca przy Kościele pw. Matki Boskiej Królowej Różańca Świętego.

Orzesze w zakresie pomocy osobom uzależnionym od alkoholu lub środków psychoaktywnych dysponuje zasobami instytucjonalnymi w postaci[47]:

4. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych realizuje działania związane z:
   - Dyżurami w punkcie konsultacyjnym w Orzeszu (konsultacje ds. uzależnień i przemocy, pomoc i porady prawne i psychologiczne),
   - Pomocą psychologiczną, socjalną, prawną , grupami wsparcia w Ośrodku Interwencji Kryzysowej przy PCPR,
   - Bezpłatnym leczeniem specjalistycznym uzależnień, nerwic, psychoz, depresji dla ofiar przemocy,
   - Warsztatami i treningami psychologicznymi.
5. Grupa AA przy Miejskim Ośrodku Kultury.

[47] Ibidem.

6. AL-MED Centrum Zdrowia Psychicznego i Terapii Uzależnień dla osób z problemem narkotykowym oferowana jest terapia w postaci poradnictwa i psychoterapii indywidualnej, natomiast dla rodzin osób z problemem narkotykowym świadczy poradnictwo i działalność grup wsparcia/ edukacyjnych. Dla osób uzależnionych niezmotywowanych do leczenia realizuje edukacje dotycząca ograniczania szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem narkotyków, a dla wszystkich klientów/pacjentów poradni nawiązuje współpracę z miejscowym systemem pomocy społecznej/ w placówce istnieje możliwość konsultacji z:
   - Lekarzem psychiatrą
   - Psychologiem,
   - specjalistą terapii uzależnień,
   - psychoterapeutą

   Dodatkowo placówka wystawia skierowania do oddziałów detoksykacyjnych i ośrodków rehabilitacyjnych, prowadzi programy profilaktyczno-lecznicze oraz realizuje szkolenia dla różnych grup zawodowych.

7. Placówka Wsparcia Dziennego Przystań jest jednostką organizacyjną Gminy Orzesze, powołaną do realizacji zadań Gminy wynikających z Ustawy z dn. 26 października 1982 r. o wychowaniu do trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz z Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
8. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej to samorządowa jednostka organizacyjna Gminy powołana do realizacji zadań pomocy społecznej. Został powołany przez Miejską Radę Narodową w Orzeszu Uchwałą Nr IX/55/90 z dnia 27 luty 1990r. Rozpoczął swoją działalność dnia 1 lipca 1990r.

W zakresie Gminne pomocy osobom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem oraz współuzależnionym w Gminie Ornontowice pomoc świadczą[48]:

1. Punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ofiar przemocy przeznaczony dla osób uzależnionych, członków ich rodzin, sprawców oraz ofiary przemocy, w którym pomoc świadczą psycholog oraz prawnik.
2. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ornontowicach jest jednostką organizacyjną samorządu terytorialnego, której głównym zadaniem jest świadczenie pomocy społecznej. Zajmującą się również sprawami związanymi ze świadczeniami rodzinnymi, funduszem alimentacyjnym, dodatkami

[48] Ibidem.

mieszkaniowymi, dodatkami energetycznymi, przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie, wspieraniem rodziny, pomocą materialną dla uczniów oraz przeciwdziałaniem alkoholizmowi i narkomanii. Terenem naszego działania jest Gmina Ornontowice.

W Gminie Wyry świadczenia dotyczące osób uzależnionych realizują:

1. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - punkt w Wyrach oraz w Gostyni. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA) powołana przez wójta to komisja działająca na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, utworzona przez zespół ludzi, których zadaniem jest realizacja zadań tejże ustawy, a także ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Podstawowym zadaniem komisji jest prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu, a w szczególności zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla takich osób. Dodatkowo wyznaczony może być też pełnomocnik, sprawujący bezpośrednią opieką nad realizacją gminnego programu. Każda komisja zazwyczaj posiada przewodniczącego i sekretarza, którzy kierują obradami komisji.
2. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyrach został powołany uchwałą Rady Gminy w listopadzie 1991 roku. Działalność rozpoczął od stycznia 1992 roku. Ośrodek jest jednostką budżetową Gminy Wyry. Główna siedziba Ośrodka znajduje się w budynku mieszczący się w Wyrach przy ul. Dąbrowszczaków 107. Ośrodek swym działaniem obejmuje Gminę Wyry składająca się z miejscowości Wyry i Gostyń. W Gostyni mieści się filia Ośrodka przy ul. Pszczyńskiej 368, w której dyżurują pracownicy w wyznaczonych godzinach. Działanie Ośrodka opiera się głównie na Ustawie o pomocy społecznej, Ustawie o świadczeniach rodzinnych, Ustawie o pieczy zastępczej

6.2.8. Organizacje pozarządowe obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wspierające zadania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii

W Powiecie Mikołowskim funkcjonują organizacje pozarządowe oraz podmioty wspierające organy samorządowe w działaniach profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z alkoholem i substancjami psychoaktywnymi. Na terenie poszczególnych Gmin działają:

NGO Mikołów[49]

1. Stowarzyszenie „Uśmiech",
2. Centrum Integracji Społecznej,
3. Stowarzyszenie Św. Józefa „Jesteśmy",
4. Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki Zmiana,
5. Mikołowskie Towarzystwo Charytatywne,
6. Stowarzyszenie Klub Abstynenta „Powrót".

NGO Łaziska Górne[50]

1. Klub Abstynentów „Pierwszy Krok",
2. Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego „Promoc".

NGO Orzesze[51]

1. Stowarzyszenie Rodzin Abstynenckich "Wyzwolenie",
2. Stowarzyszenie Razem=Łatwiej.

NGO Ornontowice[52]

1. Forum Aktywności Społecznej Ornontowic.

Na terenie Gminy Wyry zadania z zakresu problemu alkoholu i narkomanii, również dofinansowane z budżetu Gminy Wyry, realizują organizacje pozarządowe z terenu całego powiatu, takie jak: Stowarzyszenie Klub Abstynenta „POWRÓT" w Mikołowie oraz Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i profilaktyki „Zmiana"[53].

---

[49] http://ngo.mikolow.eu/baza-ngo-2/
[50] http://www.laziska.pl/document,0,0,601,0,0,0,organizacje_pozarzadowe.html
[51] http://orzesze.pl/artykul/12_organizacje_pozarzadowe
[52] http://ornontowice.pl/index.php?act=gospodarka&id=2640
[53] Sprawozdanie z realizacji w roku 2014 programu współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego

6.2.9. Analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
• Wzrost świadomości społecznej na temat alkoholizmu oraz możliwości związanych z profilaktyką i jej leczeniem • Badania podejmowane przez zróżnicowane instytucje badawcze i naukowe w kraju i UE obejmujące zagadnienia związane z problematyką uzależnień • Alkoholizm postrzegany przez WHO jako jeden z najpoważniejszych czynników ryzyka dla zdrowia populacji • Spadek spożycia alkoholu przez młodzież • Brak akceptacji w społeczeństwie dla kobiet pijących alkohol w ciąży • Realizacja przez jednostki samorządu terytorialnego licznych form profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych skierowanych do dzieci i młodzieży oraz programów promocji zdrowia i zdrowego stylu życia • Zaangażowanie różnych podmiotów (organizacji pozarządowych, środowisk abstynenckich i samopomocowych) w działania profilaktyczne • Współpraca z administracją rządową w zakresie realizacji programów i kampanii rządowych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych • Wspieranie powstających placówek służących reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych (np. centrów integracji społecznej) • Rozwinięta i dość równomiernie rozłożona sieć ambulatoryjnych zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa (w każdym powiecie działa tego typu placówka) • Realizacja przez zakłady lecznictwa odwykowego programów terapii pogłębionej oraz oddziaływań terapeutycznych skierowanych nie tylko do osób uzależnionych lecz również członków ich rodzin, osób współuzależnionych, dorosłych dzieci alkoholików, sprawców przemocy. • Współpraca Samorządu Województwa z administracją rządową (zwłaszcza z Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii), w zakresie	• Duża dostępność fizyczna alkoholu • Duża dostępność ekonomiczna alkoholu • Wysoki wskaźnik spożycia alkoholu na osobę w Polsce (ogółem) • Zmienne i niestabilne prawo dotyczące sprzedaży i spożycia alkoholu oraz środków psychoaktywnych • Wielopokoleniowe tradycje spożywania alkoholu na spotkaniach towarzyskich, rodzinnych i wszelkich uroczystościach • Brak problemów z zakupem alkoholu przez młodzież • Brak wiedzy społeczeństwa na temat działalności Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych • Niewystarczająca integracja służb społecznych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych • Niewystarczająca liczba placówek wsparcia dziennego realizujących programy socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza na terenach wiejskich • Niewystarczająca liczba specjalistów z zakresu socjoterapii w placówkach dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza na terenach wiejskich • Problem niezgodnego z ustawą o wychowaniu w trzeźwości wydatkowania środków finansowych z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (w gminach) • Różna jakość usług świadczonych przez zakłady lecznictwa odwykowego (pod względem oferty terapeutycznej, kwalifikacji personelu, środków materialnych, a przede wszystkim ilości świadczeń zakupionych przez NFZ) • Brak oferty terapeutycznej dla niektórych grup pacjentów (osoby nieletnie i po 65 r. ż; głuchoniemi oraz o obniżonej sprawności intelektualnej) • Brak oferty terapeutycznej dla ofiar i sprawców przemocy w programach leczenia odwykowego • Niewystarczająca liczba lekarzy psychiatrów w województwie śląskim

realizacji kampanii i badań • Wspieranie przez Województwo Śląskie organizacji społecznych z terenu województwa śląskiego działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii • Wspieranie rozwoju oraz modernizacji bazy materialnej, organizacyjnej i merytorycznej zakładów prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków lub używających narkotyków w sposób szkodliwy (jednostek samorządu województwa) • Wzrost ujawnialności przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przez Policję • Publiczna debata na temat zagrożeń powodowanych przez substancje psychoaktywne (w tym dopalacze)	• Niewystarczająca liczba placówek prowadzących reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu po zakończonym leczeniu • Zróżnicowany poziom jakości zadań realizowanych przez placówki dla dzieci i młodzieży (świetlice i kluby) • Niedostateczna współpraca służb społecznych w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii • Wzrost tendencji do podejmowania zachowań ryzykownych • Mała liczba podmiotów realizujących programy profilaktyczne skierowane do grup ryzyka • Zróżnicowany poziom usług świadczonych przez podmioty leczące uzależnienia od narkotyków (pod względem oferty, kwalifikacji personelu, ilości świadczeń zakupionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia) • Łatwy dostęp do narkotyków
Szanse	**Zagrożenia**
• Możliwość doskonalenia zawodowego osób działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych • Wzrost kwalifikacji pracowników merytorycznych zakładów lecznictwa odwykowego • Korzystne regulacje prawne – ustawowy obowiązek gmin w zakresie opracowania i realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych • Duże możliwości finansowe w realizacji gminnych programów rozwiązywania problemów uzależnień, zwłaszcza miejskich gmin, w tym na prawach powiatu • Zespoły interdyscyplinarne ds. rozwiązywania problemów społecznych • Obowiązek szkół w zakresie realizacji szkolnych programów profilaktycznych • Działalność ruchów i stowarzyszeń na rzecz rozwijania postaw abstynenckich i kształtowania postaw moralnych • Możliwość realizowania projektów dotowanych z Funduszy Europejskich • Kampanie społeczne na rzecz zapobiegania i przeciwdziałania uzależnieniom • Zwiększająca się świadomość zagrożeń	• Występowanie czynników wzmacniających zjawisko uzależnień (bezrobocie, ubóstwo) • Obniżenie wieku inicjacji alkoholowej • Szkodliwy wpływ alkoholu na zdrowie i życie rodzinne • Negatywne konsekwencje zdrowotne dzieci i młodzieży pijących napoje alkoholowe oraz osób dorosłych nadużywających alkoholu • Zwiększająca się dostępność napojów alkoholowych w handlu –wzrost liczby punktów sprzedaży przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt sprzedaży • Zwiększona dostępność alkoholu poprzez rosnące limity liczebności punktów sprzedaży alkoholu w poszczególnych Gminach Powiatu • Naruszanie prawa związane z obrotem napojami alkoholowymi • Negatywne wzory spożywania alkoholu • Społeczne przyzwolenie na nadużywanie napojów alkoholowych • Zjawisko mody na upijanie się wśród młodzieży • Wzrost liczby uzależnień wśród dzieci i młodzieży • Społeczne przyzwolenie dorosłych na spożywanie alkoholu przez osoby

związanych z uzależnieniami • Wzrost świadomości społecznej dotyczącej przemocy w rodzinie • Podejmowanie przez placówki terapii uzależnień programów dla „osób dorosłych, dzieci alkoholików" • Prace prowadzone w PARPA nad programem akredytacji placówek lecznictwa odwykowego • Program potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (realizowany przez PARPA) • Program uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego (realizowany przez PARPA) • Korzystne regulacje prawne –ustawowy obowiązek gmin opracowania i realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii • Brak przyzwolenia rodziców do przyjmowania narkotyków przez młodzież • Kontrola i likwidacja sklepów sprzedających środki zastępcze (dopalacze) • Leczenie w zakładach opieki zdrowotnej osób z podwójna diagnozą	niepełnoletnie • Łamanie zakazu sprzedaży napojów alkoholowych nieletnim • Wykluczenie społeczne osób uzależnionych oraz członków ich rodzin • Stereotypy w postrzeganiu osób uzależnionych i ich rodzin • Zjawisko przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym • Szkodliwe picie alkoholu – wśród członków subkultur młodzieżowych, klubów kibica itp. • Kampanie reklamowe alkoholu w massmediach, kinie i na billboardach (w tym w czasie i miejscach dostępnych dla dzieci i młodzieży) • Wzrost liczby zatruć alkoholem • Niechęć do podejmowania leczenia przez uzależnionych oraz do współpracy w tym zakresie osób współuzależnionych • Mało efektywna procedura zobowiązania do leczenia odwykowego • Szkody społeczne (np. dysfunkcja rodziny, demoralizacja, patologia, przestępczość, wypadki drogowe, utrata zdrowia) spowodowane używaniem narkotyków • Osłabienie wpływu rodziców na proces wychowania dzieci • Rozpad więzi rodzinnych • Nieznane rozmiary sprzedaży narkotyków, z uwagi na ich nielegalność • Sprzedaż narkotyków o różnym poziomie czystości • Łatwiejszy dostęp do narkotyków w Czechach z uwagi bliskie sąsiedztwo • Łatwy dostęp do środków psychoaktywnych i środków zastępczych (dopalaczy) • Pojawianie się nowych, nieznanych substancji psychoaktywnych na rynku • Internetowa sprzedaż środków zastępczych • Zmiana przekonań normatywnych młodzieży dotyczących używania narkotyków powodujących upowszechnienie zażywania środków psychoaktywnych w niektórych środowiskach

6.2.10. Cele główne i szczegółowe programu

Cele strategiczne

Cele strategiczne wskazują główne obszary, w ramach których należy skoncentrować podejmowane działania wspierające rozwiązywanie problemu alkoholu i narkomanii w powiecie mikołowskim. W przypadku niniejszej Podstrategii wyodrębnione zostały 2 cele strategiczne.

Cele strategiczne planu operacyjnego oraz działania niezbędne do jego realizacji zostały wypracowane na podstawie analizy danych zastanych, badań przeprowadzonych wśród mieszkańców powiatu, uczniów przedstawicieli Jednostek Samorządu Terytorialnego Obszaru Funkcjonalnego oraz konsultacji społecznych przeprowadzonych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego.

1. Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim.

Pierwszy z celów strategicznych dotyczący kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego dotyczy profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu i wynikających z tego zjawiska patologii społecznych. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.

2. Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim.

Drugi z strategicznych dotyczący kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego dotyczy profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od środków psychoaktywnych i wynikających z tego zjawiska patologii społecznych. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkotykowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów uzależnień.

Wskaźnikami osiągnięcia celów strategicznych będą wynikające z nich cele operacyjne. Ich podział zaprezentowany został w kolejnym podrozdziale.

Cele operacyjne

Poniższe zestawienie zawiera cele operacyjne przyporządkowane wcześniej wyszczególnionym celom strategicznym.

Cele strategiczne	1. Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim.	2. Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim.
Cele operacyjne	1. Kreowanie inicjatyw kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.	1. Wspieranie profilaktyki oraz procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków.
	2. Wsparcie podmiotów prowadzących leczenie, rehabilitację i reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu.	2. Ograniczenie mody na spożywanie środków psychoaktywnych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.
	3. Wsparcie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	

6.2.1. Działania operacyjne

W dalszej części dokumentu przedstawione zostały cele operacyjne, które są rozszerzeniem celów strategicznych wraz ze wskazaniem przykładowych działań i wskaźników ich realizacji.

Cel operacyjny 1.1. Kreowanie inicjatyw kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.		
	Proponowane działania	**Proponowane projekty**
1.	Edukacja publiczna na temat wpływu alkoholu na organizm oraz ryzyka wynikającego z nadmiernego spożycia.	A. Konkurs z nagrodami rzeczowymi/ finansowymi na kampanię społeczną dotyczącą skutków nadmiernego spożywania alkoholu, stworzoną przez mieszkańców powiatu/ organizacje pozarządowe.
		B. Witryna internetowa powiązana z stronami urzędów miast/gmin o skutkach picia alkoholu.
2.	Edukacja w placówkach szkolnych na temat wpływy alkoholu na młody organizm.	A. Prowadzenie corocznych kampanii edukacyjnych skierowanych do młodzieży szkolnej.
		B. Zorganizowanie szkolnych festynów edukacyjnych.
3.	Wspieranie programów szkoleniowych służących zwiększaniu kompetencji kadry pomocy społecznej w zakresie konsultacji związanych z problemami	A. Dodatkowe szkolenia kompetencji miękkich (umiejętności psychologiczne, komunikacji) dla kadry pomocy społecznej.

Cel operacyjny 1.1. Kreowanie inicjatyw kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych		
	uzależnień od alkoholu.	B. Stworzenie internetowej platformy wymiany doświadczeń/dobrych praktyk pomiędzy gminami powiatu.

Cel operacyjny 1.2. Wsparcie podmiotów prowadzących leczenie, rehabilitację i reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu.		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.		
	Proponowane działania	Proponowane projekty
1.	Rozwój i modernizacja bazy organizacyjnej i merytorycznej instytucji związanych z lecznictwem odwykowym.	A. Analiza i diagnoza potrzeb jednostek związanych z lecznictwem odwykowym (seria seminariów diagnostycznych z pracownikami)
		B. wsparcie podmiotów lecznictwa odwykowego w procesie wdrażania standardów i procedur terapeutycznych oraz podnoszeniu kwalifikacji personelu specjalistycznego
2.	Kreowanie inicjatyw służących rehabilitacji oraz reintegracji osób uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego	A. Wykreowanie programu reintegracji osób uzależnionych poprzez wspieranie utworzenia grup wsparcia
		B. Stworzenie programu rehabilitacji zawodowej.

Cel operacyjny 1.3. Wsparcie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.		
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.		
	Proponowane działania	**Proponowane projekty**
1.	Doskonalenie zawodowe kadr z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	A. Przeprowadzenie kursów zawodowych doszkalających kadrę z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
		B. Zorganizowanie wyjazdów studyjnych kadry z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych do jednostek z innych (wzorcowych) powiatów.
2.	Prowadzenie działań służących ograniczeniu naruszeń prawa przez podmioty korzystające z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.	A. Zwiększona liczba kontroli sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim.
		B. Kontrola potencjalnie nielegalnych punktów sprzedaży niezarejestrowanego/ opodatkowanego alkoholu
3.	Wsparcie rozwoju lokalnej infrastruktury świetlic oraz klubów dla Dzieci i młodzieży.	A. Stworzenie programu zajęć pozalekcyjnych dla dzieci i młodzieży utrwalających postawy abstynenckie oraz służące przeciwdziałaniu zachowaniom ryzykownym.

Cel operacyjny 1.3. Wsparcie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.		
		B. Zatrudnienie animatorów czasu wolnego (trenerów, opiekunów)dla dzieci i młodzieży spędzającej czas w miejscach użyteczności publicznej typu: boiska, parki, skwery, itp. oraz przysposobienie ich w dodatkowe materiały (sprzęt sportowy, gry planszowe, itp.)
4.	Wsparcie merytoryczne i komunikacyjne kadr z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	A. Opracowywanie, upowszechnianie i dystrybucja materiałów edukacyjnych (ulotki, plakaty, banery internetowe) dla osób i podmiotów zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych, w tym również przemocy w rodzinie.

Cel operacyjny 2.1. Wspieranie profilaktyki oraz procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków.
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkotykowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów uzależnień.

Cel operacyjny 2.1. Wspieranie profilaktyki oraz procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków.		
Proponowane działania		**Proponowane projekty**
1.	Zwiększenie dostępu do informacji o pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz osób używających narkotyki w sposób szkodliwy.	A. Kampania informacyjna w postaci spotów w telewizji lokalnej, informacji w lokalnej prasie, plakatów informacyjnych o możliwościach pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych
		B. Stworzenie witryny Interenetowej o możliwościach pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.
		C. Całodobowe telekonsultacje specjalistów ds. zwalczania i przeciwdziałania alkoholizmowi i uzależnienia od środków psychoaktywnych
2.	Wspieranie działań powiązanych z rehabilitacją i reintegracją osób uzależnionych.	A. Wykreowanie programu reintegracji osób uzależnionych poprzez wspieranie utworzenia grup wsparcia.
		B. Stworzenie programu rehabilitacji zawodowej (staży zawodowych).

Cel operacyjny 2.2. Ograniczenie mody na spożywanie środków psychoaktywnych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkotykowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z

Cel operacyjny 2.2. Ograniczenie mody na spożywanie środków psychoaktywnych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.		
uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów uzależnień.		
Proponowane działania		**Proponowane projekty**
1.	Kształtowanie właściwych postaw wobec narkomanii, narkotyków i substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej i mieszkańców powiatu.	A. Stworzenie programu zajęć pozalekcyjnych dla dzieci i młodzieży utrwalających postawy abstynenckie oraz służące przeciwdziałaniu zachowaniom ryzykownym.
		B. Zatrudnienie animatorów czasu wolnego (trenerów, opiekunów)dla dzieci i młodzieży spędzającej czas w miejscach użyteczności publicznej typu: boiska, parki, skwery, itp. oraz przysposobienie ich w dodatkowe materiały (sprzęt sportowy, gry planszowe, itp.).
2.	Rozpowszechnianie wiedzy na temat narkotyków i konsekwencji ich zażywania.	A. Stworzenie podstrony internetowej powiązanej ze stroną związaną z uzależnieniem od alkoholu o konsekwencjach zażywania narkotyków.
		B. Kampania edukacyjna obrazująca skutki zażywania narkotyków skierowana do młodzieży szkolnej.
3.	Stworzenie anonimowego forum internetowego związanego z pomocą osobom spożywającym narkotyki oraz dopalacze.	

Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
1.1.	1.1.1.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST / NGO	Do końca 2017 r.	20 000	Kampania
	1.1.1.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	209 000	Liczba odsłon www
	1.1.2.A	Komenda Powiatowa Policji	Działania ciągłe	40 000	Liczba kampanii
	1.1.2.B	MOPS/ GOPS	Działania ciągłe	50 000	Liczba szkoleń
	1.1.3.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do końca 2017 r.	50 000	Platforma
	1.1.3.B	MOSiR/ GOSiR	Działania ciągłe	10 000	Liczba festynów
1.2.	1.2.1.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	10 000	Analiza
	1.2.1.B	Zespół Koordynujący	Działania ciągłe	-	Brak zastrzeżeń (tak/nie)
	1.2.2.A	Zespół Koordynujący	Działania ciągłe	-	Program
	1.2.2.B	Zespół Koordynujący	Działania ciągłe	-	Program
1.3.	1.3.1.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	40 000	Liczba kursów
	1.3.1.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	20 000	Liczba wyjazdów
	1.3.2.A	Policja/ Straż Miejska	Działania ciągłe	20 000	Liczba kontroli
	1.3.2.B	Policja/ Straż Miejska	Działania ciągłe	-	Liczba kontroli
	1.3.3.A	Zespół Koordynujący	Do końca 2017 r.	-	Program
	1.3.3.B	UM/ UG	Działania ciągłe	60 000/rok	Liczba animatorów
2.1.	2.1.1.A	NGO	Do końca 2018 r.	10 000	Liczba spotów/ liczba plakatów/ liczba informacji w prasie

Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
	2.1.1.B	NGO	Do końca 2018 r.	20 000	Witryna
	2.1.1.C	Zespół złożony z przedstawicieli JST/ NGO	Do końca 2018 r.	100 000	Liczba udzielonych telekonsultacji
	2.1.2.A	Zespół koordynujący	Do końca 2017 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
	2.1.2.B	Zespół koordynujący	Do końca 2017 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
2.2.	2.2.1.A	Zespół Koordynujący	Do końca 2017 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
	2.2.1.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	60 000/rok	Liczba animatorów
	2.2.2.A	NGO	Do końca 2018 r.	10 000	Witryna
	2.2.2.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	60 000/rok	Liczba animatorów
	2.2.3	NGO	Działania ciągłe	5 000	Forum

6.2.2. Źródła finansowania działań

Środki na realizację działań oraz poszczególnych zadań z zakresu dotyczącego problemu narkomanii i alkoholu przewidzianych w „Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego" będą pochodzić ze środków własnych powiatu, których wysokość ustalana jest corocznie. Odrębnym źródłem finansowania zadań przewidzianych w planie operacyjnym Podstrategii będą środki własne poszczególnych jednostek realizujących zaplanowane działania. W miarę możliwości środki na realizację zadań mogą być pozyskiwane ze źródeł zewnętrznych, np.:

Fundusze Europejskie

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego.
- PO Wiedza Edukacja Rozwój.
- Europejska Współpraca Terytorialna.
- Europejski Fundusz Społeczny.

Fundusze Norweskie

- PL07 "Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych".
- PL13 "Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu".

Fundusze i Programy BGK

- Wsparcie budownictwa socjalnego z funduszu dopłat.
- Program wspierania społecznego budownictwa czynszowego.

7. System ewaluacji i monitorowania

Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego stanowi jeden z podstawowych dokumentów wskazujących kierunki rozwoju dla całego OF powiatu w obszarze wykluczenia społecznego

Istotnym elementem realizacji założeń Podstrategii jest bieżący monitoring i ewaluacja, pozwalające na ocenę prawidłowości realizacji wskazanych działań i aktualność poczynionych zapisów.

Zaleca się cykliczną ewaluację, w postaci corocznych raportów z zakresu realizacji celów Podstrategii przy wykorzystaniu zaproponowanych wskaźników. Ewaluacja powinna pozwolić również na aktualizację założeń dokumentu i ich modyfikację w trybie właściwym do ich uchwalenia.

Koordynacja	Koordynacją zadań i celów ujętych w Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego winien się zająć zespół powołany przez partnerów JST
Monitoring	Monitorowanie zapisów strategicznych oraz wskaźników, polegające na analizie informacji dotyczących realizacji działań będzie prowadzony przez zespół powołany przez Partnerów JST. Informacje dotyczące realizację badań pozwolą na identyfikację problemów i efektów realizowanych zadań oraz ewentualną zmianę kierunku zadań, które powinny być weryfikowane zgodnie ze zmieniającymi się warunkami wewnętrznymi i zewnętrznymi powiatu mikołowskiego.
Ewaluacja	Zespół oceniający powinien zostać powołany przez

	Partnerów JST.
	Zespół oceniający Podstrategię będzie oceniał poziom wdrożenia zapisów strategicznych oraz operacyjnych dwa razy w ciągu okresu realizacji Podstrategii, po czym zostanie przygotowana ewaluacja zadań w formie raportu.
	Do oceny stopnia wdrożenia wyznaczonych działań zostaną wykorzystane m.in. sformułowane pod każdym celem strategicznym wskaźniki monitoringowe.
	W zdecydowanej większości wielkości wskaźników dostępne są w zbiorach statystyki publicznej jak: Bank Danych Lokalnych GUS, natomiast pozostałe wymagają konieczności przeprowadzenia ilościowych badań ankietowych z mieszkańcami powiatu mikołowskiego oraz pracownikami instytucji funkcjonujących na terenie powiatu.
	Wyniki z przygotowanych, corocznych raportów ewaluacyjnych powinny stanowić podstawę ewaluacji przyjętych w Podstrategii założeń, gdyż monitorowanie to sposób mierzenia tego, co się dzieje, natomiast ewaluacja pozwala nam stwierdzić, co to oznacza. Zgodnie z podziałem według kryterium momentu przeprowadzania badania wyróżniamy następujące rodzaje ewaluacji: **ewaluacja mid-term** – przeprowadzana jest w połowie okresu funkcjonowania, będąc narzędziem służącym podnoszeniu jakości oraz trafności programowania z uwagi na fakt, że daje możliwość modyfikowania pewnych założeń programu w trakcie jego realizacji w przypadku, gdy okaże się, że zmiana warunków społeczno-gospodarczych spowodowała dezaktualizację diagnozy, która była punktem wyjścia dla realizowanego programu, **ewaluacja ex-post** – po zakończeniu wdrożenia

8. Wnioski i rekomendacje

Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego w ramach projektu pod nazwą „J-ednolita S-trategia T-erytorialna = spójny obszar funkcjonalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie kompetencji jednostek samorządu terytorialnego, dialog społeczny oraz wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST" stanowi strategiczno-operacyjną podstawę działań oraz kierunków rozwoju obszaru w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu mieszkańców powiatu. W tym celu sformułowane zostały cele strategiczne i operacyjne stanowiące fundament efektywnej pracy wszystkich instytucji publicznych powiatu ze szczególnym wyszczególnieniem celów strategicznych i operacyjnych dotyczących Planu Operacyjnego, czyli dwóch podstawowych problemów OF:

1. Ochrona zdrowia psychicznego.
2. Problem alkoholu i narkomanii.

Poniżej przedstawiony został graficzny schemat kierunków działania oraz rekomendacje dla Powiatu Mikołowskiego oraz gmin wchodzących w jego skład tj, Gminy Mikołów, Orzesze, Łaziska Górne, Ornontowice i Wyry.

Rysunek 24. Matryca celów

Wizja	**Powiat mikołowski jako obszar o wysokim poziomie integracji społeczności lokalnej oraz wspierający osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i społecznie wykluczone**
Misja	**Pomaganie mieszkańcom, którzy w wyniku pewnych okoliczności zagrożeni będą wykluczeniem społecznym.**
Cele strategiczne Podstrategii	**Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.**

Cele operacyjne	Wspieranie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością	Wspieranie rodzin borykających się z problemami opiekuńczo-wychowawczymi oraz rodzin wielodzietnych, a także pieczy zastępczej
	Aktywizacja społeczna i zawodowa osób starszych oraz osób niepełnosprawnych	Wspieranie osób dotkniętych przemocą domową
	Reintegracja osób bezrobotnych	Dopasowanie infrastruktury do specyficznych potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się
	Rozwój komunikacji publicznej dopasowanej do potrzeb ww. grup	

Plan Operacyjny

Ochrona zdrowia psychicznego

Cele strategiczne Planu Operacyjnego – ochrona zdrowia psychicznego	Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym	Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Podstrategia ds. przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

Cele operacyjne - ochrona zdrowia psychicznego	Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym	Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
	Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzenia mi psychicznymi	Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy
		Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Problem alkoholu i narkomanii

Cele strategiczne Planu Operacyjnego - problem alkoholu i narkomanii	**Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim.**	**Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim.**

Cele operacyjne – problem alkoholu i narkomanii	Kreowanie inicjatyw kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.	Wspieranie profilaktyki oraz procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków.
	Wsparcie podmiotów prowadzących leczenie,	Ograniczenie mody na spożywanie środków

	rehabilitację i reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu.	psychoaktywnych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.
	Wsparcie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	

Źródło: opracowanie własne

Spis wykresów i tabel

Wykres 1. Metody badawcze 7
Wykres 2. Jak Pani/Pan rozumie pojęcie „wykluczenie społeczne"? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%) 13
Wykres 3. Jak ocenia Pani/Pan działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? 14
Wykres 4. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalająca? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%) 15
Wykres 5. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego. Pytanie wielokrotnego wyboru (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%) 17
Wykres 6. Jak Pani/Pan ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? 17
Wykres 7. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%) 18
Wykres 8. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%) 19
Wykres 9. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%) 20
Wykres 10. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? 21
Wykres 11. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? 21
Wykres 12. z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%) .. 22
Wykres 13. Rozkład próby badawczej (CATI – przedsiębiorstwa) w oparciu o miejsce prowadzenia działalności (w %, N= 158) 44
Wykres 14. Rozkład próby badawczej (CATI – przedsiębiorstwa) w oparciu o wielkość zatrudnienia (w %, N= 158) 45
Wykres 15. Czy Pana/Pani przedsiębiorstwo zatrudnia osoby niepełnosprawne? 45

Wykres 16. Czy Pana/Pani przedsiębiorstwo zatrudnia osoby z zaburzeniami psychicznymi? 46
Wykres 17. Liczba przestępstw popełnianych przez osoby nietrzeźwe w 2012 r. w Polsce 96
Wykres 18. Udział osób nietrzeźwych w popełnianych przestępstwach w Polsce w 2012 r. 96
Wykres 19. Liczba zgłoszonych podejrzeń zatruć dopalaczami w poszczególnych miesiącach w latach 2013-2014 w Polsce 106
Wykres 20. Wskaźnik zgłoszonych zatruć dopalaczami na 100 tys. mieszkańców poszczególnych województw w 2014 r. 107
Wykres 21. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu w latach 2011-2013 w Województwie Śląskim 111
Wykres 22. Skala ilości ujawnionych czynów na terenach poszczególnych gmin Powiatu Mikołowskiego w latach 2011-2014 113
Wykres 23. Czy kiedykolwiek zażywałeś/ spożywałeś którąś z poniższych substancji? 128
Rysunek 24. Matryca celów 186

Tabela 1. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy (1 -bardzo zły, 5 bardzo dobry) 16
Tabela 2. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w zakresie: 18
Tabela 3. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2012-2013 42
Tabela 4. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w latach 2012-2013 42
Tabela 5. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w latach 2012-2013 43
Tabela 6. Szpitale i zakłady psychiatryczne 43

Tabela 7. Lista świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień zapisanych w ofercie NFZ 49
Tabela 8. Podmioty lecznicze realizujące świadczenia związane z opieką psychiatryczną w najbliższej odległości od Powiatu Mikołowskiego 50
Tabela 9. Nietrzeźwi sprawcy przestępstw w Polsce 94
Tabela 10. Zabezpieczone narkotyki w Polsce w latach 2010-2013 103
Tabela 11. Przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce w latach 2010- 2014 103
Tabela 12. Dane dotyczące przemocy w rodzinie w województwie śląskim 111
Tabela 13. Dane dotyczące liczby osób doznających przemocy w rodzinie, osób stosujących przemoc i jej świadków w 2012 r. 112
Tabela 14. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Mikołowie na podstawie danych szacunkowych PARPA 113
Tabela 15. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Łaziskach Górnych na podstawie danych szacunkowych PARPA 114
Tabela 16. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Mieście Orzesze na podstawie danych szacunkowych PARPA 115
Tabela 17. Interwencje Komisariatu Policji w Orzeszu 115
Tabela 18. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Ornontowice na podstawie danych szacunkowych PARPA 116
Tabela 19. Liczba punktów sprzedaży alkoholu w Gminie Ornontowice 117
Tabela 20. Działania podejmowane przez GKRPA w Ornontowicach 117
Tabela 21. Liczba interwencji policji na terenie Gminy Ornontowice 117
Tabela 22. Działania podejmowane przez punkt konsultacyjny, GOPS na terenie Gminy Ornontowice 118
Tabela 23. Szacunkowa liczba osób wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Wyry na podstawie danych szacunkowych PARPA 118
Tabela 24. Działania podejmowane przez GKRPA, GOPS na terenie Gminy Wyry w 2014 r. 119

Tabela 25. Działania podejmowane przez Komendę Powiatową w Mikołowie dotyczące mieszkańców Gminy Wyry w 2014 r. 120
Tabela 26. Punkty sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych w gminach w 2012 roku 120
Tabela 27. Limity punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Powiecie Mikołowskim w podziale na Gminy 120
Tabela 28. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Gminie Wyry w 2014 r. 126
Tabela 29. Liczba mieszkańców przypadających na 1 przedsiębiorstwo zarejestrowane jako prowadzące działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych (stan na 11.2015) 127
Tabela 30. Cele Strategiczne i cząstkowe Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 132
Tabela 31. Cele operacyjne i działania ujęte w Programie profilaktyki w województwie śląskim na lata 2011-2015 134
Tabela 32. Obszary, cele główne i kierunki działań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 140
Tabela 33. Zadania Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015 Gminy Mikołów 154
Tabela 34. Placówki świadczące usługi w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych na szczeblu wojewódzkim dostępne dla mieszkańców Powiatu Mikołowskiego 163

Załącznik 1 do Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego

Zamawiający:

Zarząd Powiatu Mikołowskiego

Ul. Żwirki i Wigury 4a

43-190 Mikołów

Wykonawca:

EU-CONSULT Sp. z o.o.

Ul. Wały Piastowskie 1

80-855 Gdańsk

Gdańsk 2015

Spis treści

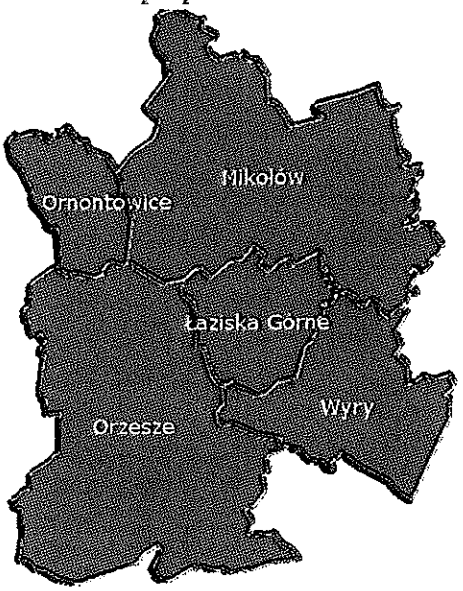
1. Ogólna charakterystyka jednostek samorządu terytorialnego obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego oraz gmin wchodzących w skład powiatu 4
1.1.1. Warunki geograficzne oraz układ przestrzenny 4
1.1.2. Sytuacja społeczna oraz demograficzna 5
1.1.3. Kwestie kulturowo-gospodarcze 24
2. Diagnoza problemów społecznych 27
2.1. Problemy rynku pracy i bezrobocia 27
2.1.1. Ogólny stan i struktura zatrudnienia 27
2.2. Problem bezdomności i zasoby mieszkaniowe 35
2.2.1. Przyczyny bezdomności 36
2.2.2. Możliwości wsparcia osób bezdomnych 38
2.3. Problem rodzin i pieczy zastępczej oraz sieroctwa 39
2.4. Problem bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego 50
2.5. Problem przemocy w rodzinie 51
2.6. Zjawisko wielodzietności 57
2.7. Problem przestępczości 58
2.8. Problemy w obszarze zdrowia, w tym problem długotrwałej lub ciężkiej choroby 63
2.9. Problemy związane z niepełnosprawnością i integracją osób niepełnosprawnych 68
2.10. Problem ubóstwa 71
2.11. Problemy ludzi starszych i ich integracji 78
2.12. Problem migracji 81
2.13. Przystosowanie do życia osób powracających z zakładów karnych i ośrodków opiekuńczo-wychowawczych 84
2.14. Uchodźcy 87
3. Instytucje gminne i powiatowe działające w obszarze pomocy społecznej 89
4. Analiza działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie 98
5. Organizacje pozarządowe 104
6. Współpraca oraz mechanizm przepływu informacji pomiędzy instytucjami 114
7. Spis wykresów i tabel 118

1. Ogólna charakterystyka jednostek samorządu terytorialnego obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego oraz gmin wchodzących w skład powiatu

1.1.1. Warunki geograficzne oraz układ przestrzenny

Powiat mikołowski jest powiatem ziemskim, który położony jest w granicach województwa śląskiego. Powstał w ramach reformy administracyjnej kraju w roku 1999. Geograficznie powiat mikołowski położony jest w południowo-zachodniej Polsce na granicy Wyżyny Śląsko-Krakowskiej i Kotliny Oświęcimskiej. Administracyjnie zaś znajduje się w południowo-zachodniej części województwa śląskiego i Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego.

Wykres 1. Mapa powiatu mikołowskiego



Źródło: „Diagnoza potrzeb obszaru funkcjonalnego Powiatu Mikołowskiego".

W skład powiatu mikołowskiego wchodzi pięć gmin, z czego trzy są gminami miejskimi: Mikołów, Orzesze i Łaziska Górne, zaś dwie pozostałe są gminami wiejskimi, tj. Ornontowice i Wyry. Powiat sąsiaduje z miastami na prawach powiatu, takimi jak: Katowice, Ruda Śląska, Żory i Tychy, a także z następującymi powiatami ziemskimi: gliwicki, rybnicki oraz pszczyński.

1.1.2. Sytuacja społeczna oraz demograficzna

Uwarunkowania społeczne

Szkolnictwo na poziomie przedszkolnym, podstawowym, gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym

Na terenie powiatu mikołowskiego występuje dobrze rozwinięta sieć szkół, w których uczniowie mogą edukować się praktycznie na wszystkich poziomach kształcenia. W roku 2015 liczba placówek oświatowych prowadzonych przez poszczególne gminy oraz powiat kształtowała się następująco[1]:

A. Gmina Łaziska Górne:
   - 6 przedszkoli publicznych (w tym jedno integracyjne),
   - 1 Przedszkole Niepubliczne,
   - 3 szkoły podstawowe (w tym jedna z oddziałami integracyjnymi),
   - 2 szkoły gimnazjalne,
   - Zespół Szkół im. Piastów Śląskich (obejmujący szkołę podstawową i gimnazjum).

B. Gmina Mikołów:
   - 11 przedszkoli publicznych,
   - 3 przedszkola niepubliczne,
   - Zespół Szkolno-Przedszkolny im. Gromadki Misia Uszatka (w skład którego wchodzą przedszkole i szkoła podstawowa),
   - 5 szkół podstawowych (w tym jedna z oddziałami integracyjnymi),
   - 2 zespoły szkół (obejmujące szkoły podstawowe i szkoły gimnazjalne),
   - Zespół Szkół Prywatnych DUAL (obejmujący szkołę podstawową oraz szkołę gimnazjalną),
   - 2 szkoły gimnazjalne.

C. Gmina Ornontowice:
   - Katolickie Przedszkole Niepubliczne Zgromadzenia Sióstr Służebniczek NMP NP. im. Aniołów Stróżów,
   - Zespół Szkolno-Przedszkolny (w ramach którego funkcjonują przedszkole i szkoła podstawowa),
   - Gimnazjum im. Noblistów Polskich w Ornontowicach.

D. Gmina Orzesze:
   - 5 przedszkoli oraz 5 oddziałów przedszkolnych,
   - 7 szkół podstawowych,

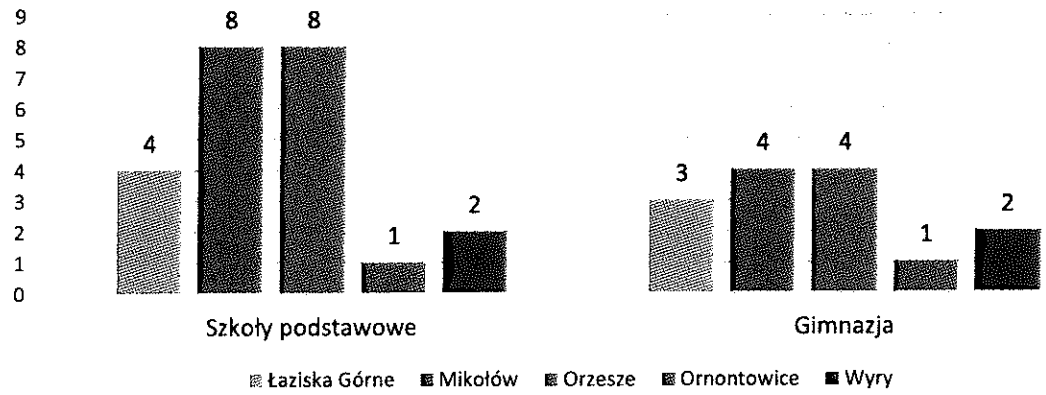
[1] „Diagnoza potrzeb obszaru funkcjonalnego Powiatu Mikołowskiego"

- 2 szkoły gimnazjalne,
- Zespół Szkół im. Poległych na Pasternioku.

E. Gmina Wyry:
- 2 przedszkola,
- 2 zespoły szkół (obejmujące szkoły podstawowe oraz szkoły gimnazjalne).

F. Powiat Mikołowski:
- I Liceum Ogólnokształcące im. Karola Miarki w Mikołowie,
- II Liceum Ogólnokształcące im. rotmistrza Witolda Pileckiego w Mikołowie,
- Zespół Szkół Technicznych w Mikołowie,
- Zespół Szkół Energetycznych i Usługowych w Łaziskach Górnych,
- Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych w Ornontowicach,
- Zespół Szkół Nr 1 Specjalnych w Mikołowie,
- Zespół Szkół Nr 2 Specjalnych im. Marii Grzegorzewskiej w Mikołowie,
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Mikołowie,
- Ognisko Pracy Pozaszkolnej w Mikołowie.

Wykres 2. Liczba szkół podstawowych i gimnazjów według gmin w powiecie mikołowskim

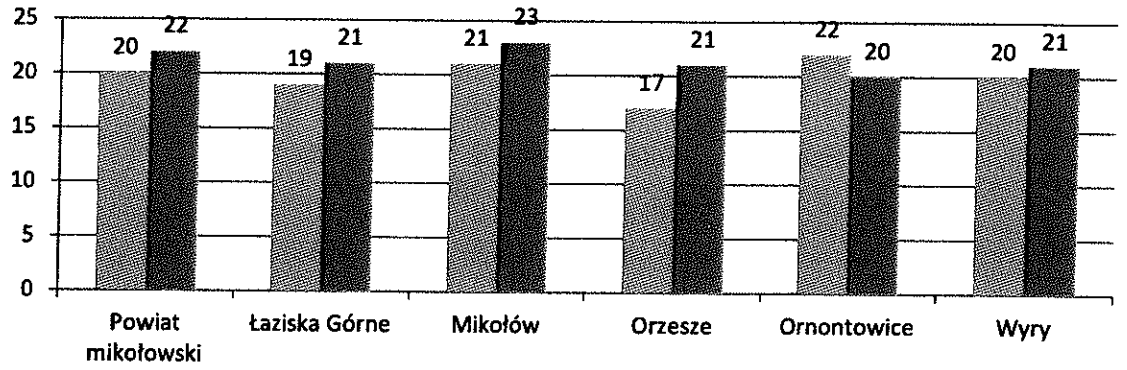


Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Jak przedstawiono na wykresie 2 największa liczba szkół, w których uczniowie mogą zdobyć wykształcenie podstawowe znajduje się w Gminie Mikołów oraz w Gminie Orzesze – po osiem tego typu placówek. Połowa mniej szkół podstawowych zlokalizowana jest na terenie Gminy Łaziska Górne. W Gminie Wyry znajdują się dwie szkoły podstawowe, zaś w Gminie Ornontowice jedna. Jeżeli chodzi o szkoły gimnazjalne to również w dwóch pierwszych gminach zlokalizowanych jest najwięcej takich placówek – po cztery. W Gminie Łaziska Górne uczniowie kształcić się mogą w trzech

gimnazjach, w Gminie Wyry w dwóch, natomiast w Gminie Ornontowice w jednym. Liczba uczniów przypadających na jeden oddział szkół zlokalizowanych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego kształtował się na podobnym poziomie, co przedstawiono na wykresie 3.

Wykres 3. Uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych przypadający na jeden oddział w powiecie mikołowskim



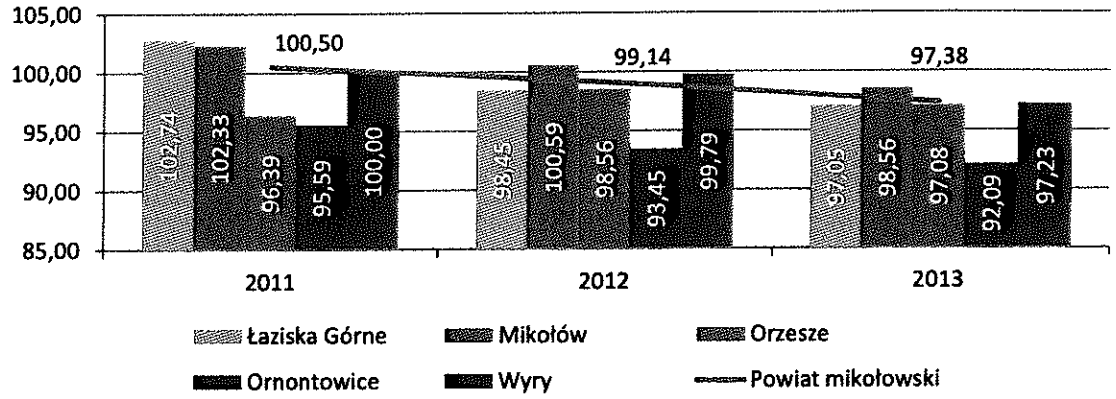
Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Średnia liczba uczniów szkół podstawowych przypadających na jeden oddział w powiecie mikołowskim wynosiła 20. Niższe wartości od średniej odnotowano w odniesieniu do szkół w Gminie Orzesze (17) oraz Gminie Łaziska Górne (19), zaś wyższe w przypadku Gminy Mikołów (21) oraz Gminy Ornontowice (22). Średnia liczba uczniów szkół gimnazjalnych przypadających na jeden oddział była natomiast wyższa, wynosiła bowiem 22. Najwyższą wartość zanotowano w przypadku Gminy Mikołów (23), zaś najniższą w Gminie Ornontowice (20).

Współczynnik skolaryzacji brutto jest to relacja liczby osób uczących się na danym poziomie kształcenia niezależnie od wieku do liczby ludności w grupie wieku określonej, jako odpowiadająca temu poziomowi nauczania[2]. Na wykresie 4 zaprezentowano wartość tego wskaźnika w odniesieniu do szkół podstawowych powiatu mikołowskiego.

[2] www.stat.gov.pl

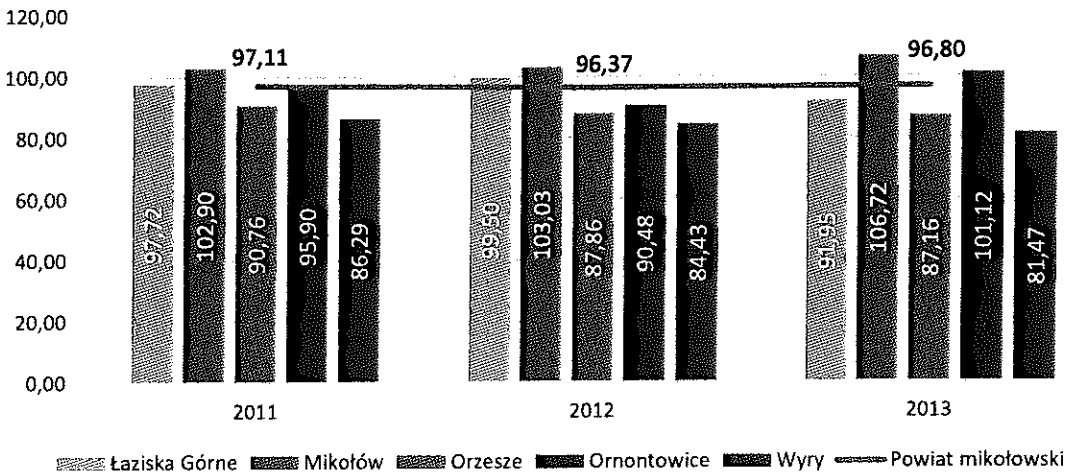
Wykres 4. Współczynnik skolaryzacji brutto w szkołach podstawowych według gmin w powiecie mikołowskim (w %)



Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

W latach 2011-2013 wartość współczynnika skolaryzacji brutto dla szkół podstawowych powiatu mikołowskiego zmniejszała się - od 100,50% przez 99,14% do 97,38%. W ostatnim analizowanym roku najwyższa wartość omawianego wskaźnika odnotowana została w Gminie Mikołów na poziomie 98,56%, zaś najniższa w Gminie Ornontowice (92,09%).

Wykres 5. Współczynnik skolaryzacji brutto w szkołach gimnazjalnych według gmin w powiecie mikołowskim (w %)

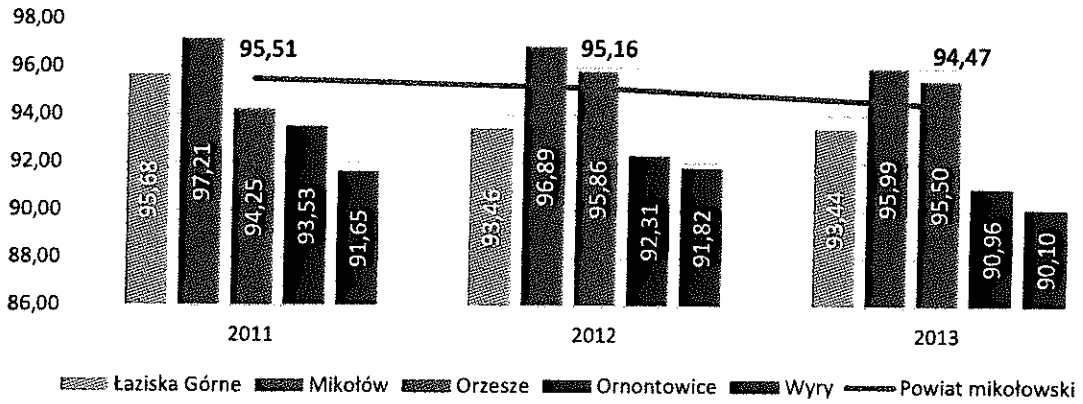


Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Jeżeli chodzi o średnią wartość współczynnika skolaryzacji brutto dla szkół gimnazjalnych w powiecie to należy wskazać, że w latach 2011-2013 była ona na bardzo zbliżonym poziomie (Wykres 5). W 2013 roku najwyższa wartość odnotowana została w Gminie Mikołów (106,72%), a najniższa w Gminie Wyry (81,47%).

Współczynnik skolaryzacji netto jest to natomiast relacja liczby osób uczących się na danym poziomie kształcenia *w* danej grupie wieku do liczby ludności w grupie wieku określonej jako odpowiadająca temu poziomowi nauczania[3]. Na wykresie 6 przedstawiono wartość tego współczynnika w szkołach podstawowych powiatu mikołowskiego.

Wykres 6. Współczynnik skolaryzacji netto w szkołach podstawowych według gmin w powiecie mikołowskim (w%)

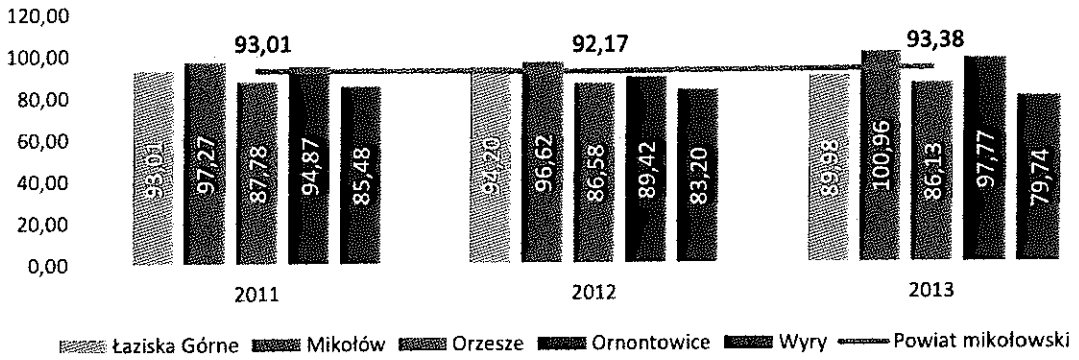


Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Podobnie jak w przypadku poprzedniego wskaźnika, również i współczynnik skolaryzacji netto w szkołach podstawowych powiatu mikołowskiego zmniejszał się – z 95,51% w roku 2011 do 94,47% w roku 2013. W ostatnim analizowanym roku najwyższy poziom wskaźnika dotyczył szkół w Gminie Mikołów (95,99%), zaś najniższy placówek w Gminie Wyry (90,10%).

[3] www.stat.gov.pl

Wykres 7. Współczynnik skolaryzacji netto w szkołach gimnazjalnych według gmin w powiecie mikołowskim

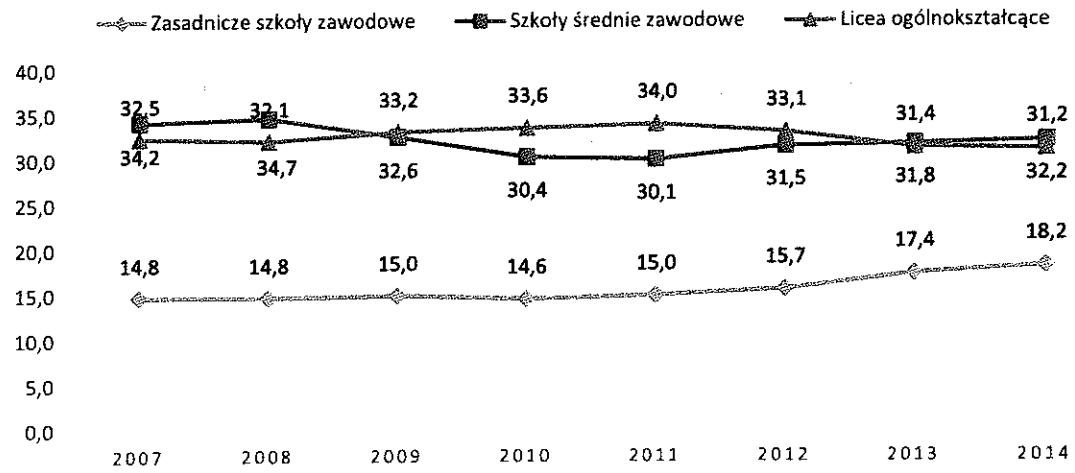


Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Również i w przypadku współczynnika skolaryzacji netto, wartość jego w latach 2011-2013 w szkołach gimnazjalnych nie zmieniała się. W ostatnim analizowanym roku najwyższa wartość ukształtowała się w Gminie Mikołów (100,96%), natomiast najmniejsza w Gminie Wyry (79,74%).

Ze względu na fakt, iż współczynniki skolaryzacji dla szkół ponadgimnazjalnych w poszczególnych powiatach Polski nie są publikowane, współczynniki skolaryzacji netto dla poszczególnych typów szkół ponadgimnazjalnych zostały oszacowane jako odsetek osób w wieku 16-18 lat kształcących się w danym typie szkoły w liczbie ludności w wieku 16-18 ogółem.

Wykres 8. Współczynniki skolaryzacji netto w szkołach ponadgimnazjalnych w powiecie mikołowskim

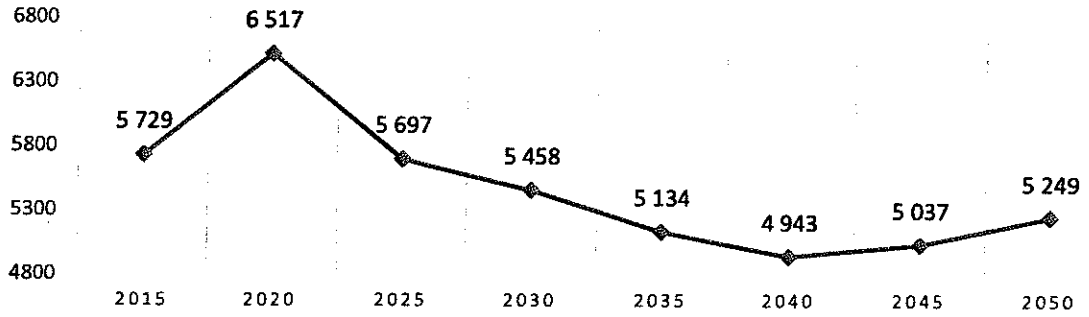


Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Uczniowie mikołowskich szkół w latach 2007-2014 znacznie częściej decydowali się na kształcenie w średnich szkołach zawodowych lub liceach ogólnokształcących niż w zasadniczych szkołach zawodowych. Niemniej jednak od 2011 roku odnotowuje się wzrost zainteresowania edukacją w szkołach zasadniczych – wzrost wskaźnika o 3,2 p.p. W ciągu czterech ostatnich lat.

Opierając się na prognozach ludności oraz wartościach współczynników skolaryzacji netto (z roku 2013) sporządzono przewidywaną liczbę uczniów szkół podstawowych oraz gimnazjalnych do 2050 roku.

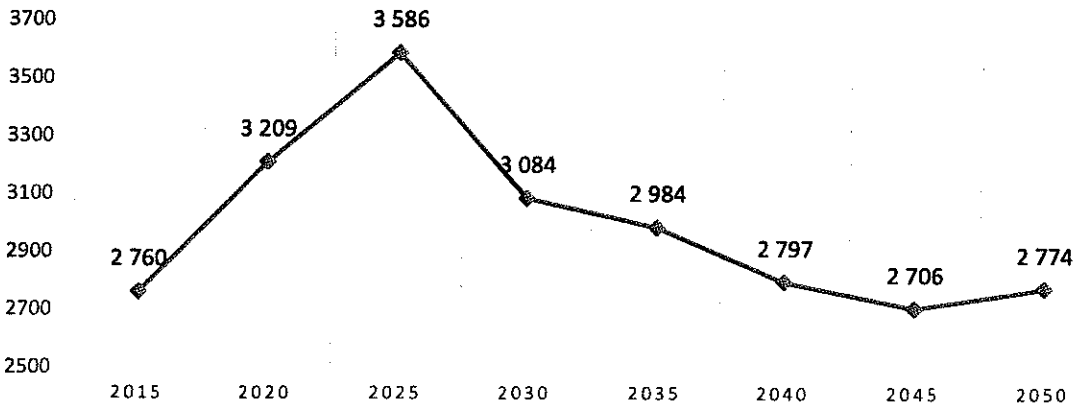
Wykres 9. Liczba uczniów w szkołach podstawowych do roku 2050 w powiecie mikołowskim – prognoza



Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Prognozuje się, że do 2020 liczba uczniów szkół podstawowych w powiecie mikołowskim będzie wzrastać. Od 2020 do 2040 roku przewidywany jest spadek liczby dzieci do poziomu nieprzekraczającego 5 tys. Od tego roku nastąpić ma niewielki, stopniowy wzrost dzieci uczących się w mikołowskich szkołach.

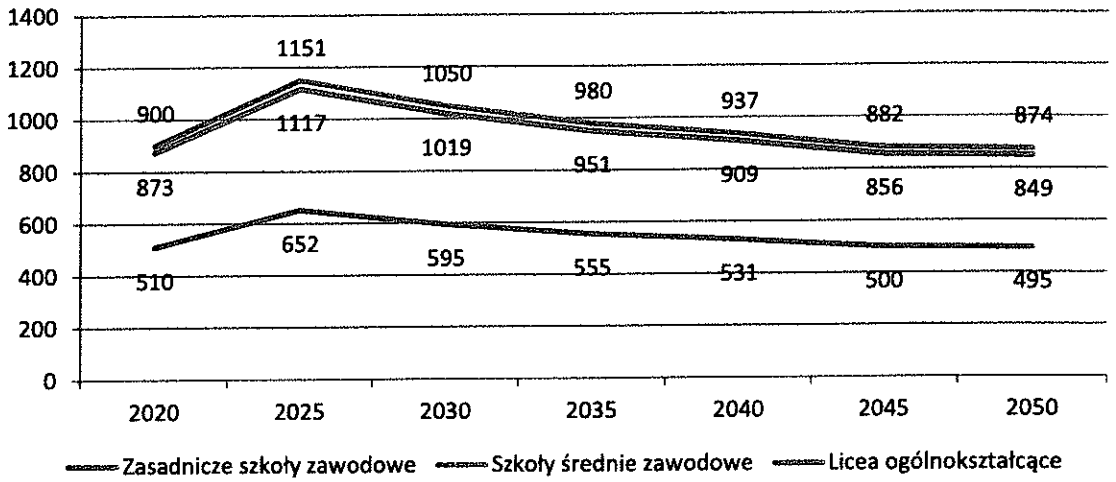
Wykres 10. Liczba uczniów w szkołach gimnazjalnych do roku 2050 w powiecie mikołowskim – prognoza



Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Jeżeli chodzi o uczniów szkół gimnazjalnych to przewiduje się, że ich liczba będzie wzrastać do 2025 roku, osiągając poziom ponad 3,5 tys. W kolejnych latach natomiast prognozowany jest spadek ich liczby do ok. 2,7 tys. osób.

Wykres 11. Liczba uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych do roku 2050 w powiecie mikołowskim - prognoza



Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

Bez względu na rodzaj szkoły ponadgimnazjalnej przewiduje się wzrost liczby uczniów do 2025 roku. Od tego roku prognozuje się wprawdzie spadek ich liczby, natomiast będzie on stopniowy. Liczba uczniów średnich szkół zawodowych oraz liceów ogólnokształcących będzie na bardzo zbliżonym poziomie, zaś liczba młodzieży kształcącej się w zasadniczych szkołach zawodowych będzie znacznie niższa.

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Mikołowie jest to placówka powiatowa, prowadząca działalność na obszarze wszystkich gmin powiatu mikołowskiego, tj. Łaziska Górne, Mikołów, Orzesze, Ornontowice i Wyry.

Działalność Poradni regulowana jest przepisami prawnymi, w szczególności: Rozporządzeniem MEN z 1 lutego 2013 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 199). Działalność poradni obejmuje m.in.:

- pomoc psychologiczno-pedagogiczną dla dzieci i młodzieży, w tym pomoc logopedyczną, pomoc w wyborze kierunku kształcenia i zawodu;

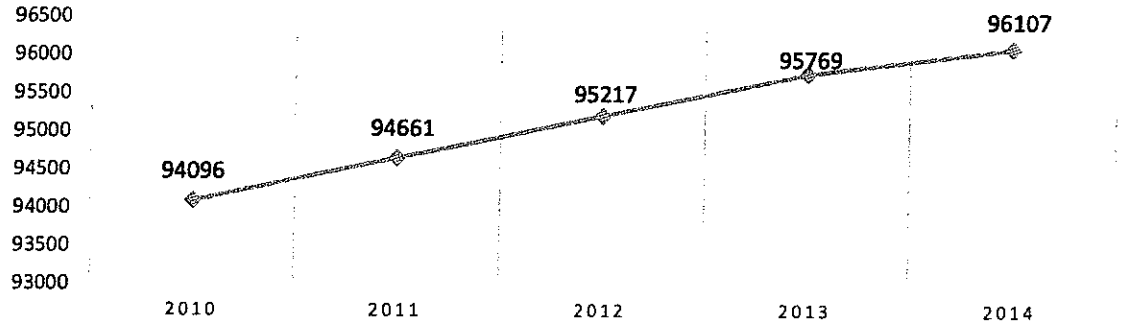
- pomoc psychologiczno-pedagogiczną związaną z wychowaniem i kształceniem dzieci i młodzieży, udzielaną rodzicom i nauczycielom,
- wspomaganie placówek oświatowych w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych,
- realizowanie zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję placówek oświatowych, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych,
- organizowanie i prowadzenie wspomagania placówek oświatowych w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych.

W/w wsparcie udzielane jest zarówno w formie indywidualnych, jak i grupowych zajęć terapeutycznych dla dzieci i młodzieży, a także terapii rodziny, grup wsparcia, prowadzenia mediacji oraz interwencji kryzysowej, warsztatów, porad i konsultacji, wykładów i prelekcji oraz działalności informacyjno-szkoleniowej.

Uwarunkowania demograficzne

Liczba mieszkańców powiatu od roku 2010 wykazuje tendencję wzrostową (wykres 12). W perspektywie ostatnich czterech lat liczba ludności powiatu wzrosła o ponad 2 tys. Co może się wiązać, z wysoką atrakcyjnością obszaru pod kątem osiedlania się ludności z innych terenów województwa śląskiego.

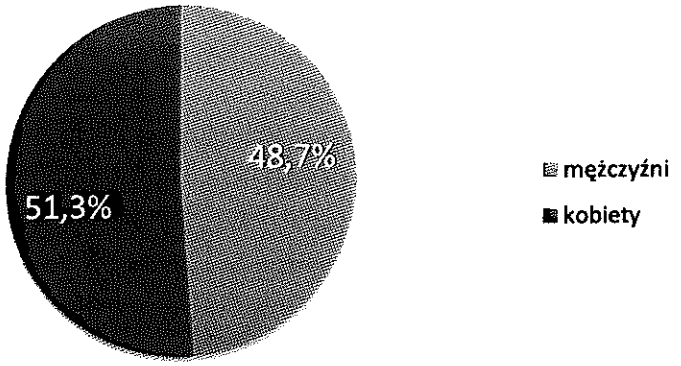
Wykres 12. Liczba mieszkańców powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Struktura ludności pod względem płci w powiecie mikołowskim jest zbliżona do struktury populacji całego kraju. Oznacza to, iż w powiecie liczba kobiet jest większa aniżeli liczba mężczyzn - różnica 2,6 punktów procentowych (wykres).

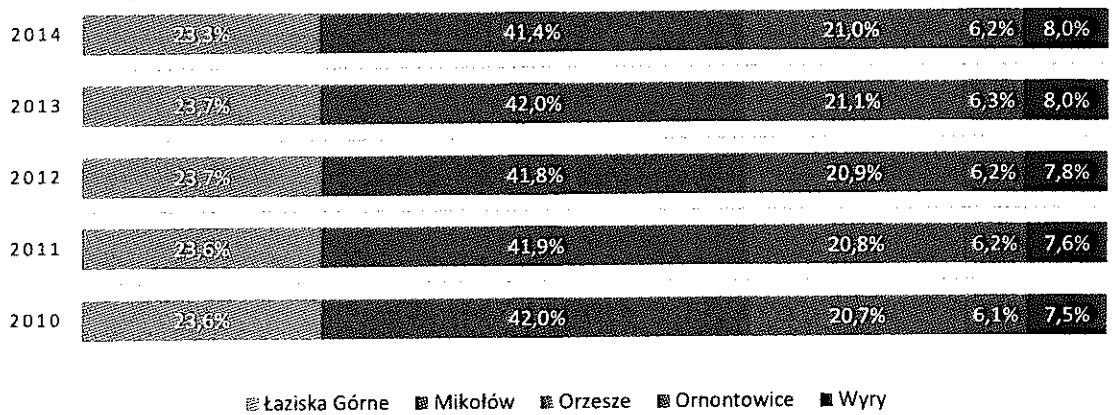
Wykres 13. Struktura ludności powiatu mikołowskiego według płci w roku 2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Struktura ludności powiatu mikołowskiego według gmin na przestrzeni lat 2010-2014 nie uległa większym zmianom (wykres 13). Największa liczba mieszkańców powiatu zamieszkuje w gminie miejskiej Mikołów (41,4%). Następnymi gminami pod względem liczby ludności są Łaziska Górne (23,3%) oraz Orzesze (21,0%). Najmniejsza liczba osób zamieszkuje gminy wiejskie Wyry (8%) oraz Ornontowice (6,2%).

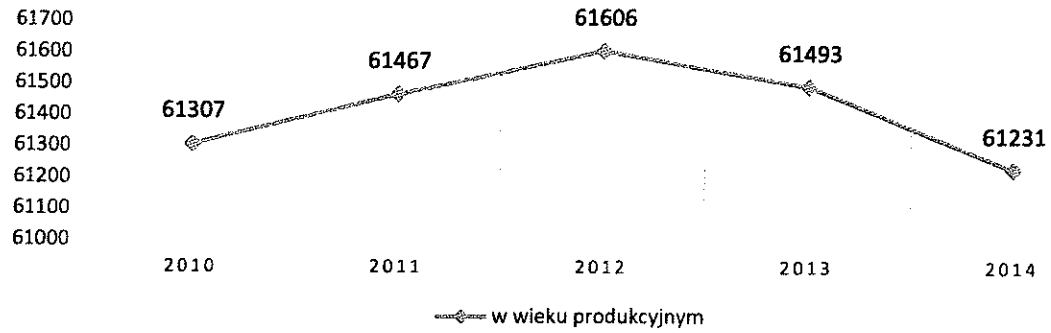
Wykres 14. Struktura ludności powiatu według gmin w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

W perspektywie lat 2010-2014 liczba osób w wieku produkcyjnym utrzymała się na podobnym poziomie. Od roku 2010 do 2012 nastąpił wzrost liczby ludności w wieku produkcyjnym podczas, gdy od roku 2012 liczba osób w wieku produkcyjnym zaczęła spadać (wykres 14).

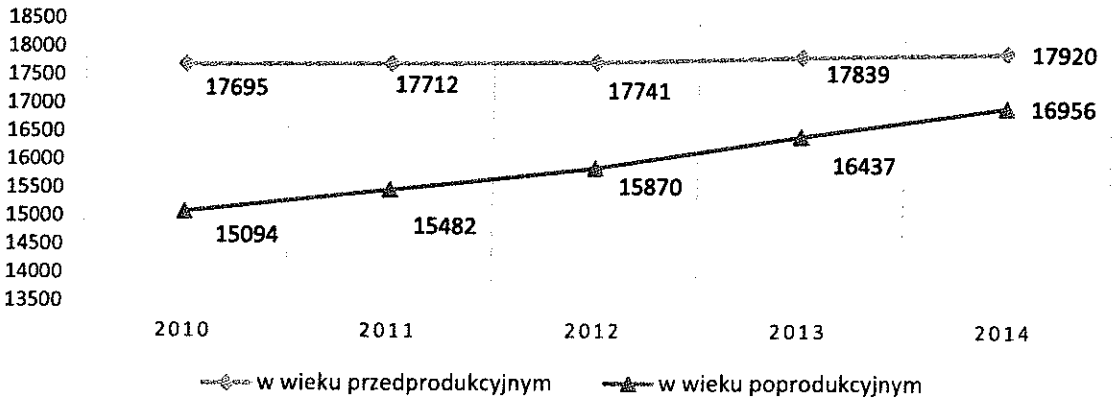
Wykres 15. Ludność w wieku produkcyjnym w powiecie mikołowskim na przestrzeni lat 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

W powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 nastąpił wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Liczba osób w wieku przedprodukcyjnym również zwiększyła się, jednakże dynamika przyrostu jest znacznie niższa niż w przypadku ludności w wieku poprodukcyjnym (wykres 16).

Wykres 16. Liczba ludności w wieku przed- i poprodukcyjnym na przestrzeni lat 2010-2014 w powiecie mikołowskim

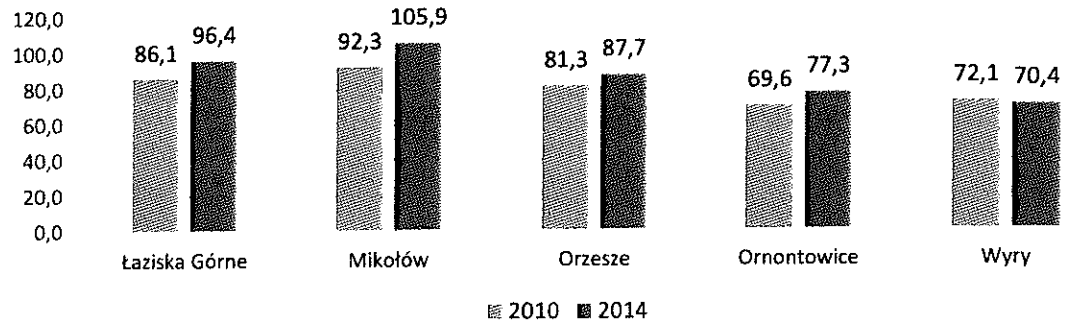


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Struktura wskaźnika liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (wykres 17) wykazuje, iż w prawie każdej z gmin powiatu mikołowskiego wartość tego wskaźnika wzrosła. Wyjątkiem jest gmina miejska Wyry, gdzie liczba osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do osób w wieku przedprodukcyjnym zmniejszyła się. Obecnie najwyższą wartość wskaźnika

odnotowano w gminie Mikołów, gdzie obecnie znajduje się najwięcej osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do osób w wieku przedprodukcyjnym.

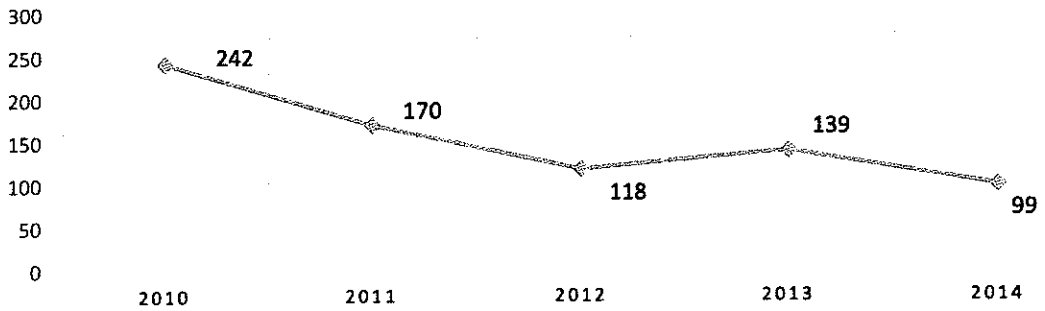
Wykres 17. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym według gmin powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Podobne trendy w dynamice ludności wg ekonomicznych grup wieku można zauważyć w kraju. Systematycznie podnosi się liczba ludności w wieku poprodukcyjnym, czemu nie towarzyszy wzrost liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym, który mógłbym kompensować obciążenie demograficzne. Jednocześnie systematycznie spada liczba ludności w wieku produkcyjnym, co w przyszłości może doprowadzić do problemów ekonomicznych (m.in. związanych ze źródłami finansowania emerytur).Wskaźnik przyrostu naturalnego w powiecie mikołowskim wykazuje tendencję malejącą (wykres 16). W stosunku do roku 2010 w roku 2014 odnotowano spadek wartości przyrostu naturalnego o ponad połowę (59,1%). Rok 2013 stanowił przełamanie w tendencji malejącej wartości przyrostu naturalnego w latach 2010-2014, jednakże już w następnym roku (2014) nastąpił znaczący spadek wartości tego wskaźnika.

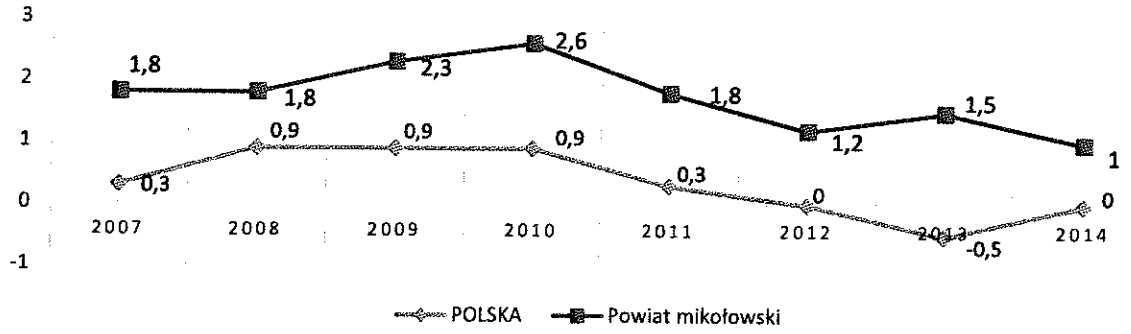
Wykres 18. Przyrost naturalny w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

W ujęciu względnym, przyrost naturalny na 1000 osób w powiecie jest dodatni, choć od 2010 wskaźnik ten systematycznie maleje. W 2014 roku na 1000 mieszkańców powiatu przybył drogą naturalną 1 mieszkaniec. W tym samym czasie w Polsce saldo urodzeń i zgonów na 1000 osób było zerowe (wykres 19).

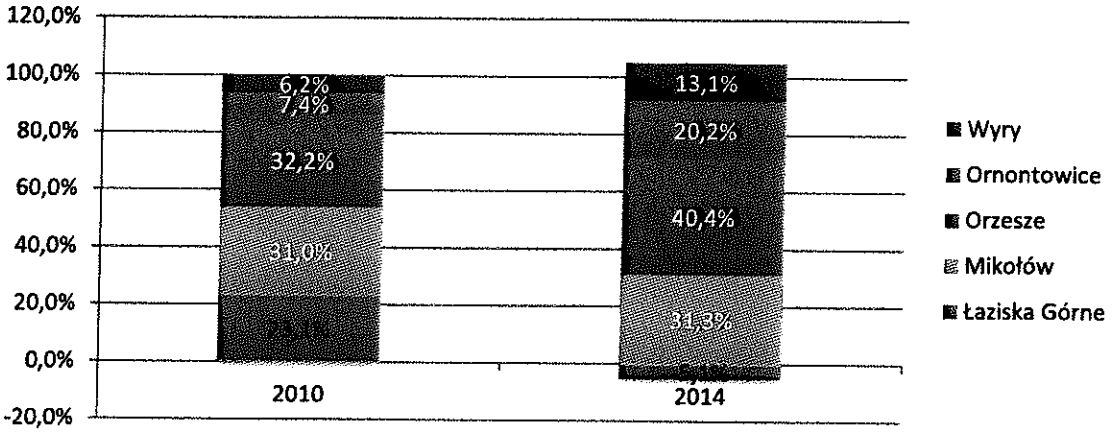
Wykres 19. Przyrost naturalny na 1000 osób w powiecie mikołowskim i Polsce w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Analiza przyrostu naturalnego na przestrzeni lat 2010-2014 w poszczególnych gminach wskazuje, iż największy spadek wartości tego wskaźnika wystąpił w przypadku gminy Łaziska Górne. W roku 2014 była to jedyna gmina powiatu z ujemną wartością wskaźnika przyrostu naturalnego. Udział gmin wiejskich w kształtowaniu przyrostu naturalnego powiatu mikołowskiego zwiększył się, głównie na skutek spadku tego wskaźnika w gminach miejskich (wykres 20).

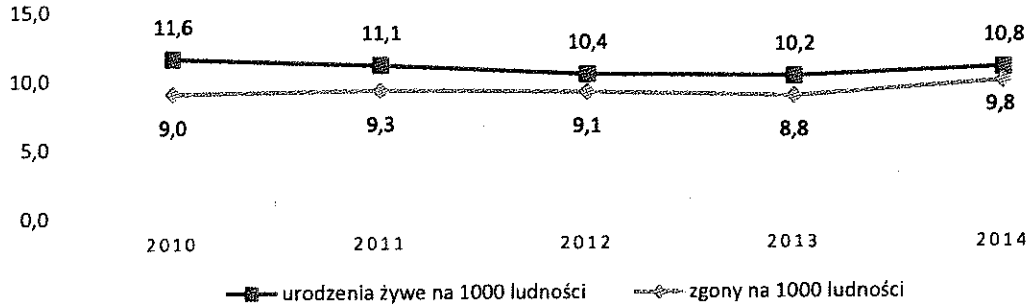
Wykres 20. Udział gmin w kształtowaniu przyrostu naturalnego powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

W całym powiecie mikołowskim wskaźnik urodzeń na 1000 mieszkańców w latach 2010-2014 spadł o 7%. Wskaźnik zgonów wzrósł w tym czasie o 9% (wykres 19). Obecnie nadal wartość wskaźnika urodzeń jest wyższa aniżeli zgonów jednakże w stosunku do ostatnich pięciu lat różnica pomiędzy wartościami tych wskaźników jest najmniejsza.

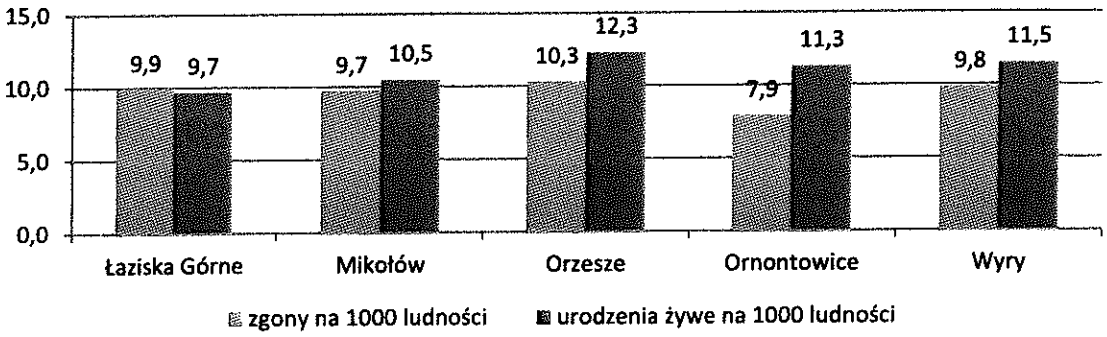
Wykres 21. Wskaźnik urodzeń i zgonów na 1000 osób w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Najwyższą wartość wskaźnika urodzeń na 1000 osób w roku 2014 w powiecie mikołowskim (wykres 22) odnotowano w gminie miejskiej Orzesze (12,3). Wyższa wartość tego wskaźnika niż średnia dla powiatu występuje także w gminach wiejskich Wyry (11,3) i Ornontowice (11,3). W większości gmin wartość wskaźnika zgonów jest zbliżona do średniej dla powiatu. Pozytywnie pod względem tej cechy wyróżnia się gmina Ornontowice, w której wartość wskaźnika zgonów jest znacząco niższa niż średnia dla powiatu (o 19,4%)

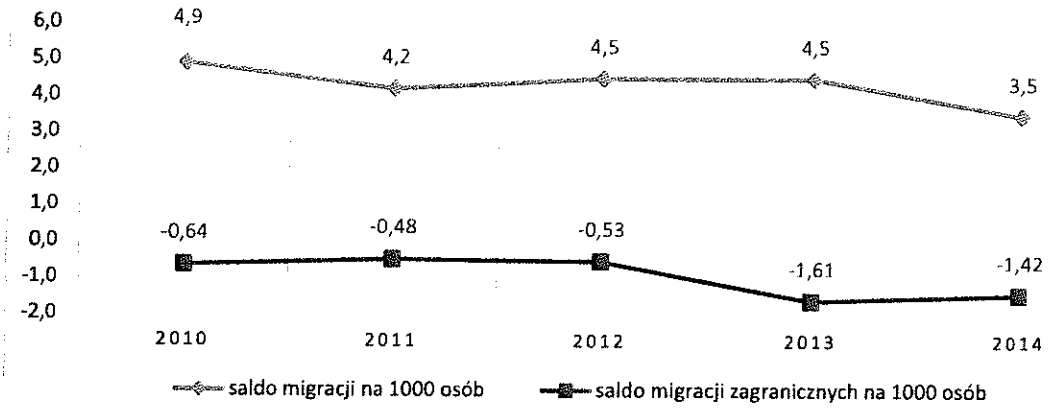
Wykres 22. Wskaźnik urodzeń i zgonów na 1000 osób w powiecie mikołowskim w podziale na gminy w roku 2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

W zakresie migracji ludności powiatu, należy zauważyć, że w powiecie mikołowskim na przestrzeni lat 2010-2014 nie zwiększyła się emigracja zagraniczna mieszkańców (wykres 23). W roku 2014 odnotowano dodatnie saldo migracji, jednakże w stosunku do roku 2013 nastąpił spadek wartości tego wskaźnika (o 22%).

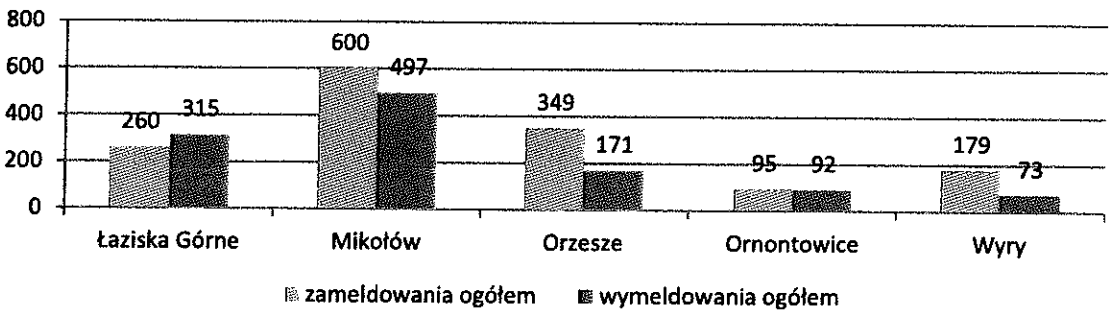
Wykres 23. Saldo migracji (ogółem i zagranicznych) w powiecie mikołowskim na 1000 osób



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Największa liczba zameldowań miała miejsce w przypadku gminy Mikołów. Należy jednocześnie zwrócić uwagę, iż w gminie Łaziska Górne, jako jedynej w powiecie mikołowskim odnotowano większą liczbę wymeldowań niż zameldowań. Pod względem liczby zameldowań szczególnie wyróżnia się gmina Wyry, w której liczba osób zameldowanych jest ponad dwa razy większa niż wymeldowanych. Również gmina Orzesze charakteryzuje się ponad dwukrotnie większą liczbą osób, które w 2014 roku się zameldowały niż osób, które dokonały wymeldowania (wykres 24).

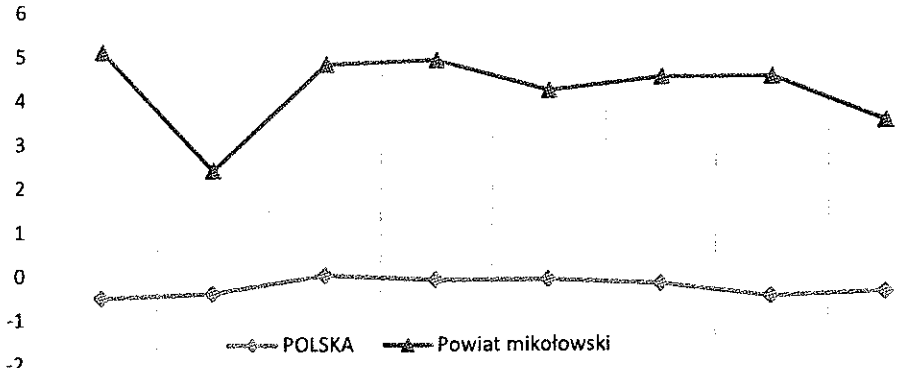
Wykres 24. Liczba zameldowań i wymeldowań w roku 2014 według gmin



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

W powiecie mikołowskim na przestrzeni lat 2007-2014 saldo migracji utrzymywało się na mniej więcej stałym, dodatnim poziomie. W 2014 roku na 1000 osób, w powiecie przybyło 3,5 osoby. Na tle Polski powiat wypada dobrze, ponieważ w kraju na przestrzeni analizowanych lat saldo migracji ogółem było ujemne (wykres 25).

Wykres 25. Saldo migracji ogółem w powiecie mikołowskim i w Polsce na 1000 osób

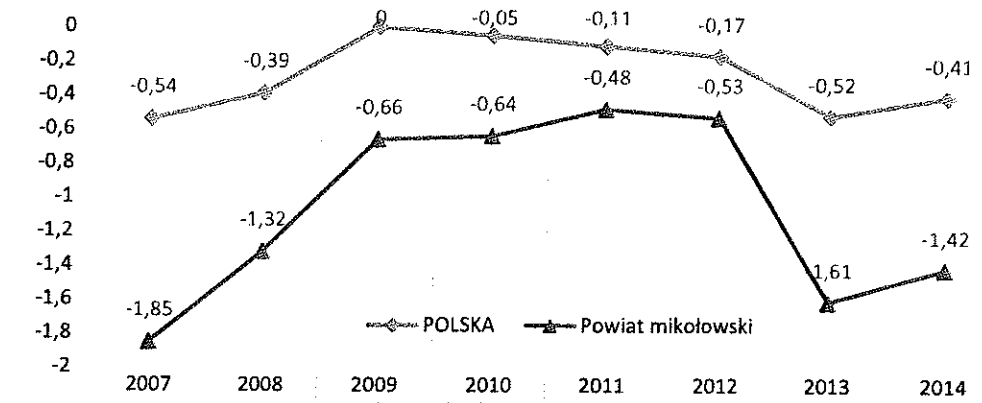


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
POLSKA	-0,5	-0,4	0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,5	-0,4
Powiat mikołowski	5,1	2,4	4,8	4,9	4,2	4,5	4,5	3,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Sytuacja w powiecie ma się odmiennie analizując jedynie migracje zagraniczne. Analiza wskaźnika salda migracji zagranicznych na 1000 osób, pokazuje, że więcej osób migruje z powiatu poza granicę kraju niż spoza granic kraju się w powiecie osiedla. W 2014 roku na każdego z 1000 mieszkańców za granicę emigrowało 1,42 osoby. Choć wskaźnik w kraju w analizowanym okresie był zwykle również ujemny, jego wartość była zdecydowanie wyższa niż w powiecie (wykres 26).

Wykres 26. Saldo migracji zagranicznych w powiecie mikołowskim i w Polsce na 1000 osób

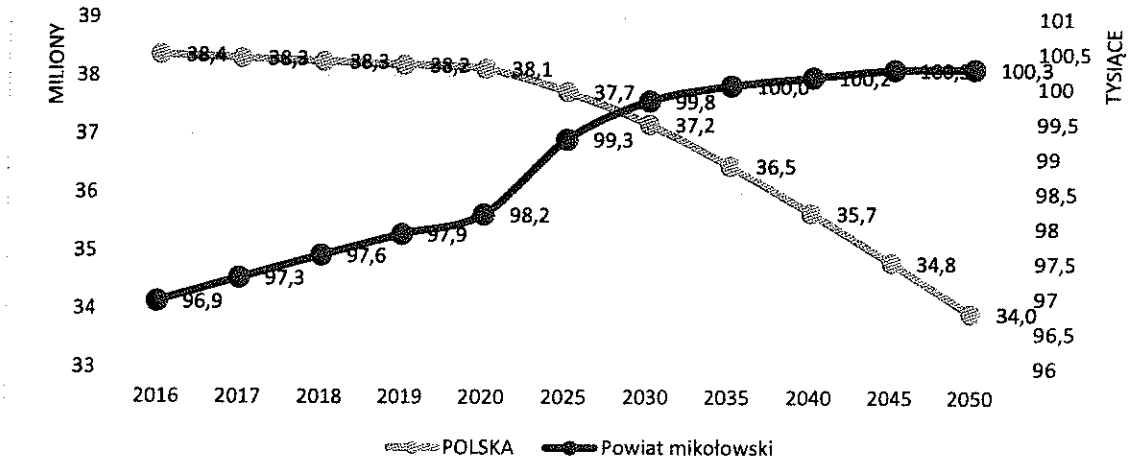


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
POLSKA	-0,54	-0,39	0	-0,05	-0,11	-0,17	-0,52	-0,41
Powiat mikołowski	-1,85	-1,32	-0,66	-0,64	-0,48	-0,53	-1,61	-1,42

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Wbrew krajowym trendom, prognozuje się, że do 2050 roku liczba ludności w powiecie mikołowskim będzie rosnąć (wykres 27). W 2040 roku liczba ludności powiatu osiągnie 100 tys. mieszkańców i będzie się utrzymywać na podobnym poziomie w kolejnych latach. W tym samym czasie w Polsce liczba ludności będzie spadać do około 34 mln mieszkańców w 2050 roku.

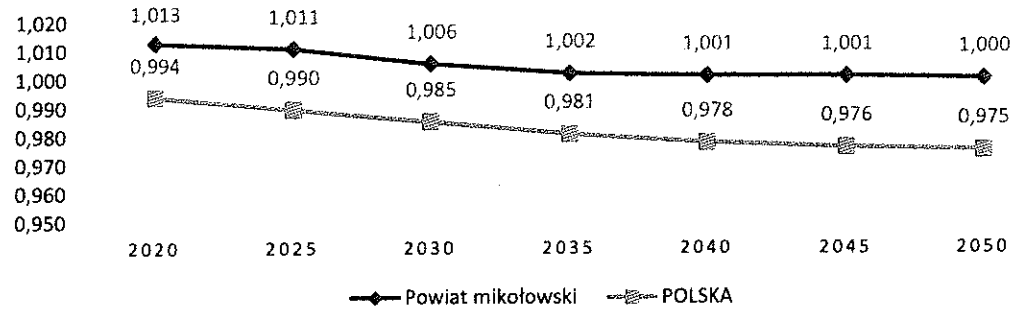
Wykres 27. Prognoza liczby ludności Polski i powiatu mikołowskiego do roku 2050



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Analizując dynamikę[4] zmiany ludności powiatu mikołowskiego i Polski jako całości, można zauważyć gasnący charakter przyrostu liczby ludności w powiecie. W roku 2050 indeks przyjmuje wartość 1, co oznacza stagnację. W Polsce przez cały analizowany okres trend spadkowy będzie się zwiększać i około 2050 roku, co pięć lat Polsce będzie ubywać około 2,5% ludności w ujęciu pięciu lat (wykres 28).

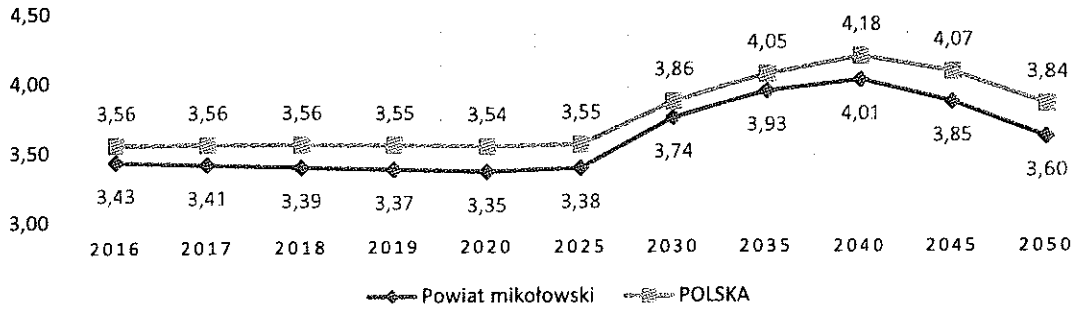
Wykres 28. Dynamika prognozowanej liczby ludności Polski do roku 2050



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Poza zmianą liczby ludności, zmianie ulegać będzie struktura wiekowa mieszkańców (wykres 29). Do 2025 roku prognozuje się, że na każdą osobę w wieku produkcyjnym w powiecie mikołowskim przypadać będzie 3,3 – 3,4 osób w wieku przedprodukcyjnym (do 15 lat). Następnie do roku 2040 wskaźnik ten wzrośnie do 4, by do roku 2050 spaść do wartości 3,6. Oznacza to, że spadać będzie liczba dzieci i młodzieży.

Wykres 29. Stosunek ludności w wieku produkcyjnym do ludności w wieku przedprodukcyjnym w świetle prognoz ludności

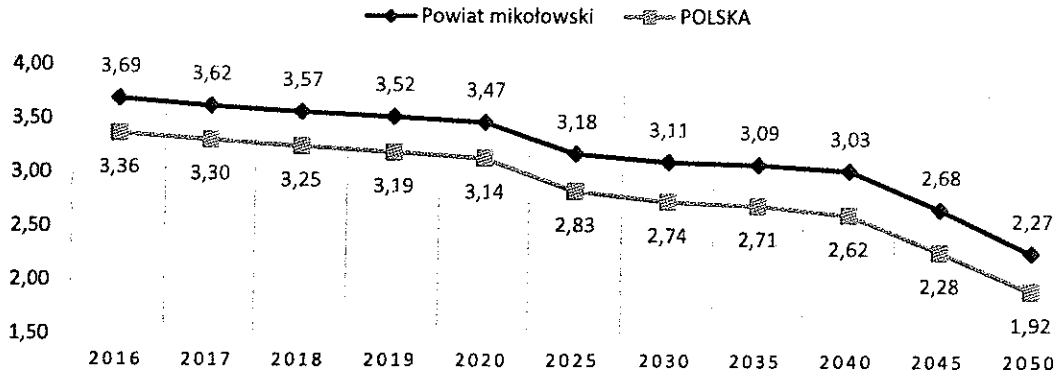


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

[4] Mierzoną za pomocą łańcuchowego indeksu dynamiki. Podstawą indeksu łańcuchowego jest okres poprzedni. Wartości większe od 1 oznaczają przyrost, mniejsze od 1 – spadek.

Mierząc stosunek liczby osób w wieku produkcyjnym do liczby osób w wieku poprodukcyjnym, można zauważyć, że w roku 2016, na jednego emeryta przypadać będzie, w powiecie mikołowskim, 3,36 osób zdolnych do pracy. W roku 2050 będzie ich już tylko niecałe dwie. Zmiana struktury ludności w ujęciu wieku spowoduje zwiększenie obciążeń związanych z utrzymaniem osób starszych. W powiecie mikołowskim będą one większe niż w pozostałej części kraju (wykres 30).

Wykres 30. Stosunek ludności w wieku produkcyjnym do ludności w wieku poprodukcyjnym w świetle prognoz ludności



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Powyższe wnioski potwierdza analiza piramid wieku ludności[5] (wykres 31). Rosnąca liczba ludzi starszych przy malejącej liczbie nowo urodzonych spowoduje duże obciążenie demograficzne związane z opieką nad osobami starszymi oraz ich utrzymaniem. Trendy te będą podobne w powiecie, jak i w całej Polsce. Jeżeli trendy te nie zostaną zatrzymane, struktura wieku ludności może zacząć przypominać „odwróconą piramidę", gdzie coraz mniejsza liczba ludności „młodej" będzie musiała utrzymywać coraz większą liczbę ludności „starszej". Będzie to miało konsekwencje nie tylko ekonomiczne, ale również społeczne. Przykładem takich konsekwencji może być malejący popyt na zawody pedagogiczne, a wzrost popytu na zawody związane z opieką nad osobami starszymi (np. lekarzy geriatrów, pielęgniarki). Przeprojektowania będzie również wymagał system emerytalny oraz opieki społecznej.

[5] Na wykresie 17 po lewej stronie znajdują się piramidy dla powiatu mikołowskiego, po prawej zaś dla Polski. Piramidy skonstruowane są od roku 2015 do 2050 w odstępach pięcioletnich.

1.1.3. Kwestie kulturowo-gospodarcze

W 2014 roku w powiecie mikołowskim było 21 bibliotek lub ich filii, z czego najwięcej w Gminie Mikołów (8) oraz Gminie Orzesze (7), zaś najmniej w Gminie Ornontowice (1). Ponad połowa wejść do wspomnianych placówek była przystosowana do osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, natomiast osiem wyposażonych było w udogodnienia wewnątrz budynków. Tylko jedna biblioteka, znajdująca się na terenie Gminy Mikołów przystosowana była dla użytkowników niewidzących i słabowidzących. Dokładne dane liczbowe przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Liczba bibliotek w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku

	biblioteki i filie	obiekty przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich: wejście do budynku	obiekty przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich: udogodnienia wewnątrz budynku	obiekt przystosowany dla użytkowników niewidzących i słabowidzących
Powiat mikołowski	**21**	**12**	**8**	**1**
Łaziska Górne	3	1	2	0
Mikołów	8	4	1	1
Orzesze	7	5	4	0
Ornontowice	1	1	1	0
Wyry	2	1	0	0

Źródło: opracowanie własne na postawie danych BDL/GUS.

W 2014 roku na terenie powiatu mikołowskiego znajdowały się dwa obiekty działalności wystawienniczej, przy czym oba zlokalizowane były w Gminie Mikołów. Wejście do jednego z obiektów przystosowane było do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. W tym samym roku w omawianym powiecie nie było ani jednego kina. Jeżeli chodzi o muzea to znajdowało się jedno w Gminie Łaziska Górne i było przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, zarówno przed wejściem jak i wewnątrz budynku[6].

Rozkład znaczenia gospodarczego gmin powiatu mikołowskiego z dobry sposób ilustruje liczba oferowanych na ich terenach miejsc pracy.

[6] Bank Danych Lokalnych

Tabela 2. Liczba zatrudnionych na terenie gminy w latach 2007-2014

Rok	Powiat mikołowski	Mikołów	Łaziska Górne	Ornontowice	Orzesze	Wyry
2007	24 088	11 556	5 624	4 205	2 150	553
2008	26 594	12 635	6 444	4 178	2 681	656
2009	26 827	13 218	5 895	4 535	2 561	618
2010	27 200	13 168	5 995	4 795	2 554	688
2011	27 156	12 846	6 327	4 674	2 631	678
2012	27 253	12 697	6 290	4 745	2 896	625
2013	27 191	13 065	5 970	4 637	2 795	724
2014	27 677	13 545	5 952	4 362	3 005	813
Udział %	**100%**	**49%**	**22%**	**16%**	**11%**	**3%**

Źródło: „Diagnoza potrzeb obszaru funkcjonalnego Powiatu Mikołowskiego".

Prawie połowa pracujących mieszkańców powiatu zatrudniona była na obszarze gminy Mikołów. Duże znaczenie gospodarcze odgrywała również gmina Łaziska Górne, gdzie w 2014 roku pracowało 22% wszystkich osób. Dużo mniejsze znaczenie odgrywały trzy kolejne gminy powiatu mikołowskiego, w których pracowało 30% pozostałych mieszkańców Mikołowa. W analizowanym okresie przybyło ponad 3,5 tys. miejsc pracy, przy czym najwyższą dynamiką charakteryzowała się Gmina Wyry (47%), zaś najniższą Gmina Ornontowice (4%). Jednocześnie należy podkreślić, że we wszystkich gminach badanego powiatu odnotowano większą liczbę miejsc pracy niż w pierwszym analizowanym roku.

W **Gminie Łaziska Górne** znajdują się duże zakłady tradycyjnych dla Górnego Śląska branż, tj. górnictwa, energetyki i hutnictwa, wśród których wymienić należy: Kompanię Węglową S.A. Oddział KWK „Bolesław Śmiały", Elektrownię Łaziska, zarządzaną przez TAURON Polską Energię, a także Hutę Łaziska, specjalizującą się w produkcji żelazostopów będących istotnym elementem procesów stalowniczych i odlewniczych. z innych sektorów gospodarki warto wspomnieć o m.in. Wilk Elektronik, jednym z krajowych liderów w obszarze komputerowej pamięci RAM, a także o firmie ERG-System, wytwórcy opakowań wielokrotnego użytku.

Do najważniejszych firm zlokalizowanych na terenie **Gminy Mikołów** zaliczyć należy:

- Fabrykę Palenisk Mechanicznych – specjalizującą się w maszynach i urządzeniach dla sektora energetycznego,
- Kopalnię Doświadczalną Barbara – funkcjonująca w strukturach Głównego Instytutu Górnictwa w Katowicach,
- Lumatech – dostawcę technologii i materiałów (przemysł drzewny i meblowy),
- Mifama – producenta maszyn i urządzeń,

- Rolnik – producenta przetworów owocowych i warzywnych,
- Schneider Electric Energy Poland – wytwórcę transformatorów średniego napięcia,
- Spyra Primo Poland – produkującego rury i kształtki z tworzyw sztucznych,
- Yazaki Automotive Products Poland – producenta samochodowych wiązek elektrycznych,
- Zakłady Mechaniczne Wiromet – wytwarzające urządzenia i części zamienne.

W mikołowskim sektorze handlu prym wiodą hipermarkety: Auchan oraz Leroy Merlin.

Fundamentem struktury gospodarczej **Gminy Ornontowice** jest natomiast KWK Budryk. Wchodzi ona w skład Jastrzębskiej Spółki Węglowej. Warto podkreślić, że kopalnia ta jest jednym z najmłodszych i najnowocześniejszych zakładów wydobywczych w kraju. Najważniejsze produkty Budryka to węgiel do celów energetycznych i gazowo-koksowy typu 34,2.

Na terenie **Gminy Orzesze** znajdują się m.in. następujące podmioty gospodarcze:

- NT Industry Sp. z o.o.,
- Firma Dystrybucyjna "IGLOLAND" Aleksandra, Romuald, Tomasz Kotas spółka jawna,
- Janpol, będący renomowanym producentem materacy,
- Labatra, zagraniczny spedytor,
- Mirola, wytwórca rolet, bram, parapetów wraz z usługami serwisowymi,
- Pol-Am-Pack S.A. Oddział Huta Szkła „Orzesze", zajmująca się produkcją szklanych butelek,
- Zakład Produkcyjno-Usługowo-Handlowy SKRAWMET,
- Zakłady Przeróbcze Surowców Chemicznych MIKROGRAN Sp. z o.o.

W **Gminie Wyry** dominuje natomiast drobna wytwórczość, firmy rodzinne i gospodarstwa rolne. Do najbardziej istotnych dla lokalnej gospodarki firm zaliczyć należy:

- ADW Wyry, oferującą produkty na rzecz górnictwa, lotnictwa, budownictwa i uprawy grzybów,
- CARBOMA, zajmującą się produkcją maszyn dla przemysłu paliwowo-energetycznego, mineralnego, chemicznego, spożywczego, recyklingu i segregacji,
- CERAMIKA EVA, produkującą płytki ceramiczne,
- "JMS Logistic" Sp. z o.o., specjalizująca się w usługach transportowych,
- Rawex PHU S.J., firma z branży usług transportowych,
- WIROX R., produkującą wyroby metalowe.

2. Diagnoza problemów społecznych

2.1. Problemy rynku pracy i bezrobocia

2.1.1. Ogólny stan i struktura zatrudnienia

Zgodnie z ustawą o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998 roku przeciwdziałanie bezrobociu oraz aktywizacja lokalnego rynku pracy należą do zadań publicznych o charakterze ponadgminnym, które wykonuje powiat. Realizacją działań w tym zakresie na terenie powiatu mikołowskiego zajmuje się Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych.

Zasięg terytorialny Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie obejmuje:

- miasto/gminę Mikołów,
- miasto/gminę Łaziska Górne,
- gminę Ornontowice,
- gminę Orzesze,
- gminę Wyry.

Bezrobocie jest to zjawisko społeczne, polegające na tym, że pewna grupa osób zdolnych i chętnych do podjęcia pracy zarobkowej nie znajduje zatrudnienia. Wielkością statystyczną opisującą nasilenie tego zjawiska jest stopa bezrobocia. Pod względem aktywności ekonomicznej ludności powiat mikołowski należy do obszarów pozytywnie wyróżniających się na tle województwa śląskiego oraz całego kraju. W analizowanym okresie stopa bezrobocia dla śląska wynosiła 8,4 % natomiast na terenie kraju 10%, podczas gdy w powiecie mikołowskim wskaźnik ten wynosił 6% (tabela 3).

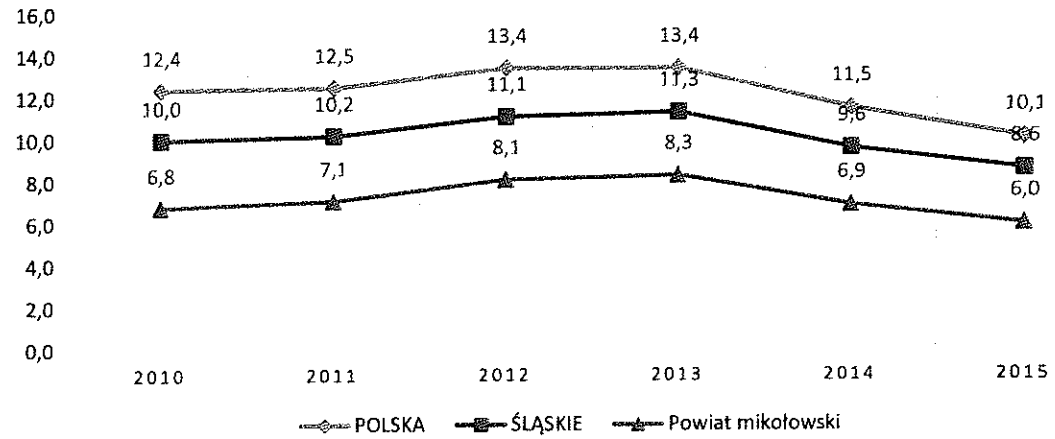
Tabela 3. Stopa bezrobocia w powiecie mikołowskim w odniesieniu do województwa i kraju stan na dzień 31 sierpnia 2015 r.

Kraj	**10,0%**
Województwo Śląskie	8,4%
Powiat	6,0%

Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie

Stopa bezrobocia rejestrowanego w powiecie mikołowskim w 2010 roku wynosiła 6,8% i do roku 2013, w którym kształtowała się na poziomie 8,3%, rosła. W roku 2014 natomiast spadła do poziomu 6,9%. Na dzień 31 lipca 2015 roku wskaźnik ten wynosił 6%. Jednocześnie w całym analizowanym okresie wartość omawianego wskaźnika w powiecie kształtowała się na niższym poziomie zarówno w stosunku do województwa śląskiego, jak i całego kraju. W połowie 2015 roku różnica ta wynosiła odpowiednio 2,6 i 4,1 punktu procentowego (wykres 31).

Wykres 31. Stopa bezrobocia rejestrowanego w powiecie mikołowskim w latach 2010-2015 w %



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Struktura bezrobocia powiatu mikołowskiego jest odzwierciedleniem tendencji w województwie i w kraju. Według danych Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie począwszy od 2014 następuje systematyczny spadek bezrobocia (tabela 4) spowodowany ożywieniem gospodarczym w kraju, powstaniem nowych firm na terenie powiatu oraz członkostwem Polski do UE i związaną z tym emigracją zarobkową mieszkańców.

Tabela 4. Liczba zarejestrowanych osób bezrobotnych. Stan na dzień 31 września 2015 r.

	31.12.2011 r.	31.12.2012 r.	31.12.2013 r.	31.12.2014 r.	31.09.2015 r.
Liczba zarejestrowanych bezrobotnych	2780	3196	3273	2703	2249
w tym kobiety	1566	1769	1763	1476	1283

Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie

W okresie ostatnich 5 lat (2011 – 2015) nastąpiły duże zmiany w liczbie zarejestrowanych bezrobotnych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mikołowie oraz w stopie bezrobocia. Na koniec grudnia 2011 roku liczba bezrobotnych w bazie PUP Mikołów wynosiła 2780 bezrobotnych i przez kolejne lata wzrastała, by w grudniu 2013 roku osiągnąć pułap 3273 osób bezrobotnych. W roku 2014 nastąpił spadek liczby osób zarejestrowanych, jako bezrobotne i na koniec grudnia 2014 roku w bazie znalazły się już 2703 osoby bezrobotne. Według stanu na dzień 31 września 2015 roku liczba bezrobotnych wynosi 2249 osób, a więc nadal następuje tendencja spadkowa.

W analizowanym okresie sytuacja kobiet i mężczyzn na lokalnym rynku pracy przedstawiała się następująco: w lipcu 2015 roku w powiecie mikołowskim bez pracy pozostawało 2346 osób, z czego niewiele ponad 42% stanowili mężczyźni (997), zaś ponad 57% kobiety (1349). Liczba bezrobotnych osób w podziale na poszczególne gminy powiatu mikołowskiego oraz na kobiety i mężczyzn przedstawia tabela poniżej.

Tabela 5. Liczba bezrobotnych zarejestrowanych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego na dzień 31 lipca 2015 roku

	Ogółem	Mężczyźni	Udział w bezrobociu ogółem	Kobiety	Udział w bezrobociu ogółem
Powiat mikołowski	2346	997	42,50%	1349	57,50%
Gmina Łaziska Górne	601	226	37,60%	375	62,40%
Gmina Mikołów	1014	474	46,75%	540	53,25%
Gmina Orzesze	474	198	41,77%	276	58,23%
Gmina Ornontowice	93	30	32,26%	63	67,74%
Gmina Wyry	164	69	42,07%	95	57,93%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Jak przedstawiono w tabeli 5 największa liczba bezrobotnych w całym powiecie mikołowskim odnotowana została w Gminie Mikołów – 1014 osób, zaś najmniejsza w Gminie Ornontowice – 93 osoby. We wszystkich gminach większą grupę bezrobotnych stanowią kobiety – udział kobiet w bezrobociu ogółem wynosi od 53,25% (Gmina Mikołów) do 67,74% (Gmina Ornontowice).

W analizowanym okresie w bazie Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie najwięcej osób bezrobotnych posiadało wykształcenie zasadnicze zawodowe. Na koniec 2014 roku 984 osoby posiadały omawiane wykształcenie, jednakże ich liczba od roku 2011 zmalała o 64 osoby. Obrazuje to poniższa tabela danych (tabela 14). W bazie PUP Mikołów najmniej osób posiadało wykształcenie wyższe lub ogólnokształcące.

Analizując poniższą tabelę (tabela 6) można zauważyć, że od 2013 roku wraz ze spadkiem bezrobocia spadła liczba zarejestrowanych jako bezrobotne kobiet.

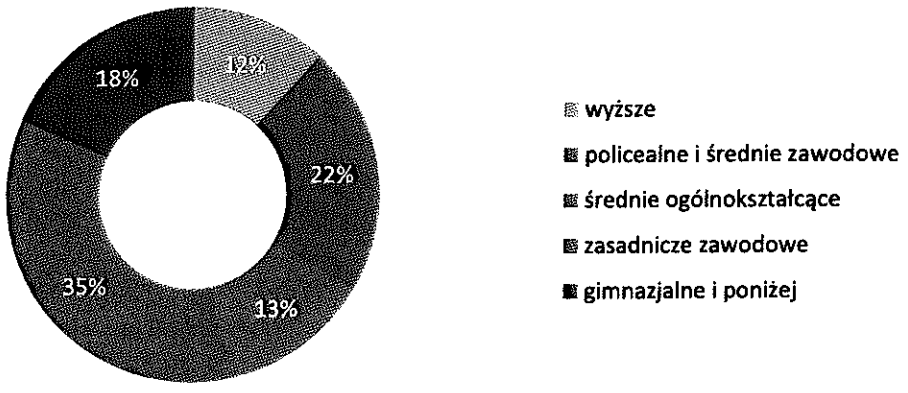
Tabela 6. Liczba bezrobotnych w podziale ze względu na wykształcenie stan na 31 grudnia 2014 r.

	2011r.	2012r.	2013r.	2014r.
wyższe	283	370	370	290
kobiety	203	265	264	213
policealne i średnie zawodowe	607	726	699	612
kobiety	385	444	423	372
średnie ogólnokształcące	324	349	354	315
kobiety	256	267	259	239
zasadnicze zawodowe	1048	1148	1257	984
kobiety	473	506	528	422
gimnazjalne i poniżej	518	603	593	502
kobiety	249	287	289	230

Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie

Rozpatrując strukturę bezrobocia wg poziomu wykształcenia należy wskazać, że co trzeci mieszkaniec powiatu mikołowskiego pozostający bez pracy na koniec pierwszej połowy 2015 roku miał wykształcenie zasadnicze zawodowe (881). Dużą grupę bezrobotnych (wykres 54) stanowili również absolwenci szkół policealnych i średnich zawodowych (22%, tj. 538 osób) oraz osoby, które co najwyżej ukończyły gimnazjum (18%, tj. 456). Mniej liczną grupą bezrobotnych były osoby o wykształceniu średnim ogólnokształcącym (13%, tj. 319 osób) i wyższym (12%, tj. 294 osoby).

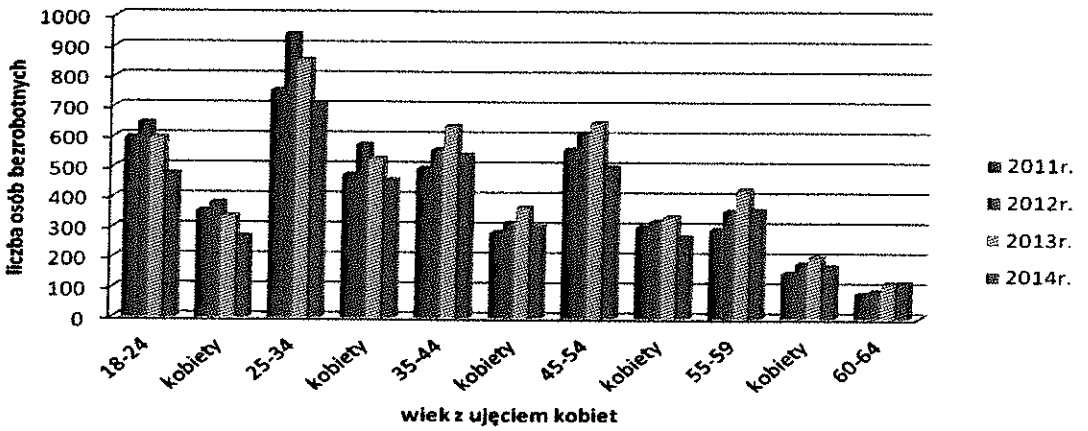
Wykres 32. Struktura bezrobotnych w powiecie mikołowskim w drugim kwartale 2015 roku wg poziomu wykształcenia



Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie

W latach 2011 - 2014 największą grupę bezrobotnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mikołowie stanowiły osoby w wieku 25-34 lata. Grupa ta była najliczniejsza na koniec 2012 roku, kiedy to w bazie Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie znalazło się aż 940 osób w wieku 25-34 lata. Najniższa liczba osób zarejestrowanych w tym przedziale wiekowym przypada na koniec 2014 roku. Najmniej liczną grupę bezrobotnych stanowiły osoby w wieku 60-64 lata, jednakże w tej grupie wiekowej z roku na rok przybywa osób zarejestrowanych - na koniec roku 2011 zarejestrowanych było 81 osób, natomiast na koniec 2014 roku w bazie widniało już 118 osób. Sytuację obrazuje poniższy wykres 33 oraz tabela danych.

Wykres 33. Struktura wiekowa osób bezrobotnych w latach 2011-2014 z ujęciem kobiet



Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie

Analizując strukturę wiekową kobiet (Tabela 7) można zauważyć, że najwięcej kobiet widniejących w bazie Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie zalicza się do grupy wiekowej 25-34 lata i ta tendencja utrzymywała się przez 4 lata (2011 - 2014). Najmniejszy odsetek kobiet zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mikołowie w omawianym okresie odnotowano w wieku 60-64 lat.

Tabela 7. Struktura wiekowa osób bezrobotnych stan na 31 grudnia 2014 r.

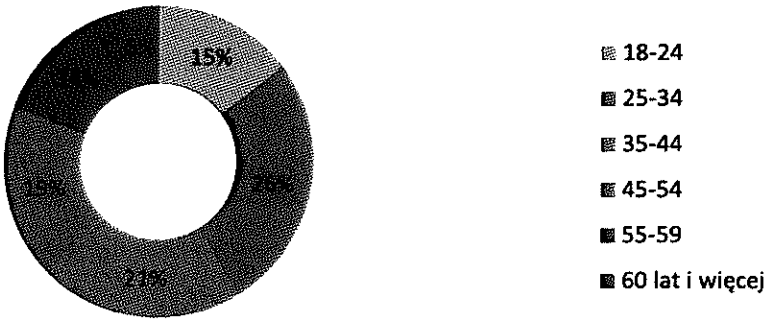
	2011r.	2012r.	2013r.	2014r.
18-24 lata	596	645	596	477
kobiety	356	381	335	269
25-34 lata	754	940	854	710
kobiety	474	573	527	456
35-44 lata	495	556	635	541
Kobiety	284	315	365	302

	2011r.	2012r.	2013r.	2014r.
45-54 lata	559	611	646	499
Kobiety	301	320	334	269
55-59 lat	295	355	426	358
Kobiety	151	180	202	171
60-64 lata	81	89	116	118

Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie

Na koniec drugiego kwartału 2015 roku najliczniejszą grupą bezrobotnych były osoby w wieku 25-34 lata (26%, tj. 663 osoby). W ogólnej liczbie zarejestrowanych bezrobotnych z powiatu mikołowskiego zauważalny odsetek stanowiły grupy wiekowe 35-44 i 45-54 – odpowiednio 21% (521 osób) i 19% (463 osoby). W pozostałych kategoriach liczba bezrobotnych nie przekraczała 400 – (365 dla grupy 18-24 i 346 dla grupy 55-59). Ponadto co dwudziesta osoba pozostająca bez pracy miała co najmniej 60 lat (wykres 34).

Wykres 34. Struktura bezrobotnych w powiecie mikołowskim w drugim kwartale 2015 roku wg wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PUP Mikołów.

W dokumencie „Analiza bezrobotnych oraz ofert pracy w obszarze działania Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie za rok 2014" wskazano profesje, w których popyt na pracę zauważalnie przewyższa podaż pracy i odwrotnie. Wykazy tych zawodów, wraz ze wskaźnikami intensywności deficytu lub nadwyżki przedstawiono w poniższych tabelach.

Wśród zawodów charakteryzujących się najwyższym wskaźnikiem nadwyżki były: mechanik samochodów osobowych (0,0556), pozostali mechanicy pojazdów samochodowych (0,0588), technik mechanik (0,0667), pakowacz (0,0909) oraz tokarz w metalu (0,0952) – tabela 8.

Tabela 8. Ranking zawodów nadwyżkowych[7] w powiecie mikołowskim w 2014 roku

Lp.	Nazwa zawodu	Średnia miesięczna liczba ofert pracy zgłoszonych w 2014 roku	Średnia miesięczna liczba zarejestrowanych bezrobotnych	Wskaźnik intensywności nadwyżki zawodów
1.	Mechanik samochodów osobowych	0,0833	1,4167	0,0556
2.	Pozostali mechanicy pojazdów samochodowych	0,0833	1,3333	0,0588
3.	Technik mechanik	0,1667	2,3333	0,0667
4.	Pakowacz	0,0833	0,8333	0,0909
5.	Tokarz w metalu	0,1667	1,5833	0,0952
6.	Murarz	0,3333	2,8333	0,1053
7.	Lakiernik samochodowy	0,1667	1,4167	0,1053
8.	Technik handlowiec	0,1667	1,2500	0,1176
9.	Fryzjer	0,5833	4,0833	0,1250
10.	Malarz - tapeciarz	0,0833	0,5833	0,1250
11.	Nauczyciel przedszkola	0,0833	0,5833	0,1429
12.	Piekarz	0,1667	1,1667	0,1429
13.	Kucharz małej gastronomii	0,2500	1,6667	0,1500
14.	Sprzedawca	3,7500	23,0000	0,1630
15.	Zaopatrzeniowiec	0,0833	0,4167	0,2000
16.	Technik administracji	0,3333	1,667	0,2000
17.	Pozostali spawacze i pokrewni	0,0833	0,4167	0,2000
18.	Barman	0,1667	0,7500	0,2222
19.	Stolarz	0,2500	1,0833	0,2308
20.	Ślusarz	2,1667	8,9167	0,2430

Źródło: „Analiza bezrobotnych oraz ofert pracy w obszarze działania Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie za 2014 rok", Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie.

W kilku przypadkach wskaźnik deficytu jest na wysokim poziomie - przyczyną mogą być problemy z dopasowaniem wymogów, które pracodawcy stawiają potencjalnym pracownikom do Klasyfikacji Zawodów i Specjalności. Najbardziej deficytowymi zawodami na koniec 2014 w powiecie mikołowskim były: elektryk (14,0000), pozostali pracownicy obsługi biurowej (9,0000), spawacz metodą MAG (9,0000), pozostali pracownicy przy pracach prostych gdzie indziej niesklasyfikowani (7,000) oraz spedytor (6,000) - tabela 9.

[7] Zawód nadwyżkowy - zawód, na który na rynku występuje mniejsze zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w tym zawodzie.

Tabela 9. Ranking zawodów deficytowych[8] w powiecie mikołowskim w 2014 roku

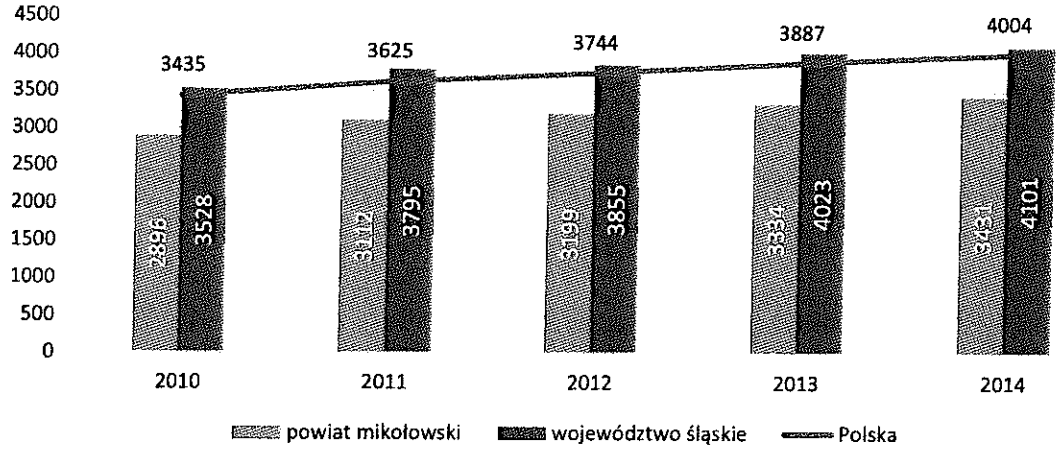
Lp.	Nazwa zawodu	Średnia miesięczna liczba ofert pracy zgłoszonych w 2014 roku	Średnia miesięczna liczba zarejestrowanych bezrobotnych	Wskaźnik intensywności nadwyżki zawodów
1.	Elektryk	1,1667	0,0833	14,0000
2.	Pozostali pracownicy obsługi biurowej	0,7500	0,0833	9,0000
3.	Spawacz metodą MAG	0,7500	0,0833	9,0000
4.	Pozostali pracownicy przy pracach prostych	0,5833	0,0833	7,0000
5.	Spedytor	0,5000	0,0833	6,0000
6.	Specjalista do spraw sprzedaży	0,9167	0,2500	3,6667
7.	Monter instalacji i urządzeń sanitarnych	0,2500	0,083	3,0000
8.	Monter konstrukcji stalowych	0,4167	0,1667	2,5000
9.	Pomoc kuchenna	2,2500	0,9167	2,4545
10.	Pozostali inżynierowie inżynierii środowiska	0,1667	0,0833	2,000
11.	Kierownik sali sprzedaży	0,1677	0,0833	2,0000
12.	Monter instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych	0,3333	0,1667	2,0000
13.	Operator obrabiarek sterowanych numerycznie	0,5000	0,2500	2,0000
14.	Operator maszyn do produkcji opakowań z papieru i tektury	0,1667	0,0833	2,0000
15.	Przedstawiciel handlowy	0,7500	0,4167	1,8000
16.	Wulkanizator	0,2500	0,1667	1,5000
17.	Operator suwnic (suwnicowy)	0,2500	0,1667	1,5000
18.	Kasjer handlowy	1,2500	0,9167	1,3636
19.	Pozostali monterzy maszyn i urządzeń mechanicznych	0,4167	0,3333	1,2500
20.	Pracownik ochrony fizycznej bez licencji	0,5000	0,4167	1,2000

Źródło: „Analiza bezrobotnych oraz ofert pracy w obszarze działania Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie za 2014 rok", Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie.

Kolejnym ważnym aspektem w kontekście rynku pracy są płace. Od 2010 do 2014 roku przeciętne wynagrodzenia brutto w powiecie mikołowskim rosły – od 2896 zł do 3431 zł (wykres 35). Jednakże były one niższe od przeciętnych wynagrodzeń w kraju i w województwie śląskim. W 2014 roku stanowiły bowiem 84% zarobków wojewódzkich i 86% zarobków ogólnokrajowych.

[8] Zawód deficytowy – zawód, na który na rynku pracy występuje wyższe zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w tym zawodzie.

Wykres 35. Przeciętne wynagrodzenia brutto w powiecie mikołowskim, województwie śląskim i w Polsce w latach 2010-2014 (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS

Uwzględniając przedstawione dane liczbowe należy wskazać, że sytuacja na mikołowskim rynku pracy jest zadowalająca. Świadczy o tym przede wszystkim niższy niż krajowy i wojewódzki wskaźnik bezrobocia. Ponadto najwyższy odsetek osób pozostających bez zatrudnienia odnotowano wśród osób w wieku 25-34, czyli osób, które najczęściej zdobywają na rynku pracy swoje pierwsze doświadczenia w postaci kilkumiesięcznych praktyk zawodowych czy stażów, dzięki którym mają szansę na zdobycie pożądanego przez potencjalnych pracodawców doświadczenia. Dlatego też nie należy rozpatrywać tego odsetka jako niepokojącego. Za satysfakcjonujący należy również uznać fakt, iż poziom bezrobocia wśród osób z grupy 55+, których mógłby dotknąć problem wykluczenia społecznego, nie jest najwyższy.

2.2. Problem bezdomności i zasoby mieszkaniowe

Bezdomność można definiować na wiele sposobów. W ujęciu socjologicznym jest to problem społeczny charakteryzujący się brakiem miejsca stałego pobytu, tj. brak domu, mieszkania, pokoju. W ujęciu psychologicznym rozpatrywana jest jako kryzysowy stan egzystencji osoby, która nie posiada faktycznego miejsca zamieszkania, a także środków pieniężnych niezbędnych do zaspokojenia elementarnych potrzeb, trwale wykorzenionej ze środowiska i akceptującej swoją rolę społeczną. Natomiast w Ustawie o pomocy społecznej bezdomny definiowany jest jako „osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji

ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania"[9].

2.2.1. Przyczyny bezdomności

Zjawisko bezdomności zdeterminowane może być następującymi czynnikami:

- społecznymi,
- polityczno-ekonomicznymi,
- prawnymi,
- osobistymi, związanymi z patologiami i chorobami.

Najczęściej wskazywanymi **czynnikami społecznymi** determinującymi zjawisko bezdomności są:

- przeobrażenia ustrojowe,
- dysfunkcjonalność rodziny pochodzenia, rozumiana jako wynik zmian wewnątrz rodziny, uniemożliwiających zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka (potrzeba miłości, bezpieczeństwa, uznania). Zjawisko to dotyczy głównie rodzin rozbitych, niepełnych, zastępczych, rekonstruowanych i patologicznych. Rodziny definiowane jako dysfunkcjonalne nie stwarzają dziecku możliwości osobowego rozwoju oraz nie tworzą poczucia więzi, co wpływa na nieprzystosowanie społeczne młodych ludzi, którzy potencjalnie są w przyszłości zagrożeni bezdomnością[10],
- konflikty na tle obyczajowym i odtrącenie niesamodzielnych członków rodziny, wśród których najczęściej wskazuje się na: samotne matki, porzucone dzieci, chorych na AIDS, zniedołężniałych starców[11],
- utrata mieszkania w związku ze śmiercią bliskiej osoby, najczęściej połączona z bezradnością w wyniku tego wydarzenia, niemożność pozostania we własnym domu z powodu braku samodzielności życiowej[12],
- rozwody, a także trwały rozpad więzi formalnych i nieformalnych oraz odrzucenie i brak opieki ze strony osób najbliższych[13],

---

[9] Ustawa z dnia 12 marca roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163)
[10] Ks. J. Śledzianowski, *Przyczyny bezdomności spowodowane dysfunkcjonalnością rodziny,* Roczniki naukowe Caritas, 1997.
[11] M. Borowiski, *Bezdomność – obraz zjawiska i populacji ludzi bezdomnych,* [w:] *Pedagogika Społeczna,* red. T. Plich i I. Lepalczyk, Warszawa 1995.
[12] A. Duracz-Walczak, *Bezdomni,* CRSS, Warszawa 1996.
[13] B. Bartosz, E. Błażej, *O doświadczeniu bezdomności,* Scholar, Warszawa 1995.

- „głęboki kryzys rodziny", rozumiany jako rozpad więzi emocjonalnych, zanik powinności moralnej względem członków rodziny, wymagających szczególnej troski[14].

Głównymi uwarunkowaniami bezdomności o charakterze **polityczno-ekonomicznym** są[15]:

- niezapewnienie mieszkania wychowankom opuszczającym dom dziecka,
- eksmisje bez przyznania prawa do lokalu socjalnego,
- brak ośrodków dla osób zarażonych wirusem HIV,
- brak miejsc w szpitalach i zakładach opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub osób upośledzonych, które nie wymagają ciągłej hospitalizacji,
- bezrobocie.

Bezdomność może być również konsekwencją decyzji **prawnych**, podejmowanych na podstawie różnych ustaw.

Omawiany problem koreluje również z:

- różnymi rodzajami **patologii** indywidualnej, takimi jak: przestępczość, prostytucja, alkoholizm, narkomania, żebractwo, włóczęgostwo,
- zjawiskami **patologicznymi**, jakich doświadczono w rodzinie pochodzenia i rodzinie prokreacyjnej, do których zalicza się: przemoc fizyczną, znęcanie się psychiczne, molestowanie seksualne,
- **zaburzeniami psychicznymi**, którym towarzyszy brak oparcia w pierwotnych grupach społecznych.

Warto podkreślić, że wymienione przyczyny zależeć mogą zarówno od samych bezdomnych, jak i od działań zewnętrznych. Wśród czynników zależnych od tych osób należy wymienić:

- przyczyny związane z nieumiejętnością przystosowania się do sytuacji społeczno-ekonomicznej, włączając poddawanie się przedmiotowemu traktowaniu przez przełożonych,
- przyczyny związane z brakiem umiejętności przystosowania się do sytuacji obyczajowo-kulturowej, włączając w to traktowanie współmałżonków jako własności; rozwody,
- czynniki związane z zachwianym procesem socjalizacji w grupach pierwotnych, jak np. złe przygotowanie do samodzielnego życia, brak możliwości

---

[14] Ks. J. Śledzianowski, *Przyczyny bezdomności spowodowane dysfunkcjonalnością rodziny*, Roczniki naukowe Caritas, 1997.
[15] B. Bartosz, E. Błażej, *O doświadczeniu bezdomności*, Scholar, Warszawa 1995.

samodzielnego mieszkania, brak możliwości zamieszkania z najbliższymi po rozwodach, separacjach, powrotach z więzienia,
- przyczyny związane z nadużywaniem alkoholu, zażywaniem narkotyków.

2.2.2. Możliwości wsparcia osób bezdomnych

Wsparcie dla osób bezdomnych można podzielić na dwie podstawowe części:

1) **WSPARCIE SPOŁECZNE**
2) **OPIEKĘ ZDROWOTNĄ**

Na **wsparcie społeczne** składają się następujące formy pomocy:

A. Schronienie/Mieszkalnictwo:
   - Ogrzewalnie/Noclegownie, Schroniska,
   - Mieszkania wspierane,
   - Samodzielne mieszkania,

B. Wsparcie materialne:
   - Jedzenie,
   - Odzież,
   - Woda,

C. Aktywności:
   - Edukacja,
   - Praca,
   - Czas wolny/Integracja,

D. Wsparcie ekonomiczne:
   - Wsparcie finansowe.

Opiekę zdrowotną można podzielić na[16]:

A. Zdrowie fizyczne:
   - Szczepienia,
   - Kontrola epidemiologiczna,

B. Zdrowie psychiczne:
   - Konsultacje/Edukacja,
   - Wsparcie w społeczności,

C. Uzależnienia:
   - Terapia,

[16] Igor van Laere, MD; The Netherlands – Doctors for Homeless in Rich Countries; Warszawa, marzec 2006.

- Doradztwo i edukacja,
- Kontrola uzależnienia.

W 2014 roku wydano 63 decyzje przyznania świadczenia z pomocy społecznej w związku z bezdomnością[17].

2.3. Problem rodzin i pieczy zastępczej oraz sieroctwa

Wsparcie rodzin i gospodarstw jednoosobowych

Polski system społeczny zakłada pomoc finansową najbiedniejszym mieszkańcom kraju, zarówno gospodarującym samotnie, jak i z innymi osobami, tworząc rodzinę. Prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej przysługuje:

a) osobie samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634 zł,
b) osobie w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514 zł,
c) rodzinie, której dochód nie przekracza kryterium dochodowego rodziny, przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powodów uzasadniających udzielenie pomocy społecznej.

Zasiłek okresowy przysługuje w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego: osobie samotnie gospodarującej, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny. W przypadku osoby samotnie gospodarującej zasiłek okresowy ustala się do wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym że kwota zasiłku nie może być wyższa niż 418 zł miesięcznie, natomiast w przypadku rodziny - do wysokości różnicy między kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny.

Kwota zasiłku okresowego ustalona zgodnie z ust. 2 nie może być niższa niż 50 % różnicy między: kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby lub kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny. Kwota zasiłku okresowego nie może być niższa niż 20 zł miesięcznie.

W przypadku podjęcia zatrudnienia przez osobę objętą kontraktem socjalnym pobierającą zasiłek okresowy, może być on wypłacany nadal niezależnie od dochodu, do dnia wynikającego z decyzji przyznającej zasiłek okresowy, nie dłużej jednak niż do 2

[17] Bank Danych Lokalnych

miesięcy od dnia, w którym osoba została zatrudniona. W tej sytuacji zasiłek okresowy jest wypłacany niezależnie od dochodu nie częściej niż raz na 2 lata.

Okres, na jaki jest przyznawany zasiłek okresowy, ustala ośrodek pomocy społecznej na podstawie okoliczności sprawy. Rada gminy, w drodze uchwały, może podwyższyć minimalne kwoty zasiłku okresowego. Zasiłek okresowy może być przyznany w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe, ale pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku.

Zasiłek celowy jest świadczeniem fakultatywnie przyznawanym na zaspokojenie niezbędnej potrzeby bytowej, a w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu.

Osobom bezdomnym i innym osobom nie posiadającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne. Zasiłek celowy może być przyznany również w formie biletu kredytowanego, jak również może być przyznany w celu realizacji postanowień kontraktu socjalnego. Wówczas może być wypłacany niezależnie od dochodu, przez okres do 2 miesięcy od dnia, w którym osoba objęta kontraktem socjalnym, w trakcie jego realizacji, stała się osobą zatrudnioną.

Zasiłek celowy na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego to świadczenie, które może być przyznane osobie albo rodzinie, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego. W takim przypadku może być przyznany niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi.

Zasiłek celowy na pokrycie wydatków związanych z klęską żywiołową lub ekologiczną może być przyznany osobie albo rodzinie, które poniosły straty w wyniku klęski żywiołowej lub ekologicznej. W takim przypadku może być przyznany niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi.

Specjalny zasiłek celowy może być przyznany w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium ustawowe - w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny. Świadczenie to nie podlega zwrotowi.

Natomiast zasiłek celowy na zasadach zwrotu to świadczenie, które może być przyznane w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe, ale pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku.

Zasiłek stały to świadczenie, które przysługuje:

a) pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarujące,
b) pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

W przypadku osoby samotnie gospodarującej zasiłek stały ustala się w wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym że kwota zasiłku nie może być wyższa niż 604 zł miesięcznie, natomiast w przypadku osoby w rodzinie - różnicy między kryterium dochodowym na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie. Kwota zasiłku stałego nie może być niższa niż 30 zł miesięcznie.

W przypadku zbiegu uprawnień do zasiłku stałego i renty socjalnej, świadczenia pielęgnacyjnego lub dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, zasiłek stały nie przysługuje.

Zasiłek rodzinny stanowi kolejną formę wsparcia dla rodzin, w których dochód na osobę nie przekracza 674 zł lub 764 zł (wyższa kwota dotyczy rodzin, w których dziecko legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym/znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem o niepełnosprawności). Przysługuje dzieciom do ukończenia 18. roku życia, do momentu ukończenia nauki w szkole (nie dłużej niż do ukończenia 21. roku życia) lub do ukończenia 24. roku życia, jednakże przy spełnieniu warunków kontynuacji nauki i legitymowania się orzeczeniem o umiarkowanym/ znacznym stopniu niepełnosprawności. W przypadku gdy pełnoletnia osoba kontynuuje naukę w szkole (w tym w szkole wyższej) i nie pozostaje na utrzymaniu rodziców w związku z ich śmiercią lub ustaleniem wyrokiem sądowym albo ugodą sądową prawa do alimentów z ich strony, do ukończenia 24. roku życia również może ubiegać się o przyznanie tego typu zasiłku. Wysokość zasiłku rodzinnego wynosi miesięcznie:

- 89 zł na dziecko do ukończenia 5. roku życia,
- 118 zł na dziecko w wieku powyżej 5. roku życia do ukończenia 18. roku życia,
- 129 zł na dziecko w wieku powyżej 18. roku życia do ukończenia 24. roku życia.

Do zasiłku rodzinnego przysługują dodatki w postaci:

- dodatek z tytułu urodzenia dziecka przysługujący matce/ojcu/opiekunowi prawnemu dziecka – jednorazowa wypłata w wysokości 1000 zł,

- dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego – 400 zł miesięcznie (świadczenie podzielne),
- dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka – 185 zł miesięcznie na dziecko, jednak nie więcej jednak niż 370 zł na wszystkie dzieci. W przypadku dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności kwotę dodatku zwiększa się o 80 zł na dziecko, nie więcej jednak niż o 160 zł na wszystkie dzieci. Dodatek przysługuje opiekunowi faktycznemu dziecka albo opiekunowi prawnemu dziecka, jeżeli nie zostało zasądzone świadczenie alimentacyjne na rzecz dziecka od drugiego z rodziców dziecka, ponieważ:
  - drugi z rodziców dziecka nie żyje;
  - ojciec dziecka jest nieznany;
  - powództwo o ustalenie świadczenia alimentacyjnego od drugiego z rodziców zostało oddalone,
- dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej – przysługuje na trzecie i następne dzieci uprawnione do zasiłku rodzinnego w kwocie 90 zł miesięcznie,
- dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji:
  - 80 zł miesięcznie na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia,
  - 100 zł na dziecko w wieku powyżej 5. roku życia do ukończenia 24. roku życia,
- dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania:
  - 63 zł miesięcznie na dziecko w związku z dojazdem z miejsca zamieszkania do miejscowości, w której znajduje się siedziba szkoły,
  - 105 zł miesięcznie na dziecko w związku z zamieszkiwaniem w miejscowości, w której znajduje się siedziba szkoły, w której realizowany jest obowiązek szkolny,
- dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego – przysługuje raz w roku szkolnym w wysokości 100 zł na dziecko.

Dodatkowo w ramach świadczeń rodzinnych można uzyskać takie świadczenia jak:

Jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka przysługuje matce/ojcu/opiekunowi prawnemu/opiekunowi faktycznemu dziecka, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty 1922 zł netto. z tytułu urodzenia się żywego dziecka przysługuje jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka w wysokości 1000 zł na jedno dziecko.

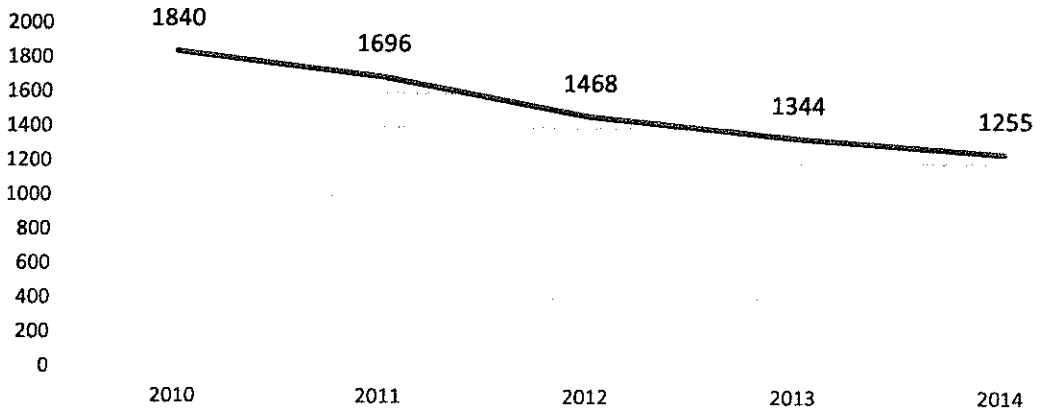
Zasiłek pielęgnacyjny - Prawo do pobierania takiej formy wsparcia przysługuje niepełnosprawnym dzieciom, osobom legitymującym się orzeczeniem o znacznym/ umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osobom, które ukończyły 75. rok życia. Wysokość zasiłku pielęgnacyjnego wynosi 153 zł netto miesięcznie.

Świadczenie pielęgnacyjne stanowi wsparcie finansowe z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej dla matki/ojca, opiekuna faktycznego dziecka, osoby będącej rodziną zastępczą oraz innych osób, na których ciąży obowiązek alimentacyjny. Przysługuje w sytuacji, gdy niepełnosprawność osoby wymagającej opieki powstała nie później niż do ukończenia 18. roku życia lub w trakcie nauki w szkole (w tym w szkole wyższej) do 25. roku życia. W 2015 roku kwota świadczenia pielęgnacyjnego kształtowała się na poziomie 1200 zł netto, zaś od 2016 roku będzie wynosić 1300 zł netto miesięcznie.

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom, na których ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia/innej pracy zarobkowej w celu sprawowania stałej opieki nad osobą niepełnosprawną. Kryterium dochodowe w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie nie może przekroczyć 764 zł netto. Kwota specjalnego zasiłku opiekuńczego wynosi 520 zł netto miesięcznie.

W ciągu ostatnich pięciu lat na terenie powiatu mikołowskiego zmniejszyła się liczba rodzin, otrzymujących zasiłki rodzinne na dzieci, co przedstawiono na wykresie 36.

Wykres 36. Rodziny utrzymujące zasiłki rodzinne na dzieci w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

W latach 2010-2014 w prawie wszystkich gminach powiatu mikołowskiego z roku na rok zmniejszała się liczba rodzin, korzystających ze wsparcia publicznego w postaci zasiłków rodzinnych na dzieci. Wyjątek stanowiła wyłącznie Gmina Ornontowice, w której w ostatnim analizowanym roku odnotowano większą liczbę rodzin w stosunku do dwóch poprzednich lat, przy czym różnica ta wynosiła zaledwie sześć. W 2014 roku największa liczba rodzin otrzymujących wsparcie w formie zasiłków rodzinnych zamieszkiwała Gminę Mikołów (506), następnie Gminę Łaziska Górne (316) i Gminę Orzesze (297). Najmniejszą liczbę rodzin wspieranych w ten sposób przez Państwo odnotowano w Gminie Wyry (76) oraz w Gminie Orzesze (60). Dokładne dane liczbowe przedstawiono w tabeli 10.

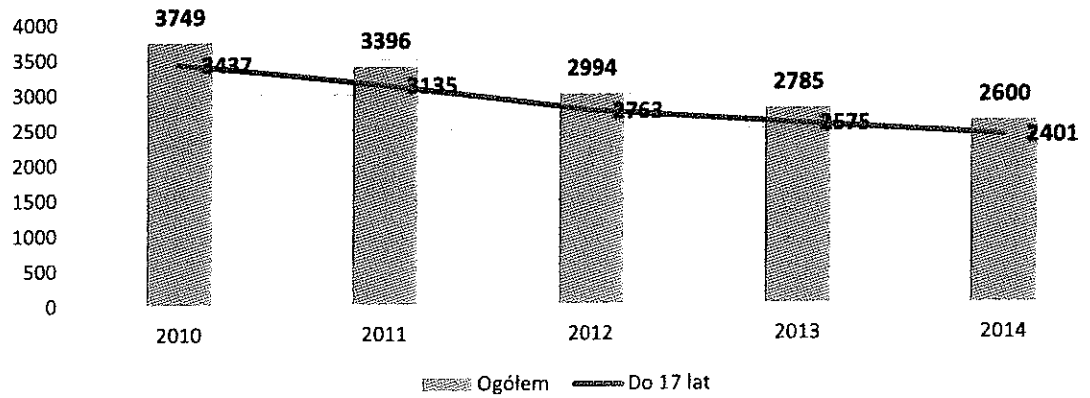
Tabela 10. Rodziny otrzymujące zasiłki rodzinne na dzieci w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Powiat mikołowski	1840	1696	1468	1344	1255
Gmina Łaziska Górne	533	492	420	347	316
Gmina Mikołów	674	649	576	545	506
Gmina Orzesze	445	391	335	316	297
Gmina Ornontowice	77	64	54	54	60
Gmina Wyry	111	100	83	82	76

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Analogicznie do powyższego, zmniejszała się również liczba dzieci, na które rodzice otrzymywali zasiłek rodzinny, co zaprezentowano na wykresie 37.

Wykres 37. Liczba dzieci, na które rodzice otrzymywali zasiłek rodzinny w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Jak przedstawiono na wykresie 37, z roku na rok zmniejszała się liczba dzieci, na które rodzice otrzymywali wsparcie w postaci zasiłku rodzinnego – od 3749 w pierwszym

analizowanym roku do 2600 w roku ostatnim. Może to być efektem dwóch czynników. Po pierwsze mógł zwiększyć się dochód na jedną osobę w rodzinie, w wyniku czego rodziny nie mogły korzystać z takiej formy wsparcia. Po drugie może to być efektem niżu demograficznego, co jest czynnikiem niekorzystnym. Należy również podkreślić, że zdecydowana większość dzieci, na które rodzice otrzymywali zasiłki nie miała ukończonego 17. roku życia. W 2014 roku największa liczba dzieci, podobnie jak rodzin, zamieszkiwała Gminę Mikołów (963), zaś najmniejsza Gminę Ornontowice (118). Dokładne dane liczbowe dla poszczególnych gmin powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 zaprezentowane zostały w tabelach 11 i 12.

Tabela 11. Dzieci, na które rodzice otrzymywali zasiłek rodzinny w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Powiat mikołowski	3749	3396	2994	2785	2600
Gmina Łaziska Górne	986	913	795	709	637
Gmina Mikołów	1388	1303	1200	1121	1046
Gmina Orzesze	927	809	700	662	636
Gmina Ornontowice	181	141	111	112	126
Gmina Wyry	267	230	188	181	155

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

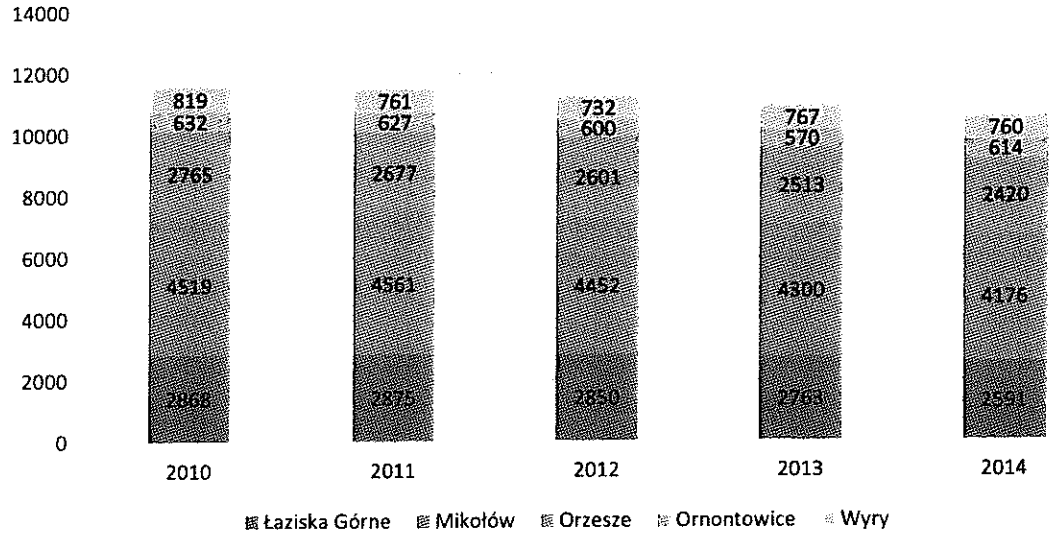
Tabela 12. Dzieci w wieku do 17 lat, na które rodzice otrzymywali zasiłek rodzinny w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Powiat mikołowski	3437	3135	2763	2575	2401
Gmina Łaziska Górne	907	845	731	660	596
Gmina Mikołów	1282	1216	1119	1037	963
Gmina Orzesze	840	731	633	609	585
Gmina Ornontowice	166	132	104	104	118
Gmina Wyry	242	211	176	165	139

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

W związku z tym, że zmniejszyła się liczba rodzin oraz dzieci, na które rodzice otrzymywali świadczenia rodzinne, również i kwoty tych świadczeń w latach 2010-2014 uległy pomniejszeniu, co przedstawiono na wykresie 38.

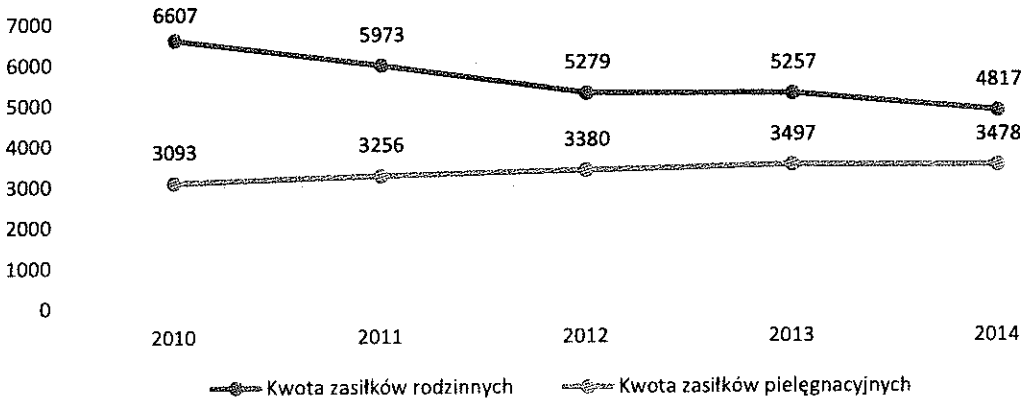
Wykres 38. Kwota świadczeń rodzinnych wypłaconych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

W 2010 roku kwoty świadczeń rodzinnych w powiecie mikołowskim odnotowano na poziomie 11 603 000 zł, jednak z roku na rok były one coraz niższe i w 2014 roku wyniosły 10 561 000 zł. Największa część tych świadczeń wypłacona została rodzinom w Gminie Mikołów, zaś najmniejsza rodzicom z Gminy Ornontowice. Ponadto wyłącznie w tej gminie wzrosła kwota wypłaconych świadczeń w stosunku do roku poprzedniego. Pozostałe gminy charakteryzował trend powiatu, tj. malejący. Podobne zjawisko można było zaobserwować w przypadku kwot zasiłków rodzinnych (wraz z dodatkami).

Wykres 39. Kwoty wypłaconych zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Kwota zasiłków pielęgnacyjnych, w przeciwieństwie do kwot zasiłków rodzinnych w ciągu pięciu ostatnich lat zwiększyła się – od 3 093 000 zł w roku 2010 do 3 478 000 zł w roku 2014. Największe wypłaty, bez względu na rodzaj świadczeń, odnotowano zostały w Gminie Mikołów, zaś najmniejsze w Gminie Ornontowice. Dokładne dane liczbowe dla poszczególnych gmin powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 przedstawiono w tabelach.

Tabela 13. Kwoty zasiłków rodzinnych (wraz z dodatkami) wypłaconych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 (w tys. zł)

	2010	2011	2012	2013	2014
Łaziska Górne	1613	1515	1329	1280	1127
Mikołów	2536	2378	2195	2180	1985
Orzesze	1659	1446	1252	1258	1170
Ornontowice	323	245	195	206	227
Wyry	476	390	309	333	307

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Tabela 14. Kwoty zasiłków pielęgnacyjnych wypłaconych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 (w tys. zł)

	2010	2011	2012	2013	2014
Łaziska Górne	786	805	845	880	864
Mikołów	1264	1334	1372	1436	1454
Orzesze	666	723	741	760	741
Ornontowice	182	186	194	191	189
Wyry	194	207	228	230	230

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Opieka nad dziećmi i młodzieżą

Piecza zastępcza jest sprawowana w przypadku niemożności zapewnienia opieki i wychowania przez rodziców. Wyróżnia się następujące jej formy[18]:

- rodzina zastępcza,
- rodzinny dom dziecka,
- forma instytucjonalna, (placówka opiekuńczo-wychowawcza, regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna, interwencyjny ośrodek preadopcyjny).

Rodzina zastępcza jest to rodzina tymczasowo sprawująca opiekę nad dzieckiem, nie będąc rodziną adopcyjną. Zobowiązuje się do zapewnienia dziecku całodobowej opieki

[18] www.rpo.gov.pl

i wychowania. Jednocześnie współpracuje z rodziną biologiczną w zakresie ważnych decyzji dotyczących dziecka, m.in. przy wyborze szkoły, zawodu, wykonywaniu poważnych zabiegów medycznych. Wzajemne stosunki w rodzinie oparte są na akceptacji, zrozumieniu i tolerancji. Objęcie dziecka opieką w rodzinie zastępczej następuje na okres nie dłuższy niż do osiągnięcia pełnoletności. Jednakże w przypadku, gdy pełnoletni wychowanek kontynuuję naukę, za zgodą rodziny może w niej pozostać, jednak nie dłużej niż do ukończenia 25. roku życia.

Rodzaje rodzin zastępczych:

1. rodzina zastępcza spokrewniona,
2. rodzina zastępcza niezawodowa,
3. zawodowe rodziny zastępcze, w tym:
    - pogotowie rodzinne,
    - rodzina zastępcza specjalistyczna,
    - rodziny pomocowe.

Rodzinie zastępczej na każde umieszczone dziecko przysługuje świadczenie na pokrycie kosztów jego utrzymania. Ponadto rodzina zastępcza może korzystać z pomocy wolontariuszy, organizowanej przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej, a także współpracuje z ośrodkiem adopcyjnym, koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej i organizatorem rodzinnej pieczy zastępczej[19].

W 2014 roku w powiecie mikołowskim odnotowano istnienie 136 rodzin zastępczych, w tym 16 na terenach wiejskich. Sprawowały one opiekę nad liczbą 226 dzieci, tj. 117 dziewczynek i 109 chłopców. Zdecydowana większość wychowanków (195) nie miała w tym roku ukończonych 18 lat. [20].

Inną formą wsparcia dzieci i młodzieży jest świadczenie z funduszu alimentacyjnego. Przysługuje ono dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, osobom kontynuującym naukę do 25. roku życia lub bezterminowo osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty 725 zł.

[19] www.pcpr.mikolowski.pl
[20] Bank Danych Lokalnych

Placówki wsparcia dziennego

Gmina Łaziska Górne

Placówka wsparcia dziennego prowadzona jest w ramach pracy Miejskiego Ośrodka Wspierania Rodziny i Dziecka w Łaziskach Górnych. Realizowane tam zajęcia mają charakter opiekuńczo-wychowawczy i odbywają się w małych grupach dobranych pod względem wieku i rozwoju. Dzieci mogą uczestniczyć w warsztatach o tematyce kulturalnej, rekreacyjnej, sportowej i profilaktycznej. Prawo zapisu dziecka do placówki mają wszyscy rodzice, potrzebujący wsparcia w procesie wychowania dziecka[21].

Gmina Mikołów

Placówka Wsparcia Dziennego Świetlica Opiekuńczo Specjalistyczna w Mikołowie zapewnia dzieciom opiekę wychowawczą, pomoc terapeutyczną, pomoc w nauce a także wyżywienie. Organizowany jest również czas wolny w formie zabaw, zajęć sportowych, wycieczek, wyjść do kina i innych form aktywnego spędzania czasu, a także uczestnictwa w życiu kulturalnym i społecznym. Ponadto pracownicy placówki udzielają wsparcia w postaci pracy socjalnej mającej na celu pomoc rodzinom we wzmocnieniu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi. Dodatkowo prowadzona jest praca psychologiczna i wychowawcza w celu kształtowania postaw społecznie pożądanych, a także pomoc w prawidłowym rozwoju osobowości. Pobyt w placówce jest dobrowolny i nieodpłatny[22].

Gmina Ornontowice

W Gminie Ornontowice placówką wsparcia dziennego jest Świetlica Profilaktyczno-Wychowawcza i Terapeutyczna. Celem jej funkcjonowania jest podejmowanie działań opiekuńczo-wychowawczych i terapeutycznych. Zapewniane są tam warunki do prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka, a także opieka zdrowotna obejmująca świadczenia profilaktyczne. Ponadto oferowany jest tam jeden posiłek dziennie oraz pomoc w nauce i odrabianiu zadań domowych, a także warsztaty terapeutyczne, sportowe i komputerowe. Zajęcia edukacyjne mają na celu wyrównywanie braków w nauce oraz wyrabianie nawyków czytelniczych poprzez zachęcanie do czytania lektur i literatury młodzieżowej[23].

[21] www.mowrid.laziska.pl
[22] www.mops.mikolow.pl
[23] www.bip.ornontowice.pl

Gmina Orzesze

Na terenie Gminy Orzesze znajduje się Placówka Wsparcia Dziennego „Przystań". Do głównych celów jej działania zalicza się: prowadzenie działalności opiekuńczo-wychowawczej, poprawę społecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży ze środowisk zagrożonych patologiami, zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, takich jak akceptacja, bezpieczeństwo, czy zaufanie. Ponadto rozwijane są zdolności i zainteresowania wychowanków, orgaznizowane są prelekcje i spotkania tematyczne, a także prowadzona jest stała praca z rodziną dziecka. Placówka organizuje imprezy środowiskowe, zajęcia profilaktyczne, a także warsztaty edukacyjne[24].

Gmina Wyry

Placówką Opiekuńczo-Wychowawczą Wsparcia Dziennego funkcjonującą jako pion Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyrach jest Gminna Świetlica Środowiskowa w Wyrach oraz Gminna Świetlica Środowiskowa w Gostyni. Placówka jest przeznaczona dla dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 12 lat, które uczęszczają do szkoły podstawowej i mieszkają na terenie Gminy Wyry. Program Świetlicy obejmuje: organizację czasu wolnego dzieci, tworzenie warunków do nauki własnej oraz pomocy w nauce, a także rozwinięcie zainteresowań i uzdolnień wychowanków. Ponadto kształtowane są umiejętności życiowe i społeczne oraz zapewniony jest jeden posiłek[25].

2.4. Problem bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego

Dla rodzin mających czasowe trudności w sprawowaniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych oferowane jest wsparcie regulowane ustawą z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Świadczona pomoc dotyczy przede wszystkim:

- dążenia do reintegracji rodziny,
- przeciwdziałania marginalizacji i degradacji społecznej rodziny,
- podniesienia świadomości w zakresie planowania i funkcjonowania rodziny,
- wzmocnienia roli i funkcji rodziny,
- rozwijania umiejętności opiekuńczo-wychowawczych rodziny,
- analizy sytuacji rodziny i środowiska rodzinnego oraz przyczyn kryzysu w rodzinie, po dokonaniu której rodzinie przydzielany jest asystent odpowiedzialny za:

[24] www.orzesze.pl
[25] www.wyry.pl

- udzielanie pomocy rodzinom w: poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego; rozwiązywaniu problemów socjalnych/ psychologicznych/ wychowawczych z dziećmi; poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej,
- opracowanie i realizację planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym;
- motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
- wpieranie aktywności społecznej rodzin;
- udzielanie wsparcia dzieciom, zwłaszcza poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych;
- opracowanie, we współpracy z członkami rodziny i koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej, planu pracy z rodziną, skoordynowanego z planem pomocy dziecku mieszczonemu w pieczy zastępczej;
- motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, których celem jest kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych;
- prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci;
- podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa rodzin i dzieci.

W 2014 roku wydano 547 decyzji przyznania pomocy społecznej w rodzinie w związku z bezradnością w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego[26].

2.5. Problem przemocy w rodzinie

Przemoc w rodzinie, zwana również przemocą domową jest to zjawisko społeczne zachodzące, gdy jeden z członków rodziny (żona, mąż, inna osoba) używając siły fizycznej, gróźb, szantażu próbuje dominować fizycznie lub psychicznie nad partnerem, dziećmi, rodzicami, teściami i innymi członkami rodziny wspólnie zamieszkującymi w celu zranienia moralnie lub fizycznie. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie mówi, że jest to jednorazowe albo powtarzające się działanie lub zaniechanie naruszające prawa i/lub dobra osobiste członków rodziny. W wyniku tego są oni narażeni na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszenie godności, nietykalności cielesnej, wolności, w tym wolności

[26] Bank Danych Lokalnych

seksualnej. Ponadto powodują szkody na ich zdrowiu fizycznym i/lub psychicznym, a także wpływają na doznanie cierpień i krzywd moralnych u osób będących ofiarami przemocy. Osoba, która została dotknięta przemocą uprawniona jest do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego, opisującego przyczyny i rodzaj/rodzaje uszkodzeń ciała z nią związanych.

Procedura „Niebieskie Karty"

Obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy domowej przez przedstawicieli następujących instytucji:

- jednostki organizacyjne pomocy społecznej,
- gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych,
- Policja,
- placówki oświatowe,
- podmioty ochrony zdrowia (lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny).

Podejmowanie interwencji opartej o w/w procedurę nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą domową.

W każdej gminie Powiatu Mikołowskiego funkcjonują Zespoły Interdyscyplinarne do Spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, które zgodnie ze statutowymi obowiązkami realizują takie zadania jak::

- diagnozowanie problemu przemocy domowej,
- inicjowanie interwencji w środowisku dotkniętym przemocą, a także działań w stosunku do osób dopuszczających się tego typu przestępstw,
- rozpowszechnianie informacji o instytucjach, osobach, możliwościach udzielania pomocy ofiarom przemocy domowej w środowisku lokalnym.

Ponadto na terenie powiatu mikołowskiego znajduje się kilka placówek świadczących pomoc ofiarom przestępstw, w tym przemocy w rodzinie[27]:

1) Ośrodek Interwencji Kryzysowej (OIK) to jednostka organizacyjna pomocy społecznej zajmująca się świadczeniem specjalistycznych usług (zwłaszcza psychologicznych, prawnych, hotelowych, które są dostępne przez całą dobę) osobom, rodzinom i społecznościom będącym ofiarami przemocy lub

[27] www.mikolow.slaska.policja.gov.pl

znajdującym się w innej sytuacji kryzysowej, w celu zapobieżenia powstawania lub pogłębiania się dysfunkcji tych osób, rodzin lub społeczności. W przypadku osób, które z powodu zaostrzenia choroby psychicznej lub innej przyczyny, prowadzącej do kryzysu psychicznego nie są w stanie samodzielnie funkcjonować, celem OIK jest udzielanie natychmiastowej, kompleksowej pomocy. Pomoc udzielana w ośrodku może przyjmować różne formy w zależności od problemu, a także od stanu psychicznego zgłaszającej się osoby. Rodzaj pomocy, jej zakres i forma za każdym razem dostosowywane są do potrzeb indywidualnych. Ze wsparcia OIK może skorzystać każdy, bez względu na płeć i wiek. Pomoc osobom zgłaszającym się do ośrodka udzielona jest niezwłocznie, po spełnieniu wszystkich możliwych wymogów organizacyjnych. OIK w Powiecie Mikołowskim funkcjonuje przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie, który swoją siedzibę posiada w łaziskach Górnych, przy ul. Chopina 8.

Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych zapewnia pomoc osobom i rodzinom znajdującym się w kryzysowej sytuacji życiowej. Ośrodek w ramach realizowanych zadań oferuje:

a. **Indywidualną pomoc psychologiczną** w tym psychoedukację, rozmowy motywujące, wspierające, psychoterapię krótkoterminową, psychoterapię dla par;
b. **Pomoc terapeutyczną** dla dzieci doznających przemocy bądź będących świadkami przemocy w rodzinie;
c. **Pomoc interwencyjną**- Ośrodek podejmuje interwencje w związku z pisemnymi bądź telefonicznymi zawiadomieniami o nieprawidłowościach będących w rodzinie w tym przemoc, nadużywanie alkoholu, krzywdzenie dzieci, osób starszych i niepełnosprawnych, demoralizacja. Interwencje te odbywają się w miejscu zamieszkania celem rozeznania sytuacji rodzinnej i podjęcia stosownych działań. Pomoc w tym zakresie obejmuje również kontakt z instytucjami wymiaru sprawiedliwości (Policja, Prokuratura, Sąd). W sytuacji zagrożenia życia i zdrowia kierowanie osób doznających przemocy w rodzinie do Specjalistycznych Ośrodków Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie.
d. **Konsultacje w** tym: kontakt z osobą w kryzysie (między innymi przemoc, współuzależnienie, żałoba, myśli samobójcze, problemy wychowawcze), pomoc specjalistyczna w środowisku zamieszkania dla osób doznających przemocy, spotkania małżeńskie dotyczące nieporozumień i konfliktów,

wypracowania prawidłowych reguł panujących w rodzinie, sprawy około rozwodowe.

e. **Bezpłatną pomoc prawną** w sprawach rodzinnych.
f. **Poradnictwo w formie:** osobistej, telefonicznej, w miejscu zamieszkania, drogą internetową.

Ośrodek w Mikołowie realizuje również:

g. Profilaktyczny program z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie dla uczniów szkół gimnazjalnych i ponad gimnazjalnych z terenu powiatu mikołowskiego;
h. Profilaktyczny program wsparcia dla rodziców **w** zakresie wdrażania prawidłowych metod wychowawczych, w tym porady indywidualne lub wsparcie grupowe w ramach Szkoły Rodziców;
i. Grupę psychoedukacyjną dla osób doznających przemocy;
j. Grupa wsparcia dla osób doznających przemocy;
k. Trening rozwoju osobistego z elementami asertywności;
l. Coroczną kampanię społeczną z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

2) Miejski Ośrodek Pomocy w Mikołowie, oferujący w tym kontekście:
   - pomoc przy diagnozowaniu sytuacji i osób, wobec których istnieje podejrzenie, że są ofiarami przemocy w rodzinie,
   - możliwość uzyskania wsparcia w formie finansowej,
   - możliwości uzyskania wsparcia w formie pracy socjalnej,
   - schronienie dla ofiar przemocy domowej,
   - udzielanie informacji na temat instytucji pomocowych.

3) Gminny Ośrodek Pomocy w Wyrach – Zespół ds. przeciwdziałania przemocy:
   - diagnozowanie problemu przemocy w rodzinie,
   - podejmowanie działań w środowisku zagrożonym przemocą w celu zapobiegawczych bądź podejmowanie interwencji w środowisku dotkniętym patologią.

4) Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mikołowie (GKRPA):
   - prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu,
   - zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacji.

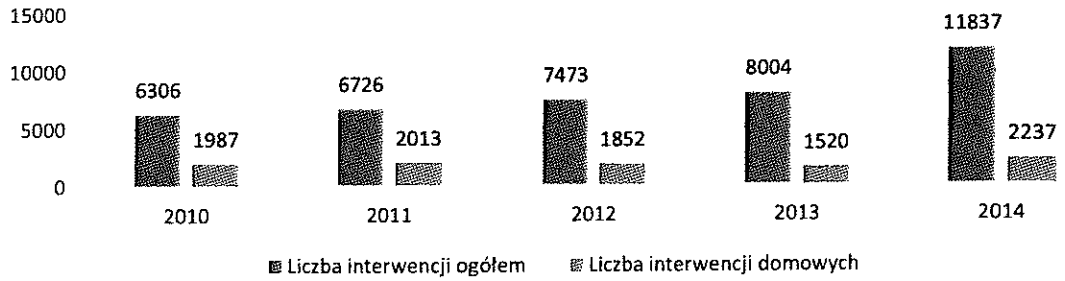
5) Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki „Zmiana", do którego zadań należą m.in.:

- wsparcie psychologiczne osób znajdujących się w trudnych/kryzysowych sytuacjach związanych m.in. z przemocą domową,
- pomoc zarówno osobom doświadczającym przemocy, jak i stosującym przemoc.

6) Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie.
7) Stowarzyszenie Klub Abstynenta „Powrót", które świadczy:
   - pomoc dla osób z problemem uzależnienia od alkoholu i narkotyków, które uważane są za główne przyczyny zjawiska przemocy w rodzinie,
   - wsparcie w postaci informowania o możliwościach i miejscach leczenia narkomanii, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oaz przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym,
   - pomoc polegającą na propagowaniu zdrowego stylu życia i promowaniu trzeźwości.
8) Sąd Rejonowy w Mikołowie.
9) Prokuratura Rejonowa w Mikołowie.
10) Placówki służby zdrowia.
11) Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Mikołowie.
12) Ośrodek Pomocy Społecznej Łaziska Górne.
13) Miejski Ośrodek Wsparcia Rodziny i Dziecka Łaziska Górne.
14) Stowarzyszenie na rzecz profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego „ProMoc".
15) Punkt Konsultacyjny dla Osób Uzależnionych od Alkoholu i Substancji Psychoaktywnych oraz Ofiar Przemocy.
16) Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ornontowicach.
17) Grupa AA „Środek" Ornontowice.
18) Grupa AA (Orzesze).
19) Punkt Konsultacyjny ds. Uzależnień Orzesze.
20) Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przy Urzędzie Miasta w Orzeszu.
21) Poradnia Profilaktyki i Leczenia Odwykowego w Mikołowie.

Z roku na rok Policja na terenie powiatu mikołowskiego odnotowuje coraz większą liczbę interwencji w związku z przemocą w rodzinie, co zaprezentowano na wykresie 40.

Wykres 40. Liczba interwencji policyjnych w związku z przemocą w rodzinie w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu pn. „Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r."

Poza tym, że od roku 2010 systematycznie wzrastała liczba interwencji policyjnych w związku ze zjawiskiem przemocy w rodzinie, rosła również liczba interwencji domowych – od 1987 w roku 2010 do 2237 w roku 2014. Zmiany takie mogą wprawdzie świadczyć o natężeniu zjawiska przemocy domowej, jednakże znacznie bardziej prawdopodobnym jest fakt, iż ludzie przestają się wstydzić swojej złej sytuacji rodzinnej i decydują się na przyjmowanie pomocy ze strony służb policyjnych. Może to także oznaczać zwiększenie świadomości społecznej mieszkańców powiatu mikołowskiego, która skutkuje zwiększeniem liczby zgłoszeń dotyczących problemów rodzinnych. Potwierdza to również znaczny wzrost sporządzonej liczby niebieskich kart – od 85 w roku 2012 do 150 w roku 2014[28]. Ponadto w 2014 roku w powiecie mikołowskim podjęto 23 decyzje o przyznaniu świadczenia z pomocy społecznej w związku z przemocą w rodzinie[29].

Dodatkowo na terenie poszczególnych gmin powiatu mikołowskiego na wniosek burmistrza lub wójta przyjmowane są przez radę miasta lub gminy „Gminne Programy Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie", którego opracowanie i realizacja jest zadaniem własnym gmin, wynikającym z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

[28] Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r

[29] Bank Danych Lokalnych

2.6. Zjawisko wielodzietności

Pojęcie rodziny wielodzietnej odnosi się do rodzin z wyższą niż przeciętna liczbą dzieci. Polskie prawo definiuje ją jako rodzinę posiadającą minimum troje dzieci. Dla rodzin takich tworzone są programy mające na celu wspieranie i poprawę warunków ich życia. Podczas Narodowego Spisu Powszechnego, który odbył się w 2011 w powiecie mikołowskim odnotowano 19 968 rodzin, z czego 1 117 stanowiły rodziny z trójką dzieci (5,60% wszystkich rodzin), zaś 277 z czwórką lub większą liczbą dzieci (1,39% wszystkich rodzin)[30].

Karta Dużej Rodziny

Karta Dużej Rodziny jest to system zniżek i dodatkowych uprawnień dla rodzin wielodzietnych obowiązujących zarówno w instytucjach publicznych, jak i przedsiębiorstwach prywatnych, który wprowadzony został 16 czerwca 2014 roku. Właściciele Karty mają liczne przywileje, polegające na możliwości tańszego korzystania z oferty instytucji kultury oraz ośrodków rekreacyjnych. Ponadto mają zapewnione zniżki przy zakupie jedzenia, kosmetyków, odzieży, obuwia, zabawek, paliwa. Posiadanie Karty pozwala na obniżenie kosztów rachunków za usługi telekomunikacyjne i bankowe, a także przejazdów pociągami i komunikacją publiczną.

Karta Dużej Rodziny przyznawana jest rodzinie, która utrzymuje co najmniej troję dzieci w wieku:

- do ukończenia 18. roku życia,
- do ukończenia 25. roku życia (w przypadku, gdy dziecko kontynuuję naukę w szkole, w tym w szkole wyższej),
- bez ograniczeń wiekowych (w przypadku dzieci legitymujących się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności).

Przywileje z tytułu posiadania Karty dotyczą również rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka. Ponadto w przypadku tym nie obowiązuje kryterium dochodowe, co oznacza, że Karta przyznawana jest każdemu członkowi rodziny wielodzietnej, niezależnie od dochodów rodziny. Dzieci mogą korzystać z Karty do momentu osiągnięcia w/w progów wiekowych, dzieci niepełnosprawne przez cały czas obowiązywania orzeczenia o niepełnosprawności, zaś rodzice dożywotnio.

[30] Bank Danych Lokalnych

Liczna rodzina

Samorządowy program „Liczna rodzina" skierowany jest do członków rodzin wielodzietnych zamieszkałych w Mikołowie. Jego celem jest:

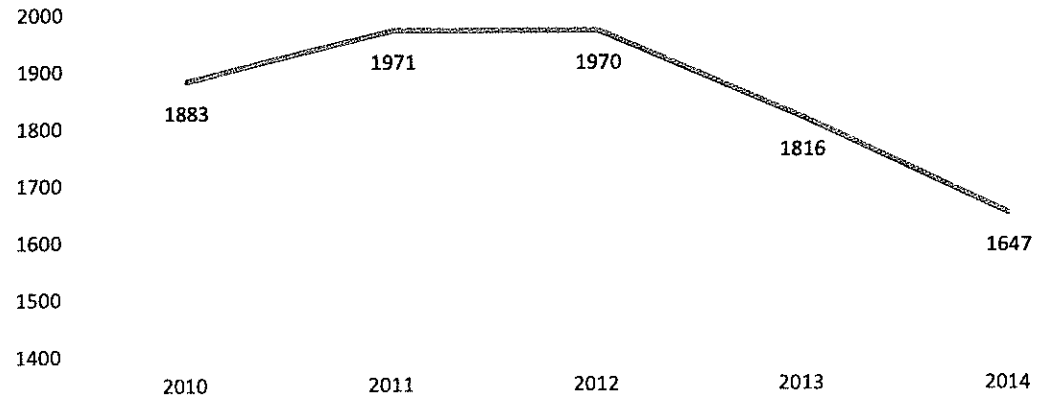
- kształtowanie pozytywnego wizerunku rodziny wielodzietnej,
- zwiększenia szans rozwojowych dzieci i młodzieży z rodzin wielodzietnych,
- promocja rodzin wielodzietnych oraz wzmacnianie działań na rzecz wspierania ich kondycji,
- ułatwianie tego typu rodzinom dostępu do sportu, rekreacji, kultury i innych usług na preferencyjnych warunkach,
- ogólne wspieranie rodzin wielodzietnych oraz poprawa warunków ich życia.

Warunkiem koniecznym przystąpienia do tego programu jest posiadanie Karty Dużej Rodziny.

2.7. Problem przestępczości

Przestępczość jest to zjawisko społeczne obejmujące zbiór czynów zabronionych ustawowo pod groźbą kary popełnionych na obszarze danej jednostki terytorialnej w 2014 roku na terenie powiatu mikołowskiego wszczęto 1647 postępowań przygotowawczych. Stanowiło to najmniejszą liczbę w ciągu ostatnich pięciu lat, tj. od 2010 do 2014 roku, co przedstawiono na wykresie 41.

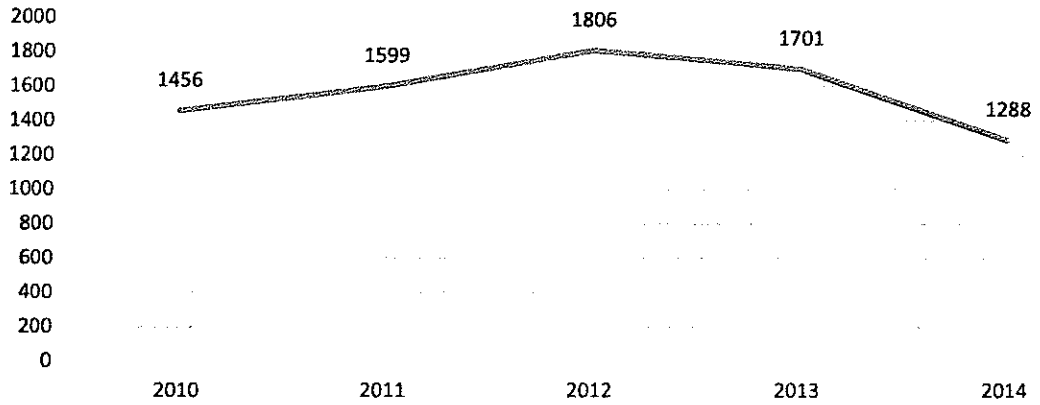
Wykres 41. Liczba postępowań przygotowawczych wszczętych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu pn. „Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r."

Największą grupę przestępstw stanowiły zdarzenia o charakterze kryminalnym. Wprawdzie od 2010 do 2012 ich liczba systematycznie wzrastała, jednak od 2012 zaczęto odnotowywać ich spadek. Różnica między liczbą postępowań w pierwszym i ostatnim analizowanym roku wynosiła 168 (wykres 42).

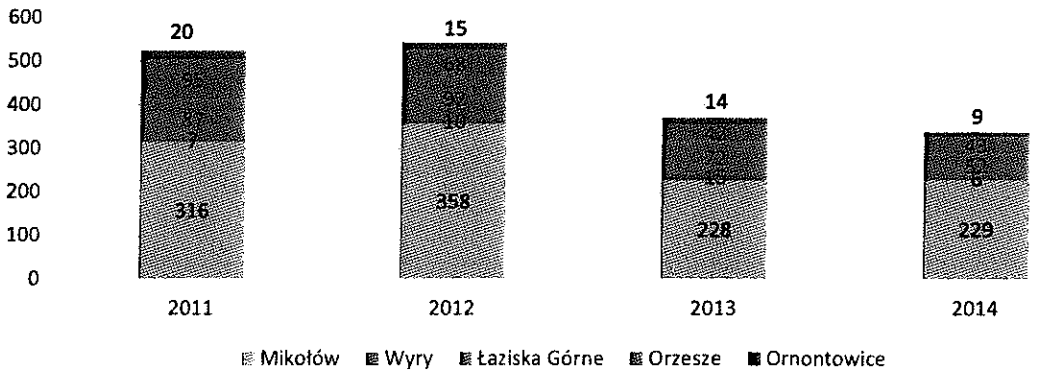
Wykres 42. Liczba postępowań przygotowawczych wszczętych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 - sprawy kryminalne



Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu pn. „Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r."

W 2014 roku największa liczba przestępstw dotyczyła kradzieży. Warto jednak podkreślić, że ich liczba w porównaniu z poprzednimi latami wyraźnie się zmniejszyła, co można zaobserwować na wykresie 43.

Wykres 43. Liczba kradzieży w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014

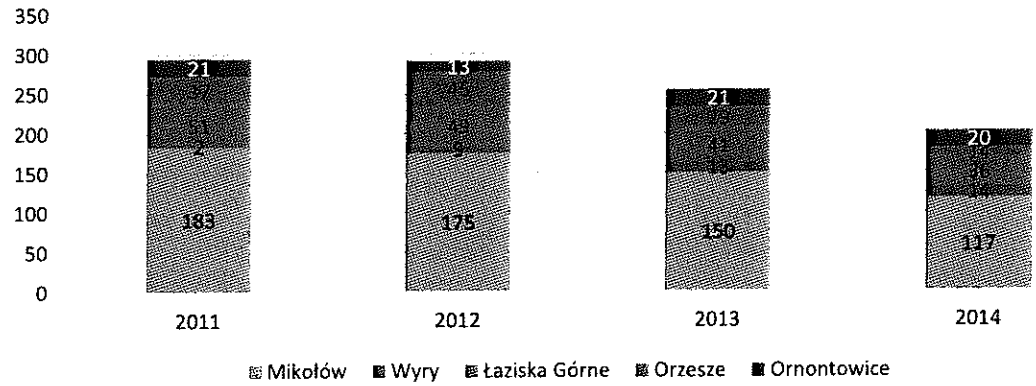


Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu pn. „Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r."

Największą liczbę kradzieży w każdym z analizowanych lat odnotowano na terenie Gminy Mikołów – od 228 w roku 2013 do 358 w roku 2012. Znacznie rzadziej postępowania w sprawie tego typu przestępstw wszczynano w związku z popełnieniem ich na terenie Gminy Orzesze (od 42 do 95) oraz Gminy Łaziska Górne (od 52 do 92), następnie Gminy Ornontowice (od8 do 20) i Gminy Wyry (od 6 do 15).

Drugim najczęściej popełnionym przestępstwem na terenie powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014 była kradzież z włamaniem.

Wykres 44. Liczba kradzieży z włamaniem w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014

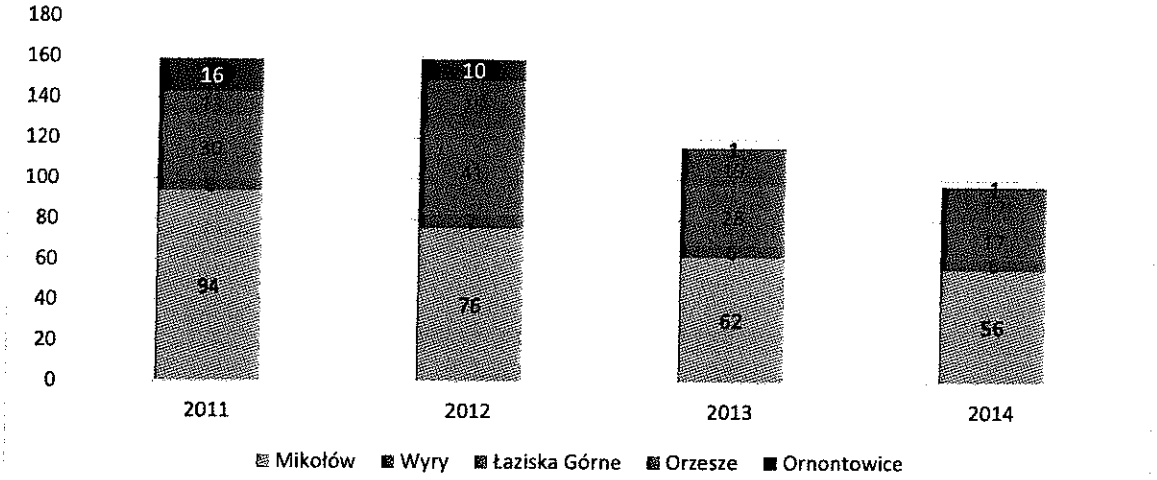


Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu pn. „Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r."

Również i w przypadku przestępstwa kradzieży z włamaniem ich liczba w ciągu ostatnich czterech lat znacznie się zmniejszyła – z 294 w roku 2011 do 201 do roku 2014. Najczęściej do tego typu przestępstw dochodziło na terenie Gminy Mikołów (od 117 do 183), w dalszej kolejności w Gminie Łaziska Górne (od 35 do 51), następnie w Gminie Orzesze (od 14 do 45), najrzadziej zaś postępowania wszczynano w odniesieniu do kradzieży z włamaniem odnotowanych na terenie Gminy Ornontowice (od 13 do 21) oraz Gminy Wyry (od 2 do 14).

Służby policyjne powiatu mikołowskiego odnotowały również znaczną liczbę przestępstw w postaci zniszczenia mienia (wykres 45).

Wykres 45. Liczba przestępstw zniszczenia mienia w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014

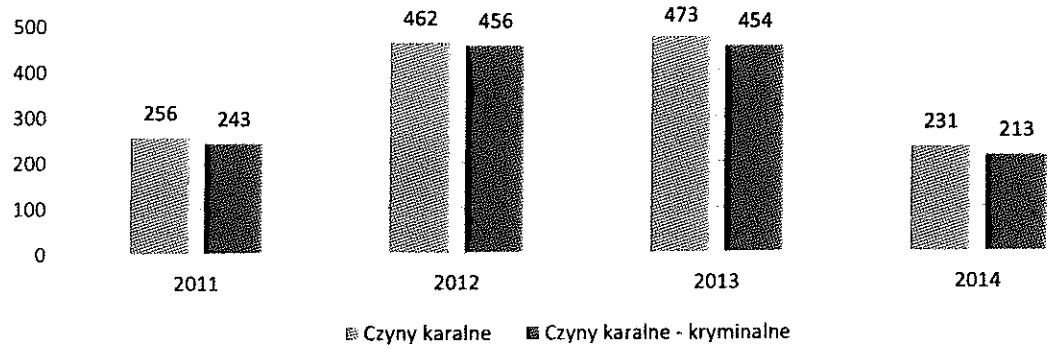


Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu pn. „Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r."

W latach 2011-2014 odnotowano znaczący spadek liczby przestępstw polegających na znieszczeniu mienia – od 159 w latach 2011-2012 przez 116 w roku 2013 do 97 w ostatnim analizowanym roku. Najczęściej postępowania w związku ze zniszczeniem mienia wszczynano w wyniku zdarzeń w Gminie Mikołów (od 56 w roku 2014 do 94 w roku 2011), najrzadziej zaś w Gminie Ornontowice (od 1 w latach 2013-2014 do 16 w roku 2011).

Problematyka przestępczości rozpatrywana powinna być również w odniesieniu do osób nieletnich. Na koniec 2014 roku zarejestrowano 231 czynów karalnych, których dopuściły się osoby poniżej 17. roku życia.

Wykres 46. Liczba czynów karalnych popełnionych przez osoby nieletnie z powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014

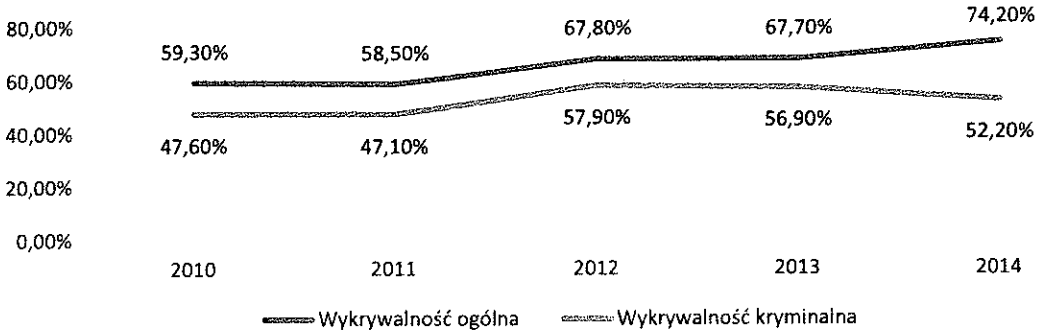


Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu pn. „Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r."

Analizując dane zamieszczone na wykresie 46 należy podkreślić, że liczba nieletnich dopuszczających się czynów karalnych w 2014 roku na terenie powiatu mikołowskiego w stosunku do roku poprzedniego ponad dwukrotnie spadła – z 473 czynów do 231. Trudno jednak wskazać konkretny trend, gdyż od 2011 do 2013 wskaźnik ten wzrastał. Niemniej jednak najniższa liczba przestępstw w ostatnim analizowanym roku pozwala przypuszczać, że w następnych latach problem z przestępczością wśród osób nieletnich będzie mniej poważny.

Wykrywalność sprawców przestępstw na terenie powiatu mikołowskiego z roku na rok jest coraz większe, co przedstawiono na wykresie 47.

Wykres 47. Wykrywalność przestępstw na terenie powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu pn. „Sprawozdanie z działalności Powiatowej Policji w Mikołowie oraz Informacja o stanie bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie powiatu mikołowskiego za okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r."

Wskaźnik wykrywalności przestępstw popełnionych na terenie powiatu mikołowskiego w ciągu ostatnich pięciu ostatnich lat wzrósł o 14,9 p.p. – z 59,30% w roku 2010 do 74,20% w roku 2014. Wzrost odnotowano również w odniesieniu do wykrywalności przestępstw kryminalnych, jednakże na niższym poziomie – z 47,60% do 52,20%. Wyniki te wskazują, że mieszkańcy powiatu mikołowskiego z roku na rok mogą czuć się coraz bardziej bezpiecznie na zamieszkiwanym terenie.

2.8. Problemy w obszarze zdrowia, w tym problem długotrwałej lub ciężkiej choroby

Na obszarze powiatu mikołowskiego usługi zdrowotne świadczone są zarówno w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i w postaci prywatnej praktyki lekarskiej. W 2014 roku we wszystkich gminach funkcjonowało 196 podmiotów leczniczych, których strukturę przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15. Rodzaje podmiotów leczniczych w powiecie mikołowskim w 2014 roku

Podmioty lecznicze, które nie są przedsiębiorstwami	**5**
Podmioty lecznicze będące przedsiębiorstwami	**66**
Praktyki lekarskie	**125**
Ogółem	**196**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

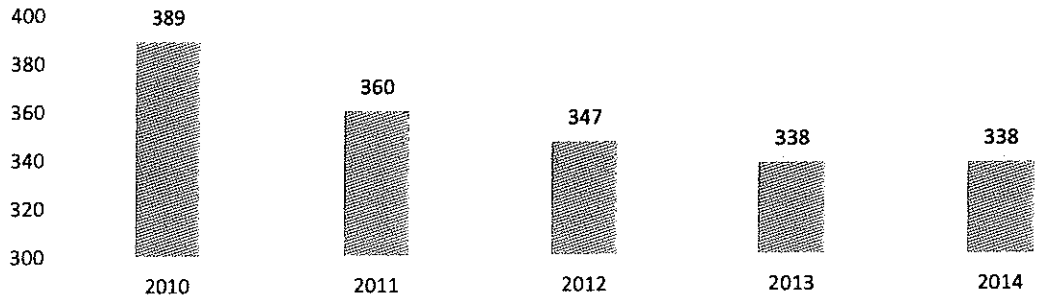
W 2014 roku w powiecie mikołowskim stacjonarne i całodobowe świadczenia medyczne realizowane były przez trzy szpitale[31]:

- Szpital Katolicki św. Józefa w Mikołowie,
- Szpital Powiatowy w Mikołowie, wchodzący w skład Centrum Zdrowia Sp. z o.o.,
- Szpital Chorób Płuc w Orzeszu.

Liczbę łóżek w szpitalach ogólnych powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 przedstawiono na wykresie 48.

[31] Diagnoza potrzeb Powiatu Mikołowskiego

Wykres 48. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014

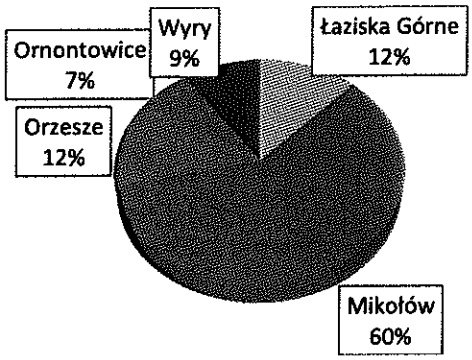


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

W latach 2010-2014 stopniowo zmniejszała się liczba łóżek w szpitalach ogólnych – z 389 w roku 2010 do 338 w roku 2014. Wartym podkreślenia jest jednocześnie fakt, iż w 2013 i 2014 roku odnotowano taką samą liczbę miejsc dla pacjentów, na podstawie czego można przypuszczać, że w kolejnych latach ich liczba nie będzie ulegać znaczącym zmianom.

W 2014 roku w powiecie mikołowskim usługi medyczne świadczone były w 42 przychodniach. Większość z nich (25) znajdowała się na terenie Gminy Mikołów. Strukturę lokalnych przychodni przedstawiono na wykresie 49.

Wykres 49. Liczba przychodni w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Ponadto udzielonych zostało 645,7 tys. porad, w tym 656,5 tys. porad lekarskich i 80,2 tys. porad stomatologicznych. Usługi te świadczone były przez personel medyczny, którego liczebność w 2013 roku zaprezentowano w tabelach 16 i 17.

Tabela 16. Personel medyczny z wyższym wykształceniem zatrudniony w powiecie mikołowskim w 2013 roku

	Ogółem	Na 10 tysięcy ludności
Lekarze	122	12,7
Lekarze stomatolodzy	20	2,1
Farmaceuci	52	5,4
Diagności laboratoryjni	8	0,8
Pielęgniarki	73	7,6
Położne	12	1,3
Psycholodzy	10	1,0
Logopedzi	3	0,3
Ratownicy medyczni	1	0,1

Źródło: Personel medyczny zatrudniony w ochronie zdrowia w województwie śląskim 2013 (wybrane dane). Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Katowice 2014, s.10-13

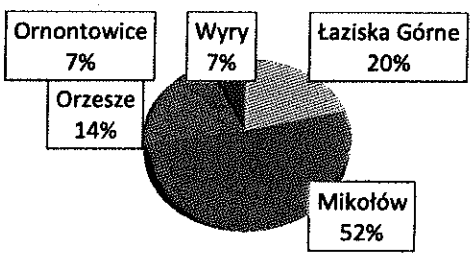
Tabela 17. Personel medyczny ze średnim wykształceniem zatrudniony w powiecie mikołowskim w 2013 roku

Pielęgniarki	287
Położne	24
Technicy farmaceutyczni	2
Technicy analityki medycznej	15
Technicy elektrokardiologii	9
Technicy fizjoterapii	17
Technicy masażyści	6
Instruktorzy terapii zajęciowej	8
Higienistki szkolne	1
Asystentki stomatologiczne	2
Ratownicy medyczni	1

Źródło: Personel medyczny zatrudniony w ochronie zdrowia w województwie śląskim 2013 (wybrane dane). Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Katowice 2014, s.15.

W 2014 roku mieszkańcy powiatu mikołowskiego w leki zaopatrywać się mogli w 29 aptekach, z których ponad połowa (15) zlokalizowana była w Gminie Mikołów, co przedstawione zostało no wykresie 50.

Wykres 50. Liczba aptek w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku

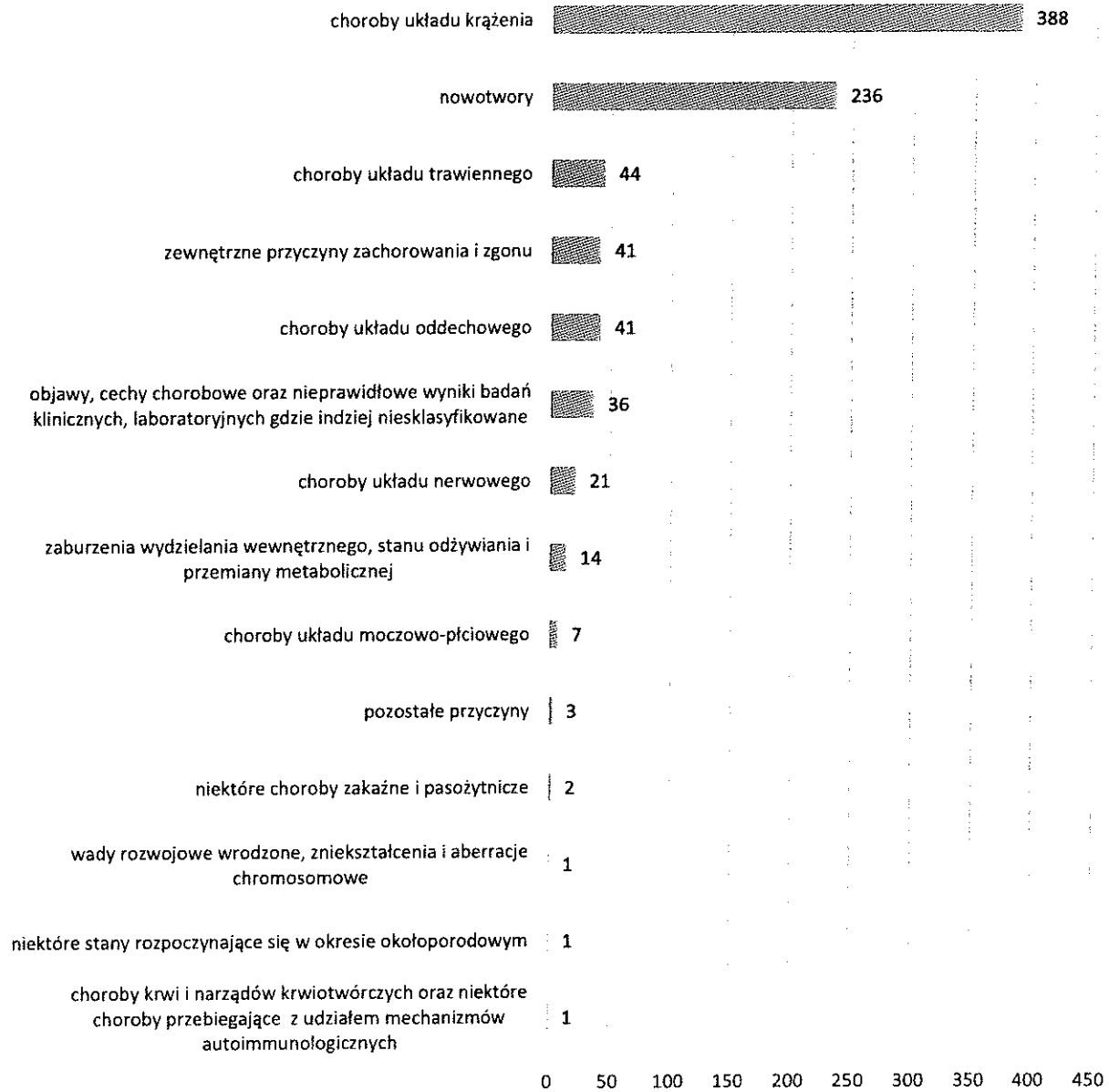


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

W analizowanym roku we wszystkich mikołowskich aptekach zatrudnionych było 71 magistrów farmacji. Ponadto na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało 3314 mieszkańców powiatu mikołowskiego.

W 2013 roku na analizowanym obszarze zmarło 836 osób. Wszystkie przyczyny zgonów przedstawiono na wykresie 51.

Wykres 51. Przyczyny zgonów w powiecie mikołowskim w 2013 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Najczęstszą przyczyną zgonów w powiecie mikołowskim w 2013 roku były choroby układu krążenia, które doprowadziły do śmierci 388 osób, tj. 46,41% wszystkich zmarłych w tym roku mieszkańców powiatu. Do śmiertelności w dużym stopniu (28,23%) przyczyniły się również nowotwory, po wystąpieniu których zmarło 236 osób. Co dwudziesta osoba zmarła natomiast na skutek choroby układu trawiennego. Powyżej dziesięciu mieszkańców powiatu mikołowskiego zmarło także w wyniku wystąpienia: przyczyn zewnętrznych i chorób układu oddechowego (po 41 osób), chorób układu nerwowego (21), zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (14). Znacznie rzadszymi przyczynami zgonów były: choroby układu moczowo-płciowego (7), niektóre choroby zakaźne (2), a także wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe, niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym oraz choroby krwi i narządów krwiotwórczych i niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych (po 1 osobie). Przyczyną śmierci 36 mieszkańców były objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej nieskalsyfikowane, zaś trzech innych „pozostałe przyczyny".

Na terenie powiatu mikołowskiego funkcjonuje **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy** zlokalizowany w Łaziskach Górnych. Placówka ta dysponuje dwoma oddziałami opieki całodobowej, w której okresowo pielęgnacją i kontynuacją leczenia obejmowane są osoby przewlekle chore, a także osoby, które przebyły leczenie szpitalne, jednakże nadal wymagają profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Najczęściej są to osoby chore psychicznie, chorujące na nowotwory lub uzależnione. Pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym może być współfinansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zaś okres pobytu uzależniony jest od stanu zdrowia danego pacjenta. W omawianej placówce realizowane są następujące świadczenia medyczne[32]:

- kompleksowa opieka lekarska z dostępem do potrzebnych badań diagnostycznych,
- całodobowa opieka pielęgniarska,
- świadczenia opiekunów medycznych, obejmujące głównie pomoc przy wykonywaniu czynności życia codziennego, takie jak: przyjmowanie posiłków, higiena osobista,
- rehabilitacja,
- terapia zajęciowa, mająca na celu zachowanie lub odzyskanie zaburzonych funkcji mózgu, kontaktu z otaczającym światem, świadomości miejsca, czasu, własnej osoby,

[32] www.szpital-mikolow.com.pl

- wsparcie psychologiczne,
- pomoc logopedyczna,
- wsparcie dietetyczne,
- edukacja pacjentów i opiekunów w zakresie odpowiedniej pielęgnacji, rehabilitacji, psychoprofilaktyki, doboru diety i sposobu odżywiania.

Ponadto w Szpitalu Chorób Płuc w Orzeszu funkcjonuje Oddział Opieki Paliatywnej[33].

Mieszkańcy powiatu mikołowskiego w związku z długotrwałą lub ciężką chorobą mogą liczyć na wsparcie w postaci zasiłku stałego lub okresowego[34]. W 2014 roku wydano 719 decyzji o przyznaniu w/w świadczeń z pomocy społecznej[35].

2.9. Problemy związane z niepełnosprawnością i integracją osób niepełnosprawnych

Niepełnosprawność definiowana jest jako długotrwały stan występowania pewnych ograniczeń w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu człowieka. Mogą być one wynikiem obniżenia sprawności funkcji fizycznych, psychicznych lub umysłowych.

Podczas Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 roku zanotowano, iż na terenie powiatu mikołowskiego mieszka 8548 osób niepełnosprawnych. Dokładne liczebności przedstawione zostały w tabeli 18.

Tabela 18. Liczba osób niepełnosprawnych w powiecie mikołowskim podczas Narodowego Spisu Powszechnego 2011

	ogółem	mężczyźni	kobiety
ogółem	8548	4140	4408
w wieku przedprodukcyjnym	453	261	192
w wieku produkcyjnym mobilnym	1159	635	524
w wieku produkcyjnym niemobilnym	2918	1855	1062
w wieku poprodukcyjnym	4018	1389	2629

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Prawie połowę wszystkich osób niepełnosprawnych stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym, tj. kobiety w wieku co najmniej 60 lat oraz mężczyźni po 65. roku życia (4018 osób, tj. 47% wszystkich niepełnosprawnych). Najmniej liczną grupą natomiast były dzieci i młodzież (453 osoby, tj. 5,3% ogółu niepełnosprawnych). Jeżeli

[33] www.szpital-orzesze.pl
[34] Opisane w podrozdziale: „Problemy rodzin i pieczy zastępczej oraz sieroctwa".
[35] Bank Danych Lokalnych

chodzi o płeć to nieznacznie większa grupę stanowiły kobiety, których było o 268 więcej.

W 2014 roku w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mikołowie zarejestrowanych było 128 osób niepełnosprawnych z powiatu mikołowskiego.

Osoby niepełnosprawne mają prawo do wsparcia z pomocy społecznej w formie[36]:

- zasiłku okresowego,
- zasiłku stałego,
- zasiłku pielęgnacyjnego.

Osoby opiekujące się niepełnosprawnymi mają natomiast dostęp do wsparcia finansowego w formie[37]:

- świadczenia pielęgnacyjnego,
- specjalnego zasiłku opiekuńczego.

Ponadto osobie samotnej, która z powodu wieku lub choroby wymaga wsparcia innych osób przysługuje pomoc w formie **usług opiekuńczych**, w tym usług specjalistycznych. Mogą być one przyznane także osobom, które nie są samotne, jednakże nie mają zapewnionej opieki ze strony najbliższej rodziny.

Inną formą pomocy osobom starszym, chorym czy niepełnosprawnym jest przyznanie prawa do pobytu w Dziennym Domu Pomocy.

Dzienny Dom Pomocy w Mikołowie

Ośrodek realizujący zadania pomocy społecznej jako zadania własne gminy, które obejmują przede wszystkim:

- opiekę medyczną,
- podstawowe świadczenia opiekuńcze oraz w zakresie higieny osobistej,
- zapewnienie pensjonariuszom dziennego pobytu bez noclegów wraz z wyżywieniem (śniadanie, obiad),
- zapewnienie jednego gorącego posiłku osobom niekorzystającym z dziennego pobytu,
- pomoc w rozwiązywaniu indywidualnych problemów,
- dostęp do kultury i rekreacji,

[36] Opisane w podrozdziale: „Problemy rodzin i pieczy zastępczej oraz sieroctwa".
[37] Opisane w podrozdziale: „Problemy rodzin i pieczy zastępczej oraz sieroctwa".

- organizowanie zajęć w ramach terapii służącej do utrzymania sprawności psychofizycznej zgodnie z wiekiem i możliwościami placówki.

Ośrodek dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże jest to samodzielny podmiot prawa, działający na płaszczyźnie opiekuńczej, rehabilitacyjnej, edukacyjnej, medycznej, zawodowej i społecznej. W ramach Ośrodka działają jednostki wspomagające i aktywizujące osoby niepełnosprawne.

Dom Pomocy Społecznej w Borowej Wsi[38]

Warsztat Terapii Zajęciowej

Najważniejszym zadaniem Warsztatu Terapii Zajęciowej w Mikołowie jest tworzenie osobom niepełnosprawnym możliwości rehabilitacji społecznej i zawodowej. Praca z uczestnikiem zmierza przede wszystkim do poprawy jego sprawności, ogólnego rozwoju oraz postrzegania siebie jako pełnoprawnego członka społeczeństwa. Przeznaczony jest dla 50 osób dorosłych, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem do terapii zajęciowej. Warsztaty odbywają się w następujących pracowniach[39]:

- techniczna,
- ogrodnicza,
- zoologiczna,
- obróbki tkanin,
- gospodarstwa domowego,
- rękodzieła artystycznego,
- plastyczna,
- informatyczna,
- ceramiczna,
- introligatorska.

W ramach rehabilitacji zawodowej i społecznej realizowana jest współpraca z innymi placówkami i organizacjami. Ponadto inicjowane są liczne przedsięwzięcia sportowe, artystyczne i krajoznawcze. Organizowane są:

- wyjścia do kina, muzeum, teatru,
- wyjazdy rekreacyjno-rehabilitacyjne,
- treningi i zawody sportowe,
- zajęcia w zespołach taneczno-teatralnych,

[38]Opis DPS w Borowej wsi znajduje się w podrozdziale Domy Pomocy Społecznej
[39] www.borowa-wies.pl/warsztaty-terapii-zajeciowej-w-borowej-wsi/

- zajęcia mające na celu integrację społeczną.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miłosierdzie Boże

NZOZ Miłosierdzie Boże działa przy Ośrodku dla Osób Niepełnosprawnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, świadcząc szereg usług medycznych i terapeutycznych dla osób z niepełnosprawnościami. Zakład dysponuje wykwalikowaną kadrą lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, logopedów, terapeutów zajęciowych oraz innych specjalistów[40].

Zakład Aktywności Zawodowej[41]

Środowiskowy Dom Samopomocy[42]

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie[43]

2.10. Problem ubóstwa

Ubóstwo definiowane jest jako sytuacja, w której osoba/rodzina/gospodarstwo domowe nie dysponuje wystarczającymi środkami pieniężnymi w postaci dochodów bieżących i dochodów z poprzednich okresów, ale także w formie nagromadzonych zasobów, co uniemożliwia zaspokojenie jej/ich potrzeb. Jednostki dotknięte ubóstwem, na skutek ograniczonych zasobów materialnych, kulturowych i społecznych, są wykluczone z minimalnie akceptowalnego sposobu życia w kraju, w którym mieszkają.

Czynnikiem decydującym o sytuacji materialnej jednostki i jej rodziny jest miejsce zajmowane na rynku pracy. Zjawiskiem ubóstwa zagrożone są wiec przede wszystkim osoby bezrobotne i ich rodziny. Większa liczba osób bezrobotnych w gospodarstwie domowym znacząco zwiększa ryzyko ubóstwa skrajnego. W tabeli 19 przedstawiono granice ubóstwa w latach 2011-2014.

Tabela 19. Granice ubóstwa dla wybranych typów gospodarstw w latach 2011-2014 (w zł)

	Gospodarstwa 1-osobowe			
Granice ubóstwa	2011	2012	2013	2014
Skrajnego (minimum egzystencji)	495	519	551	540
Relatywnego	692	693	706	713

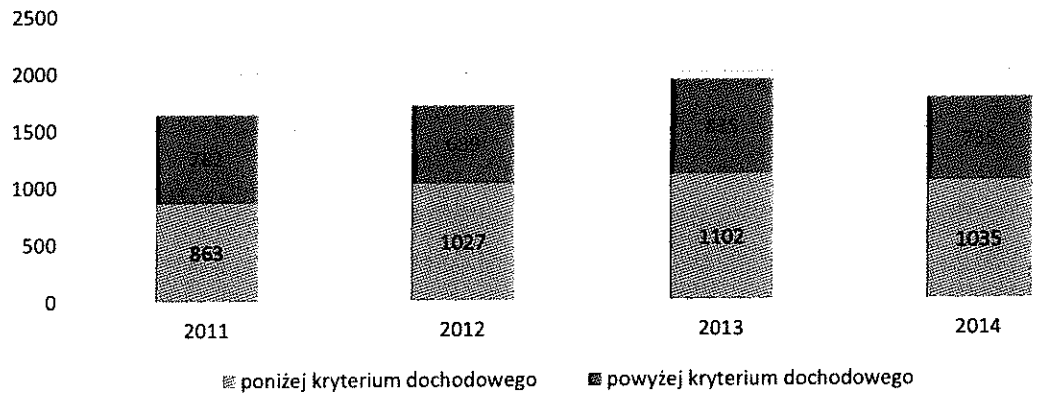
[40] www.borowa-wies.pl/niepubliczny-zaklad-opieki-zdrowotnej/
[41] ZAZ zostały scharakteryzowane w punkcie Jednostki organizacyjne pomocy społecznej
[42] ŚDS zostały scharakteryzowane w punkcie Jednostki organizacyjne pomocy społecznej
[43] Działalność oraz struktura PCPR zostały opisane w podrozdziale Instytucje gminne i powiatowe działające w bszarze pomocy społecznej

Gospodarstwa 1-osobowe				
Granice ubóstwa	2011	2012	2013	2014
Ustawowego	477	542	542	542
Gospodarstwa 4-osobowe (2 osoby dorosłe + 2 dzieci do lat 14)				
Granice ubóstwa	2011	2012	2013	2014
Skrajnego (minimum egzystencji)	1336	1401	1486	1458
Relatywnego	1868	1871	1906	1926
Ustawowego	1404	1824	1824	1824

Źródło: „Aneks tabelaryczny do opracowania sygnalnego Ubóstwo ekonomiczne w Polsce w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny.

Osoby dotknięte złą sytuacją finansową mogą uzyskać wsparcie z pomocy społecznej. W 2014 roku na terenie powiatu mikołowskiego wydano 554 decyzje o przyznaniu świadczeń z tytułu ubóstwa[44]. Na wykresie 52 przedstawiono ile rodzin korzystało z pomocy społecznej w latach 2011-2014.

Wykres 52. Gospodarstwa domowe korzystające z pomocy społecznej w powiecie mikołowskim w latach 2011-2014

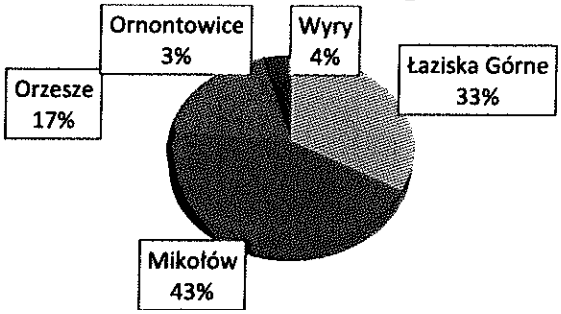


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

Od 2011 roku rosła liczba rodzin pobierających świadczenia społeczne, zarówno tych, które przekraczały kryterium dochodowe, jaki i gospodarstw domowych, których dochód nie przekraczał ustalonego limitu. W 2014 roku natomiast odnotowano spadek liczby rodzin korzystających z pomocy społecznej, co pozwala przypuszczać, że i w następnych latach w powiecie mikołowskim z pomocy społecznej korzystać będzie mniejsza liczba rodzin, na skutek polepszenia ich sytuacji finansowej. Na wykresie 53 przedstawiono liczbę gospodarstw w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego korzystających z pomocy społecznej w 2014 roku.

[44] Bank Danych Lokalnych

Wykres 53. Gospodarstwa domowe korzystające z pomocy społecznej w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

Największa grupa rodzin wspieranych ze środków pomocy społecznej zamieszkiwała Gminę Mikołów (764). Co trzecie wspomagane gospodarstwo domowe znajdowało się w Gminie Łaziska Górne. Członkowie jednej rodziny na cztery zameldowani byli w Gminie Orzesze. Najmniejsza liczba gospodarstw domowych wspieranych finansowo ze środków publicznych zamieszkiwała Gminę Wyry (76) oraz Gminę Ornontowice (43).

Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym korzystającym z pomocy społecznej w latach 2011-2014 nie ulegała znacznym zmianom, co przedstawiono na wykresie 54.

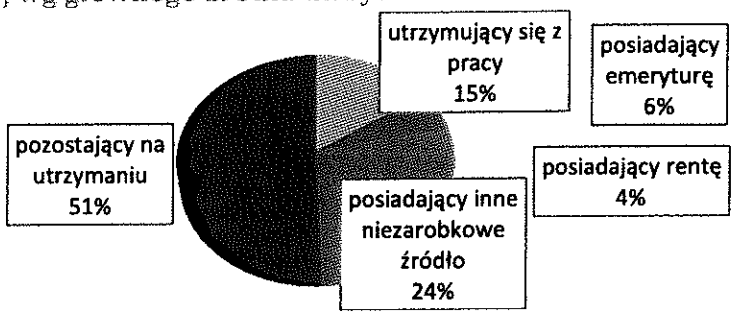
Wykres 54. Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym korzystającym z pomocy społecznej w powiecie mikołowskim w latach 2011-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

W pierwszym i ostatnim analizowanym roku przeciętna liczba osób w rodzinie wspieranej ze środków publicznych kształtowała się na poziomie 2,57. W pozostałych latach wskaźniki te nie różniły się znacząco. Jednocześnie spadek z wartości 2,65 w 2013 roku do 2,57 w roku 2014 pozwala oczekiwać, że w następnych latach odnotowywane będą również niższe wartości w stosunku do lat poprzednich. Na wykresie 55 przedstawiono strukturę tego wskaźnika wg głównego źródła utrzymania członków rodziny.

Wykres 55. Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym korzystającym z pomocy społecznej wg głównego źródła utrzymania osób w 2014 roku

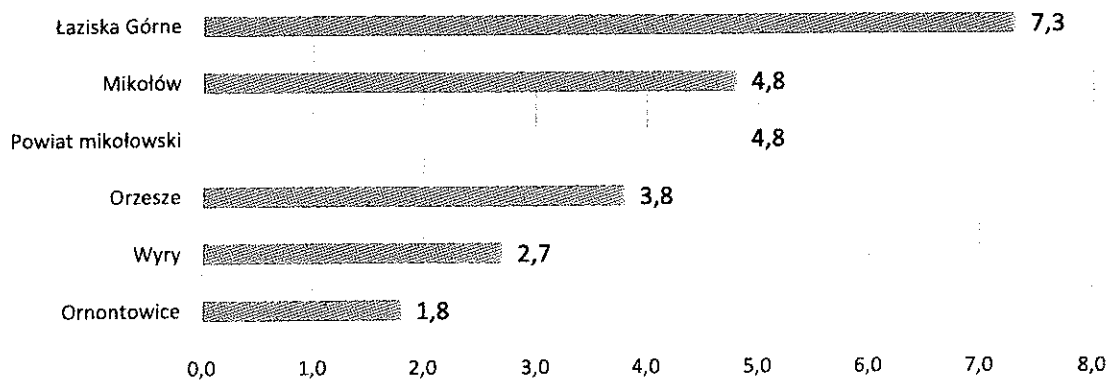


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

Największą grupę w rodzinach wspieranych z pomocy społecznej stanowiły osoby pozostające na utrzymaniu członków rodziny (1,3). Co czwarty mieszkaniec powiatu mikołowskiego wspierany finansowo ze środków publicznych posiadał inne niezarobkowe źródło (0,61). Mniej liczne grupy obejmowały osoby utrzymujące się z pracy (0,4), posiadający emeryturę (0,16) lub rentę (0,1).

Zasięg korzystania z pomocy społecznej to udział osób w gospodarstwach domowych korzystających z pomocy społecznej w ludności ogółem. Na wykresie 56 zaprezentowano wartość tego wskaźnika w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku.

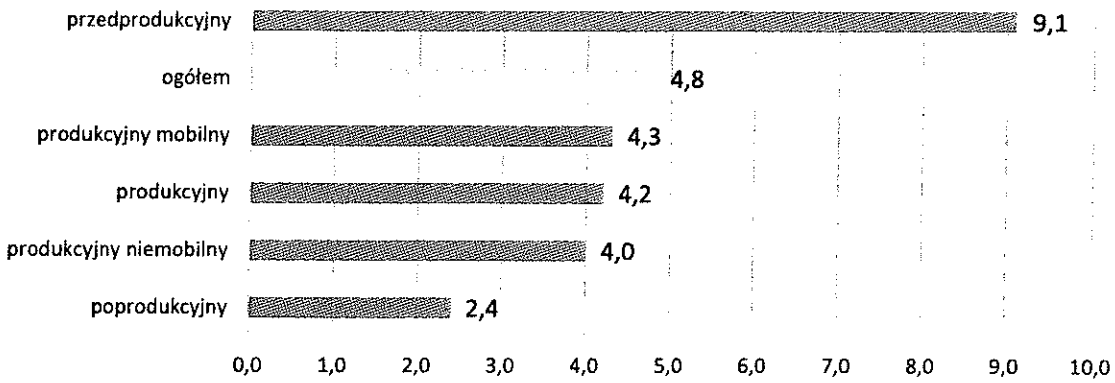
Wykres 56. Zasięg korzystania z pomocy społecznej w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

Największa grupa osób korzystających z pomocy społecznej (7,3%) odnotowana została w Gminie Łaziska Górne. Ze wsparcia publicznego korzystał również co dwudziesty mieszkaniec Gminy Mikołów. Mniejsze wartości wskaźnika zasięgu korzystania z pomocy społecznej dotyczą Gminy Orzesze (3,8%), Gminy Wyry (2,7%) oraz Gminy Ornontowice (1,8%). Jeżeli chodzi natomiast o ekonomiczne grupy wiekowe to wartości tego wskaźnika na poziomie powiatu przedstawiono na wykresie 57.

Wykres 57. Zasięg korzystania z pomocy społecznej wg ekonomicznych grup wieku w powiecie mikołowskim w 2014 roku (w %)

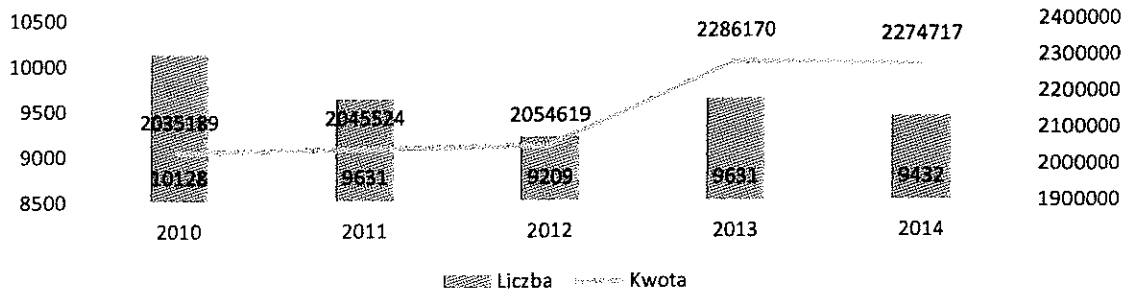


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

Największy zasięg korzystania z pomocy społecznej dotyczył osób w wieku przedprodukcyjnym, tj. niepracujące dzieci i młodzież z powiatu mikołowskiego (9,1%). Najmniejszą wartość wskaźnika odnotowano natomiast w odniesieniu do osób w wieku poprodukcyjnym, tj. kobiet powyżej 60. roku życia i mężczyzn powyżej 65. roku życia (2,4%). W przypadku osób w wieku produkcyjnym niewiele większy wskaźnik odnotowano dla osób w wieku mobilnym (4,3%).

Wśród innych form wsparcia osób znajdujących się w trudnej sytuacji mieszkaniowej jest dodatek mieszkaniowy. Jest to świadczenie pieniężne, które pozwala utrzymać mieszkanie w momencie, gdy najemca lub właściciel nie mogą samodzielnie pokryć wydatków na jego utrzymanie. Na wykresie 47 zaprezentowano jak zmieniały się kwoty i liczebność dodatków wypłacanych na terenie powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014.

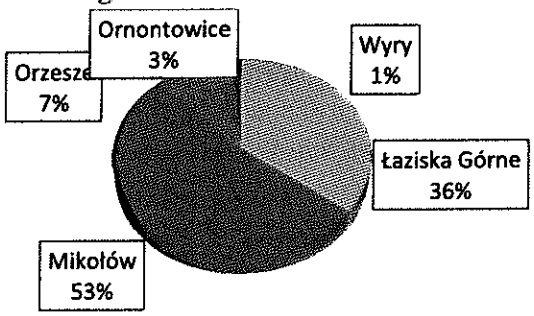
Wykres 58. Liczba i kwoty wypłaconych dodatków mieszkaniowych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 (w szt. i zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

W latach 2010-2014 liczba wypłacanych dodatków mieszkaniowych była zróżnicowana - największą odnotowano w roku 2010 (10 128), zaś najmniejszą w roku 2012 (9 209). W ostatnim analizowanym roku liczba tego typu świadczeń wprawdzie nie przyjmowała najmniejszej wartości w całym pięcioletnim okresie, jednakże była niższa od liczby z roku poprzedniego, co pozwala przypuszczać, że i w kolejnych latach liczba ta będzie się zmniejszać. Jednocześnie należy podkreślić, że kwoty wypłacanych dodatków dość znacznie wzrosły - od 2 035 189 zł w pierwszym analizowanym roku do 2 286 170 w roku 2013. W ostatnim rozpatrywanym roku ogólna wartość dodatków mieszkaniowych była mniejsza niż w roku go poprzedzającym, dlatego też można spodziewać się niewielkich zmian w latach kolejnych. Na wykresach 59 i 60 przedstawiono omówione wskaźniki dla poszczególnych gmin powiatu mikołowskiego w roku 2014.

Wykres 59. Liczba wypłaconych dodatków mieszkaniowych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku

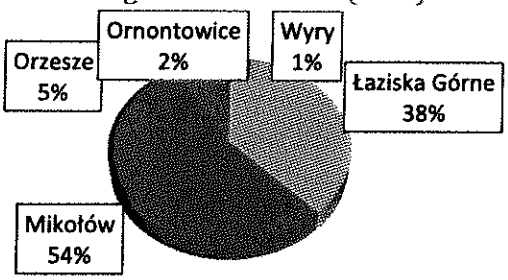


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

W 2014 roku najwięcej świadczeń w postaci dodatków mieszkaniowych wypłacono w Gminie Mikołów (4956). W Gminie Łaziska Górne liczba tego typu wsparcia była

mniejsza, jednakże nadal na wysokim poziomie (355). Znacznie mniej dodatków przekazano mieszkańcom gmin: Orzesze (689), Ornontowice (315) i Wyry (117). Dokładne wartości tych świadczeń zaprezentowano na wykresie 60.

Wykres 60. Kwoty wypłaconych dodatków mieszkaniowych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

Analogicznie, jak w przypadku liczby dodatków mieszkaniowych, najwyższe kwoty wypłacone zostały mieszkańcom Gminy Mikołów (1 225 225 zł), następnie Gminy Łaziska Górne (857 571 ZŁ). Niższe wartości wypłaconych dodatków dotyczyły natomiast osób zamieszkujących Gminę Orzesze (115 865 zł), Gminę Ornontowice (56 559 zł) oraz Gminę Wyry (19 947).

Tabela 20. Postępowania eksmisyjne i eksmisje z lokali mieszkalnych w zasobach gminnych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2013 roku

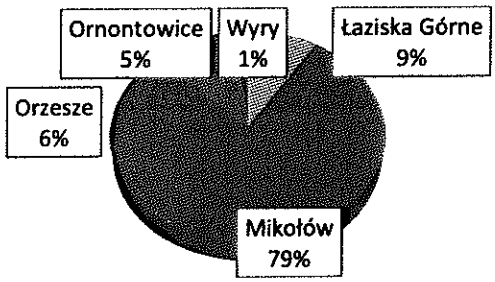
	postępowania eksmisyjne toczące się w sądzie	eksmisje orzeczone przez sąd	eksmisje wykonane
Powiat mikołowski	24	12	14
Łaziska Górne	5	3	0
Mikołów	12	4	14
Orzesze	0	3	0
Ornontowice	4	0	0
Wyry	3	2	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

W 2013 roku w powiecie mikołowskim w sądzie toczyły się 24 postępowania eksmisyjne, z których połowa w Gminie Mikołów, pięć w Gminie Łaziska Górne, cztery w Gminie Ornontowice i trzy w Gminie Wyry. Ponadto w tym samym roku sąd orzekł 12 eksmisji, z których cztery dotyczyły mieszkańców Gminy Mikołów, po trzy osoby mieszkające w Gminie Łaziska Górne i Gminie Orzesze, zaś dwie orzeczone zostały w stosunku do mieszkańców Gminy Wyry. Równocześnie wykonano 14 eksmisji – wszystkie w Gminie Mikołów.

Należy również wskazać, że w 2013 roku 1266 mieszkań w powiecie mikołowskim było przynajmniej częściowo zadłużonych. Podział na poszczególne gminy powiatu mikołowskiego zaprezentowano na wykresie 61.

Wykres 61. Liczba zadłużonych mieszkań w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2013 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL/GUS.

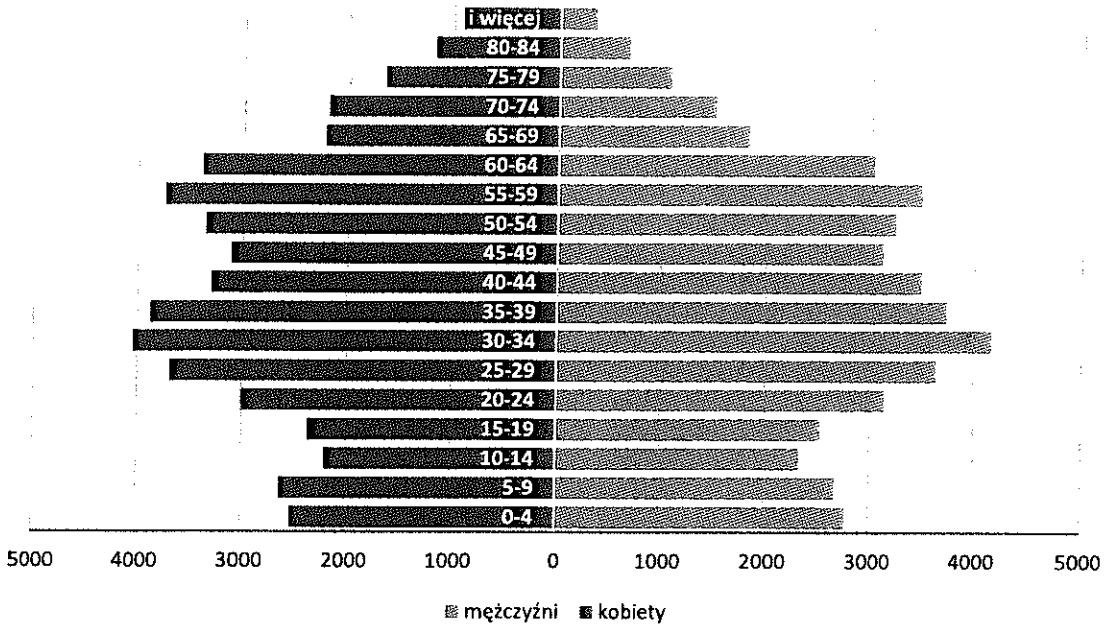
Zdecydowana większość zadłużonych mieszkań powiatu mikołowskiego (994) znajdowała się na terenie Gminy Mikołów, co stanowiło ponad 78% wszystkich tego typu lokali. Ponadto jedynie w Gminie Łaziska Górne liczba ich przekraczała 100, wynosiła bowiem 113. W pozostałych gminach, tj. Orzesze, Ornontowice i Wyry było ich znacznie mniej – odpowiednio 76, 65 i 18.

2.11. Problemy ludzi starszych i ich integracji

Od kilkudziesięciu lat w Polsce zauważalne jest zjawisko określane mianem niżu demograficznego. Niekorzystne zmiany demograficzne są efektem m.in. spadku przyrostu naturalnego, postępu cywilizacyjnego, wydłużania się trwania ludzkiego życia, a także ogólnej poprawy jakości życia i dostępności leczenia. Pośrednio na starzenie się społeczeństwa wpływa także szereg innych czynników, wśród których wymienić należy: poziom zamożności społeczeństwa, promowany model rodziny, aktywność zawodową kobiet, poziom opieki społecznej i ochrony zdrowia oraz wykształcenie ludności. W wyniku działania wymienionych kategorii czynników odnotowuje się zmiany w strukturze konsumpcji, ponadto wzrost zapotrzebowania na specyficzny rodzaj usług, zmniejszenie aktywności zawodowej, a także zwiększenie wydatków na utrzymanie rosnącej grupy poprodukcyjnej oraz zmiana struktur gospodarstw domowych. Wprawdzie w porównaniu z państwami Unii Europejskiej, Polska w kontekście demograficznym jest wciąż państwem młodym, jednakże zauważalne tendencje w ruchu naturalnym ludności, w dłuższej perspektywie będą prowadzić do spotęgowania procesu starzenia.

Na wykresie 62 przedstawiono strukturę wiekową w powiecie mikołowskim na koniec 2014 roku.

Wykres 62. Struktura wiekowa w powiecie mikołowskim w 2014 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Dominującą grupą wiekową w powiecie mikołowskim w 2014 roku, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn była kategoria: 30-34 lata. Jednakże niewiele mniejsze liczebności dotyczyły osób w wieku 55-59. Pokazuje to, że w kolejnych latach w powiecie mikołowskim zwiększać się będzie liczba seniorów. Dokładne dane liczbowe zaprezentowane zostały w tabeli 21.

Tabela 21. Struktura wiekowa w powiecie mikołowskim w 2014 roku

Grupa wiekowa	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
0-4	2771	2526	5297
5-9	2672	2630	5302
10-14	2328	2205	4533
15-19	2530	2363	4893
20-24	3143	2995	6138
25-29	3643	3678	7321
30-34	4166	4035	8201
35-39	3737	3873	7610
40-44	3496	3296	6792

Grupa wiekowa	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
45-49	3122	3100	6222
50-54	3239	3350	6589
55-59	3492	3737	7229
60-64	3024	3386	6410
65-69	1830	2224	4054
70-74	1510	2192	3702
75-79	1075	1646	2721
80-84	671	1171	1842
85 i więcej	341	910	1251

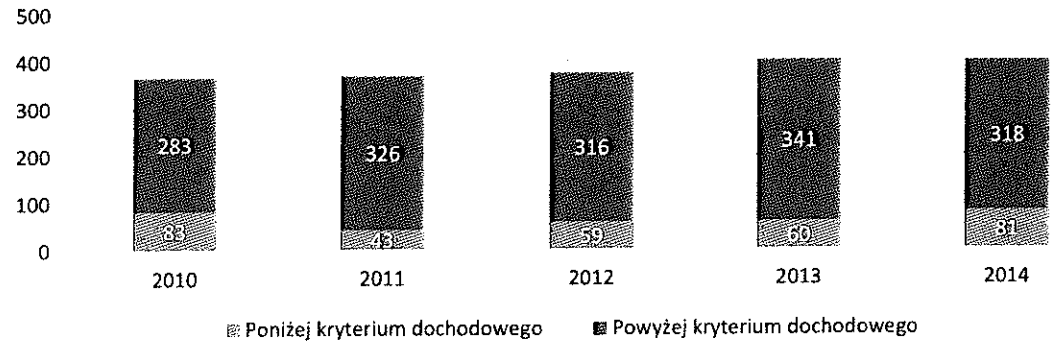
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Największymi problemami osób starszych są[45]:

- choroby, cierpienie,
- niesprawność, zależność,
- brak zabezpieczenia finansowego,
- osamotnienie,
- ograniczone możliwości,
- świadomość śmierci.

Mieszkańcy powiatu mikołowskiego, w tym również osoby starsze mogą ubiegać się o wsparcie finansowe z pomocy społecznej. Liczbę osób w wieku poprodukcyjnym, które w latach 2010-2014 korzystały z tego typu wsparcia przedstawiono na wykresie 63.

Wykres 63. Liczba osób w wieku poprodukcyjnym korzystających z pomocy społecznej w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

[45] P. Kubicki, M. Olcoń-Kubicka, *Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku*, Studia Humanistyczne AGH, Tom 8, 2010.

W okresie od 2010-2014 stopniowo wzrastała liczba osób w wieku poprodukcyjnym (tj. kobiety powyżej 60. roku życia i mężczyźni powyżej 65. roku życia) korzystających z pomocy społecznej. Zdecydowanie większą grupę stanowiły osoby, których dochód przekraczał ustalone kryterium. W 2014 roku z tego typu wsparcia korzystało 4612 mieszkańców powiatu mikołowskiego, z czego 399 stanowili seniorzy.

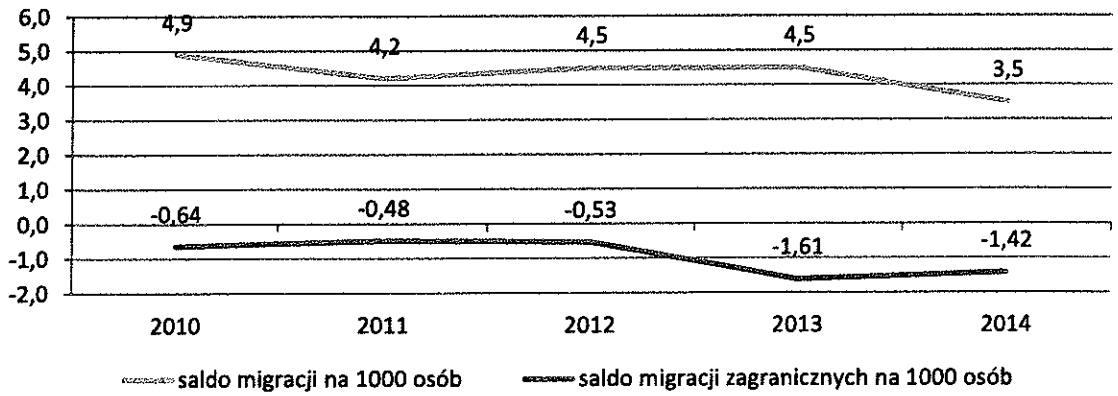
Ponadto osoby starsze mają prawo do korzystania z usług opiekuńczych, a seniorzy, którzy ukończyli 75. rok życia do pobierania zasiłku pielęgnacyjnego.

2.12. Problem migracji

Migracja jest to zjawisko przemieszczenia ludności, związane ze zmianą miejsca zamieszkania, tj. pobytu stałego lub czasowego, i połączone z przekroczeniem granicy administracyjnej podstawowej jednostki terytorialnej. Oznacza to, że migracją jest nie tylko zmiana kraju zamieszkania, ale również województwa, powiatu czy gminy. Natomiast zjawisko to nie odnosi się do zmiany adresu w ramach tej samej gminy miejskiej, wiejskiej, części miejskiej lub wiejskiej gminy miejsko-wiejskiej.

W latach 2010-2014 saldo migracji ogółem w powiecie mikołowskim było dodatnie, co oznacza, że więcej osób przybywało na teren powiatu niż z niego wyjeżdżało. W pięcioletnim analizowanym okresie najwyższy wskaźnik na 1000 osób zanotowano w roku 2010 (4,9), zaś najniższy w ostatnim rozpatrywanym roku na poziomie 3,5. Jeżeli chodzi o saldo migracji zagranicznych to wskaźnik ten przez ostatnie pięć lat przyjmował wartości ujemne. Należy jednocześnie podkreślić, że były one na bardzo niskim poziomie (od -1,61 w roku 2013 do -0,48 w roku 2011).

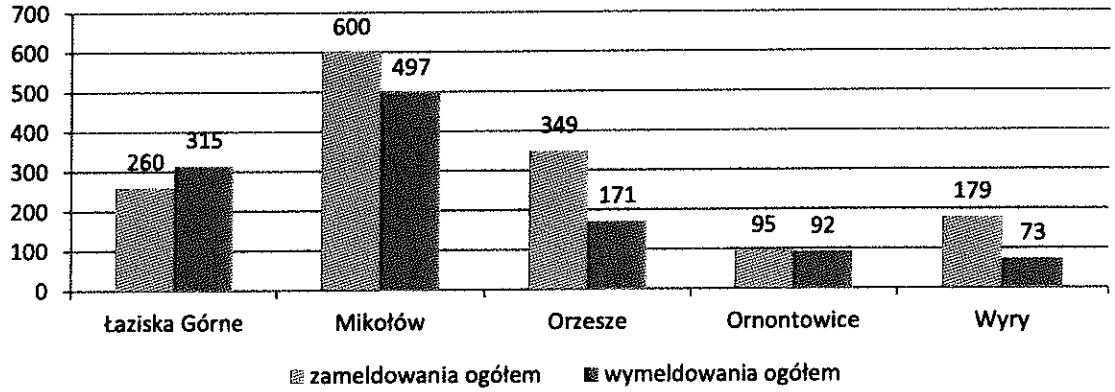
Wykres 64. Saldo migracji (ogółem i zagranicznych) w powiecie mikołowskim na 1000 osób



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

W 2014 roku jedynie w Gminie Łaziska Górne odnotowano większą liczbę wymeldowań niż zameldowań. W pozostałych gminach powiatu mikołowskiego różnica miedzy zameldowaniami i wymeldowaniami była dodatnia. Największa liczba osób zameldowana została w Gminie Mikołów (600), zaś najmniejsza w Gminie Ornontowice (95). Jeżeli chodzi o wymeldowania to największą liczbę wymeldowań zanotowano również w Gminie Mikołów (497), zaś najmniejszą w Gminie Wyry (73). Warto również podkreślić, że w tej ostatniej liczba zameldowań była ponad dwukrotnie większa od liczby wymeldowań.

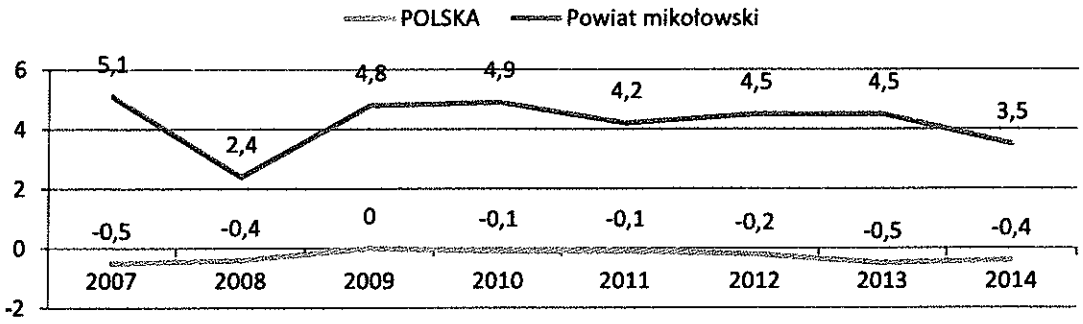
Wykres 65. Liczba zameldowań i wymeldowań w roku 2014 według gmin



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

W latach 2007-2014 saldo migracji ogółem w powiecie mikołowskim utrzymywało się na podobnym poziomie – wyjątek stanowił rok 2008, kiedy to wskaźnik odnotowany został na poziomie 2,4. W Polsce natomiast wskaźnik ten przyjmował wartości bliskie zera, co pozwala sformułować wniosek, iż sytuacja powiatu była w całym analizowanym okresie bardziej korzystna od sytuacji ogólnokrajowej.

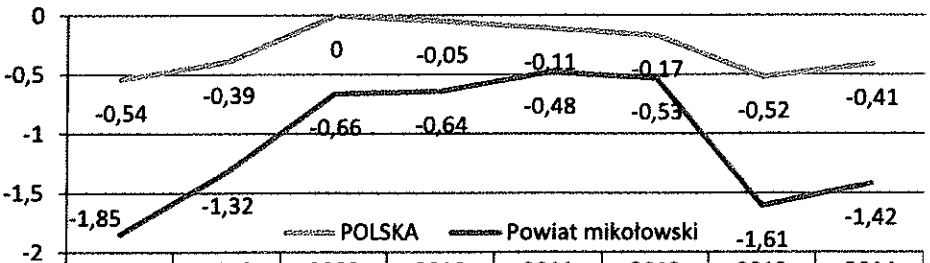
Wykres 66. Saldo migracji ogółem w powiecie mikołowskim i w Polsce na 1000 osób



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

Również w odniesieniu do migracji zagranicznych powiat mikołowski na tle kraju wypadał znacznie korzystniej. W całym analizowanym okresie saldo przyjmowało wprawdzie wartości ujemne (poza rokiem 2009 kiedy wartość ta była równa 0), jednakże najniższą wartość wskaźnika odnotowano zaledwie na poziomie -0,54 (w 2007 roku).

Wykres 67. Saldo migracji zagranicznych w powiecie mikołowskim i w Polsce na 1000 osób



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
POLSKA	-0,54	-0,39	0	-0,05	-0,11	-0,17	-0,52	-0,41
Powiat mikołowski	-1,85	-1,32	-0,66	-0,64	-0,48	-0,53	-1,61	-1,42

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL/GUS.

2.13. Przystosowanie do życia osób powracających z zakładów karnych i ośrodków opiekuńczo-wychowawczych

Osoby powracające z zakładów karnych

Skazany opuszczający zakład karny w chwili zwolnienia może ubiegać się o przyznanie pomocy materialnej. Wg przepisu ustawy Kodeks karny wykonawczy, kiedy zwalniany nie posiada wystarczającej ilości środków własnych i nie ma zapewnionych na wolności dostatecznych środków utrzymania, w chwili zwolnienia może otrzymać kwotę nieprzekraczającą 1/3 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia lub jej odpowiedni ekwiwalent, tj. stosowną do pory roku odzież, bieliznę, obuwie, bilet na przejazd, a także żywność na czas podróży do miejsca zamieszkania lub pobytu. Przeprowadzana wówczas diagnoza socjalna obejmuje również właściwości osobiste sprzyjające samodzielnemu pokonaniu trudności związanych z readaptacją społeczną. Pomoc w formie rzeczowej i pieniężnej udzielana jest następującym grupom osób zwalnianych:

- tymczasowo aresztowanym, w stosunku do których uchylony został środek zapobiegawczy,
- ukaranym, którzy odbywali kary od kilku dni do kilku miesięcy,
- skazanym, którzy odbywali krótkoterminowe kary,
- skazanym, którzy nie współpracowali z wychowawcą w ustaleniu swoich rzeczywistych potrzeb, ukrywali je, bądź nie umieli ich zakomunikować.

Ponadto w chwili zwolnienia skazany otrzymuje zarobki oraz wszelkie środki finansowe gromadzone podczas odbywania kary, które powinny być przeznaczone na przejazd do miejsca zamieszkania i na utrzymanie.

Do podstawowych usług istotnych w readaptacji społecznej osób opuszczających zakłady karne w obowiązującym systemie polityki społecznej zalicza się[46]:

a) zatrudnienie – powiatowy urząd pracy może przygotować indywidualny plan działania dla bezrobotnego,
b) zasiłek dla bezrobotnych,
c) indywidualny program zatrudnienia socjalnego lub zatrudnienie wspierane dla absolwentów CIS – zwłaszcza dla zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem,
d) wsparcie podczas podejmowania własnej działalności gospodarczej,

[46] I. Dybalska, *Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego – między diagnozą a działaniem. Seria poświęcona klientom pomocy społecznej. Poradnik dla służb społecznych.*

e) zagwarantowanie utrzymania osób pełnoletnich lub całkowicie niezdolnych do pracy z zakładu ubezpieczeń społecznych,
f) uprawnienia z ubezpieczenia społecznego – zaliczenie do wysługi emerytalno-rentowej okresów zatrudnienia w trakcie pozbawienia wolności, jak również okresów opłacania składek na podstawie innych przepisów,
g) świadczenia z pomocy społecznej – w 2014 roku wydano 26 decyzji dotyczących udzielenia świadczenia z pomocy społecznej w związku z trudnościami w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego[47],
h) świadczenia opieki zdrowotnej,
i) przeciwdziałanie przestępczości i ochrona ofiar m.in. zobowiązując osoby odbywające karę pozbawienia wolności w zakładach karnych za czyny związane ze stosowaniem przemocy w rodzinie do uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych,
j) przyznanie lokalu socjalnego przez władze gminne – w 2014 roku na terenie powiatu mikołowskiego do dyspozycji najbardziej potrzebujących mieszkańców były 262 mieszkania socjalne[48].

Wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych

Na terenie powiatu mikołowskiego znajduje się Dom Dziecka, będący placówką typu socjalizacyjnego bez miejsc interwencyjnych, w którym liczba miejsc wynosi 30, włączając w to dwa miejsca interwencyjne. Placówka obejmuje:

1. mieszkanie rodzinkowe w Orzeszu, przy ul. Wawrzyńca 87 – przeznaczone dla 11 wychowanków,
2. mieszkanie rodzinkowe w Łaziskach Górnych, przy ul. Leśnej 12 – przeznaczone dla 12 wychowanków,
3. mieszkanie rodzinkowe w Mikołowie, przy Oś. 30-Lecia 16/1 – przeznaczone dla 7 wychowanków.

W 2014 roku pod opieką placówki znajdowało się 28 dzieci, tj. 19 chłopców i 9 dziewcząt. Ponadto placówka wspierana była przez pięcioro wolontariuszy[49].

Placówki opiekuńczo – wychowawcze zajmują się organizowaniem wsparcia usamodzielnianym wychowankom rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej, przez wspieranie procesu usamodzielnienia.

[47] Bank Danych Lokalnych
[48] Bank Danych Lokalnych
[49] Bank Danych Lokalnych

Osoba pełnoletnia zostaje objęta pomocą mającą na celu jej życiowe usamodzielnienie i integrację ze środowiskiem przez pracę socjalną, a także pomoc:

a) pieniężną na usamodzielnienie,
b) pieniężną na kontynuowanie nauki,
c) w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym,
d) w uzyskaniu zatrudnienia,
e) na zagospodarowanie — w formie rzeczowej,
f) prawną i psychologiczną.

Wychowankom ośrodków opiekuńczo-wychowawczych przysługiwała wczesniej **pomoc pieniężna na usamodzielnienie**. Warunkiem jej uzyskania było zobowiązanie się osoby usamodzielnianej do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem, zatwierdzonego przez kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie. W jego realizacji wspierana była przez opiekuna usamodzielnienia, którym mógł być pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie, wychowawca, psycholog lub pracownik socjalny domu pomocy społecznej, schroniska dla nieletnich, zakładu poprawczego, specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego, specjalnego ośrodka wychowawczego, młodzieżowego ośrodka socjoterapii zapewniającego całodobową opiekę, młodzieżowego środka wychowawczego, albo inna osoba wskazana przez osobę usamodzielnianą.

Pomoc pieniężna na usamodzielnienie i pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki przysługiwała:

- osobie gospodarującej samotnie, której dochód nie przekracza 200% kwoty kryterium dochodowego,
- osobie mieszkającej w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza 200% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

Gdy osoba usamodzielniana kontynuowała naukę, pomoc pieniężną wypłaca się po ukończeniu nauki[50].

[50] www.mpips.gov.pl

2.14. Uchodźcy

Uchodźca jest to osoba, która przebywa poza krajem swojego pochodzenia ze względu na to, iż posiada uzasadnioną obawę przed prześladowaniem w ojczyźnie ze względu na rasę, religię, narodowość, poglądy polityczne lub przynależność do określonej grupy społecznej. Uchodźcę od emigranta wyróżnia fakt, iż jest on poniekąd zmuszony do opuszczenia kraju pochodzenia, podczas gdy emigrant najczęściej dobrowolnie decyduje się na zmianę kraju zamieszkania.

Uchodźcy przybywający na terytorium Polski mogą ubiegać się o świadczenia pieniężne z pomocy społecznej, które przysługują:

- cudzoziemcom mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zezwolenia na pobyt czasowy lub w związku z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej;
- posiadającym zgodę na pobyt ze względów humanitarnych lub zgodę na pobyt tolerowany;
- zidentyfikowanym przez organy ścigania jako ofiary handlu ludźmi.

Uchodźcy objęci są pomocą integracyjną obejmującą[51]:

- świadczenia pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego w wysokości od 606 zł do 1335 zł miesięcznie na osobę (od 1 października 2015 roku), przy czym wysokość świadczeń jest uzależniona od indywidualnej sytuacji cudzoziemca i liczby osób w rodzinie,
- opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- pracę socjalną,
- poradnictwo specjalistyczne, w tym poradnictwo prawne, psychologiczne oraz rodzinne,
- udzielanie informacji oraz wsparcia w kontaktach z instytucjami, w szczególności z instytucjami rynku pracy, ze środowiskiem lokalnym oraz organizacjami pozarządowymi,
- inne działania wspierające proces integracji cudzoziemca.

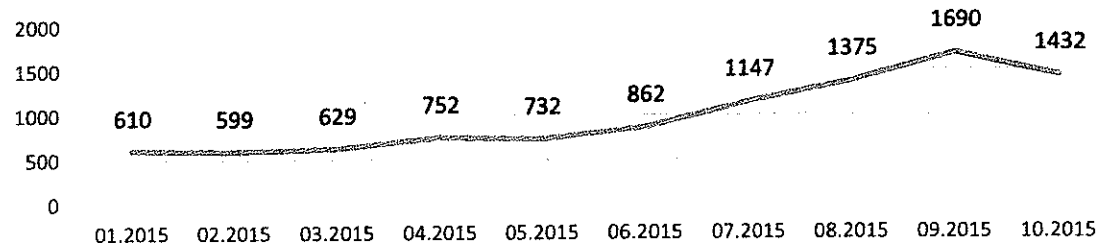
Jednocześnie pomoc integracyjna może zostać wstrzymana w wyniku wystąpienia następujących okoliczności:

[51] Art. 92 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

- uporczywe, zawinione niewykonywanie przez cudzoziemca zobowiązań przyjętych w programie przez okres do 30 dni,
- wykorzystywanie pomocy w sposób rażąco niezgodny z celem, na jaki została przyznana,
- udzielanie przez cudzoziemca nieprawdziwych informacji o swojej sytuacji życiowej – do czasu wyjaśnienia okoliczności udzielenia takich informacji,
- upłynięcie 30 dni pobytu cudzoziemca w zakładzie opieki zdrowotnej – do czasu opuszczenia przez niego zakładu,
- wszczęcie przeciwko cudzoziemcy postępowania karnego – do czasu prawomocnego zakończenia postepowania.

Problem uchodźctwa jest obecnie bardzo aktualnym tematem. z jednej strony wskazują na to liczne artykuły prasowe i obawy dotyczące napływu ludności z obszarów objętych konfliktem zbrojnym, zaś z drugiej strony – liczba osób starających się o status uchodźcy. Według danych prezentowanych przez Urząd do Spraw Cudzoziemców, liczba ta wyraźnie wzrasta w ostatnich miesiącach 2015 roku i od czerwca 2015 roku przekracza 1000 osób.

Wykres 68. Liczba osób starających się o status uchodźcy w 2015 roku (w układzie miesięcznym)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców.

Widocznym w całej Europie problemem jest efektywna integracja uchodźców reprezentujących inne kultury z obywatelami. Barierą jest zarówno język, jak i uprzedzenia, czy też inne prawo i tradycje. W celu zapewnienia asymilacji uchodźców, Polskie Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej zaproponowało *„Propozycje działań w kierunku stworzenia kompleksowej polityki integracji cudzoziemców w Polsce".*

Należy zauważyć, że Gmina Mikołów przyjęła aktywną postawę w zakresie przyjmowania uchodźców (w tym rodzin z Syrii), jako jedna z nielicznych jednostek samorządu terytorialnego województwa śląskiego[52].

3. Instytucje gminne i powiatowe działające w obszarze pomocy społecznej

Kluby Integracji Społecznej

Kluby Integracji Społecznej to podmioty wspierające zarówno osoby indywidualne, jak i ich rodziny w odbudowywaniu, podtrzymywaniu i powrocie do pełnienia ról społecznych oraz w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych. Jednostki takie działają na rzecz integrowania się osób, które mają podobne trudności i problemy życiowe. Uczestnicy KISów pomagają samoorganizować się ludziom w grupy, podejmować wspólne inicjatywy i przedsięwzięcia mające na celu aktywizację zawodową, uwzględniając tworzenie własnych miejsc pracy.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

PCPR[53] jest to jednostka powiatowa, która wykonuje zadania:

1) z zakresu pomocy społecznej,
2) z zakresu ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
3) z zakresu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
4) z zakresu administracji rządowej,
5) z zakresu administracji rządowej realizowanych przez Powiat.

Zadania PCPR w zakresie wykonywania zadań własnych powiatu z zakresu pomocy społecznej obejmują m.in.:

- opracowanie i realizację powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych, zwłaszcza w odniesieniu do wspierania osób niepełnosprawnych oraz osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka,
- prowadzenie specjalistycznego poradnictwa,
- szkolenie i doskonalenie zawodowe kadr pomocy społecznej z terenu powiatu,
- pomoc w integracji osobom mającym trudności w przystosowaniu się do życia,
- przyznawanie pomocy materialnej na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki osobom uprawnionym,
- pomoc cudzoziemcom,

---

[52] http://mikolow.naszemiasto.pl/artykul/uchodzcy-w-mikolowie-miasto-jest-na-tak-ale-czy-na-pewno,3556370,art,t,id,tm.html

[53] www.pcpr.mikolowski.pl

- prowadzenie domów pomocy społecznej, mieszkań chronionych, ośrodków interwencji kryzysowej,
- udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb.

Do zadań podmiotu z zakresu ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zstępczej zalicza się m.in.:

- opracowanie i realizację powiatowych programów dotyczących pieczy zastępczej,
- organizowanie wsparcia osobom usamodzielnianym,
- prowadzenie placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz placówek wsparcia dziennego,
- zapewnienie dzieciom pieczy zastępczej,
- organizowanie wsparcia dla rodzinnej pieczy zastępczej,
- wyznaczanie organizatora rodzinnej pieczy zastępczej.

Zadaniami PCPR w zakresie wykonywania zadań własnych powiatu z zakresu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie są m.in.:

- zapewnienie osobom dotkniętym przemocą w rodzinie miejsc w ośrodkach wsparcia oraz ośrodkach interwencji kryzysowej,
- opracowanie i realizacji programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- opracowanie i realizacja programów profilaktycznych.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie odpowiedzialne jest również za wykonywanie zadań z zakresu administracji rządowej, tj.:

- prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- pomoc cudzoziemcom, w tym w zakresie interwencji kryzysowej,
- realizacja zadań wynikających z rządowych programów wpierania,
- przeciwdziałanie patologii przemocy domowej.

Do zadań Centrum w zakresie wykonywania innych zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez Powiat należy:

- realizowanie zadań zmierzających do ograniczenia skutków niepełnosprawności,
- rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych,
- opracowywanie i realizacja programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych,
- współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych,
- dofinansowanie kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej.

Struktura Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

1. Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.
2. Dział ds. Osób Niepełnosprawnych, zajmujący się następującymi zadaniami:
   - rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych,
   - rehabilitacja zawodowa i zatrudnianie osób niepełnosprawnych,
   - kontrola prawidłowości realizacji zawartych umów z wnioskodawcami,
   - kontrola Warsztatów Terapii Zajęciowej,
   - opracowanie i monitoring funkcjonowania systemu kontroli zarządczej,
   - organizacja posiedzeń Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych,
   - opracowanie i realizacja programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych,
   - współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami,
   - sporządzanie wniosków do PFRON,
   - przygotowywanie niezbędnej dokumentacji.
3. Dział Kontroli i Obsługi placówek obsługuje domy pomocy społecznej w zakresie:
   - przyjmowanie wniosków dotyczących umieszczania osób w domach pomocy społecznej,
   - prowadzenie rejestru osób oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej,
   - prowadzenie postępowania administracyjnego i przygotowywanie decyzji w sprawie umieszczenia w domach pomocy społecznej,
   - sporządzanie decyzji administracyjnych o odpłatności za pobyt w domach pomocy – obsługa Środowiskowego Domu Samopomocy.

Prowadzi także kontrole o charakterze:

- kompleksowym, obejmując całokształt lub podstawowy zakres działalności kontrolowanej jednostki,
- problemowym, obejmując realizację jednego lub kilku wybranych zagadnień,
- doraźnym, obejmując zakres działań zapewniających badanie stwierdzonej nieprawidłowości bądź problemu,
- sprawdzającym, polegający na sprawdzeniu stopnia realizacji zaleceń wydanych w wyniku przeprowadzonej kontroli kompleksowej lub problemowej.

4. Dział Świadczeń, zajmujący się przygotowaniem niezbędnej dokumentacji w celu:
   - wydania decyzji administracyjnych określających wysokość miesięcznej pomocy pieniężnej na pokrycie kosztów utrzymania dziecka,

- kierowania dzieci do placówek opiekuńczo-wychowawczych,
- zawierania przez Dyrektora Centrum umów powierzania pod opiekę dzieci rodzinom zastępczym,
- ustalenia lub zwrotu wydatków w przypadku umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej.

5. Dział Pieczy Zastępczej, którego zadania sprowadzają się do:
   - organizowania opieki w rodzinach zastępczych,
   - kierowania kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej, niezawodowej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka na szkolenie,
   - przygotowania rodzin zastępczych na przyjęcie dziecka,
   - umożliwiania uzyskania porady w poradni specjalistycznej rodzinom zastępczym,
   - współpracy z sądem,
   - organizowania i prowadzenia specjalistycznego poradnictwa,
   - kierowania osób, prowadzenia i nadzoru nad mieszkaniami chronionymi,
   - zapewnienia czasowej opieki dzieciom,
   - tworzenia i wdrażania programów pomocy dziecku i rodzinom.
6. Dział Obsługi Finansowo-Księgowej i Kadr.
7. Dział Administracyjno-Prawny.
8. Ośrodek Interwencji Kryzysowej,
9. Biuro Europejskiego Funduszu Społecznego.

Domy Pomocy Społecznej

Dom Pomocy Społecznej w Borowej Wsi

Placówka przeznaczona jest dla 155 osób z niepełnosprawnością fizyczną. W domu pomocy mieszkają dzieci i młodzież w różnym wieku, podzieleni na kilka grup. Każda grupa jest pod nadzorem dwóch stałych wychowawców. Każdy z mieszkańców objęty jest programem postępowania usprawniającego, sformułowanego w postaci indywidualnego planu opiekuńczo-terapeutycznego. Ponadto wychowankowie mogą kształcić się na wszystkich szczeblach edukacji, tj. od przedszkola po uczelnie wyższe. Wychowawcy udzielają niepełnosprawnym osobom pomocy w następujących sferach aktywności[54]:

- spożywanie posiłków,
- wykonywanie toalety,
- prace porządkowe w pokojach mieszkalnych,

[54] www.borowa-wies.pl

- załatwianie spraw osobistych w poradniach, urzędach itd.,
- robienie zakupów,
- nauka,
- organizacja czasu wolnego,
- podtrzymywanie kontaktu z rodziną,
- nawiązywanie relacji ze środowiskiem zewnętrznym,
- podnoszenie ogólnej sprawności psychofizycznej.

Ponadto podejmowane są działania mające na celu integrację mieszkańców domu ze środowiskiem poprzez organizację oraz masowy udział w imprezach o charakterze kulturalno-oświatowym, religijnym, czy sportowym.

Dom Pomocy Społecznej w Orzeszu

Dom ten stanowi samorządową jednostkę organizacyjną, działającą w formie jednostki budżetowej. Jej organem prowadzącym jest Powiat Mikołowski. Za nadzór nad ośrodkiem odpowiedzialny jest Starosta wspierany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łaziskach Górnych. Przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Rodzaj i zakres świadczonych w Domu usług oraz warunki bytowe dostosowane są do rodzaju i stopnia niepełnosprawności mieszkańców. Podmiot podzielony jest na pięć zespołów opiekuńczych oraz Hostel dla osób, które są w stanie prowadzić w miarę samodzielne życie. W zależności od schorzenia podopieczni mają zagwarantowaną opiekę lekarza specjalisty oraz lekarza rodzinnego. Dom składa się z pokoi jedno, dwu, trzy i czteroosobowych, urządzonych w taki sposób, aby jak najwierniej oddać atmosferę domową. Mieszkańcy Domu posiadają samorząd, za pośrednictwem którego mogą wypowiadać się w sprawach dotyczących organizacji opieki, wyżywienia, zagospodarowania czasu wolnego, czy porządku.

Dom dysponuje szerokim zapleczem rehabilitacyjnym, w skład którego wchodzi: sala do ćwiczeń ogólnokondycyjnych i sala rehabilitacyjna do zajęć indywidualnych. Ćwiczenia prowadzone są w ramach działów: kinezyterapii, fizykoterapii, hydroterapii i masażu[55].

Dom Opieki „Maria"

Jest to prywatna placówka opieki dla osób starszych, która mieści się na obrzeżu Mikołowa. W promieniu 15 kilometrów od ośrodka znajdują się takie miasta jak: Katowice, Tychy oraz Gliwice. Podmiot dysponuje 2- i 3-osobowymi pokojami, o wysokim standardzie wyposażenia, posiadającymi łazienkę i WC. Ponadto na wyposażenie każdego pokoju składają się: jednoosobowe łóżka, nocne stoliki, szafa,

[55] www.dpsorzesze.pl

lampki nocne, radio, stoliki, krzesło. W domu do dyspozycji seniorów pozostają: przestronna jadalnia, gabinet lekarski, kącik rehabilitacyjny, telefon, stanowisko internetowe z możliwością porozumienia się rodzin poprzez Skype'a, świetlica z TV oraz kapliczka. Na zewnątrz mieszkańcy mogą wypoczywać w ogrodzie z kącikiem grillowym. Podopieczni ośrodka zapewnione mają: pięć posiłków dziennie, owoce, napoje, ciasteczka, kawę, herbatę, opiekę lekarza (rodzinnego, logopedy, psychologa i psychiatry, reumatologa, chirurga ortopedy, rehabilitacji), a także pomoc w załatwianiu spraw osobistych. Dom przeznaczony jest dla 35 osób[56].

Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy i Rehabilitacyjny im. Świętego Ojca Pio

Placówka została założona przez rodzinę Jurowicz w 2006 r. Oferuje 6 pokoi, w których może przebywać 19 osób wymagających całodobowej opieki i pielęgnacji. Zakład prowadzi także rehabilitację ruchową na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego.

Dom Dziecka w Orzeszu

Dom Dziecka w Orzeszu[57] jest jednostką organizacyjną mikołowskiego Starostwa Powiatowego funkcjonującą od ponad 60 lat. Placówka najczęściej obejmuje opieką tzw. sieroty społeczne, tj. dzieci, których rodzice żyją, jednak ze względu na swoją dysfunkcyjność nie gwarantują sprawowania właściwej opieki nad swoimi dziećmi. Szczególny nacisk kładziony jest na współpracę z rodzinami biologicznymi poprzez zwiększanie odpowiedzialności rodziców za dzieci. Docelowym zadaniem Domu jest przygotowanie wychowanków do życia w społeczeństwie i rodzinie. Placówka obejmuje:

1. mieszkanie rodzinkowe w Orzeszu,
2. mieszkanie rodzinkowe w Łaziskach Górnych,
3. mieszkanie rodzinkowe w Mikołowie.

Miejskie/Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej

Ośrodki Pomocy Społecznej są samorządowymi jednostkami budżetowymi, które powołuje się do realizacji zadań pomocy społecznej, a także zadań związanych z realizacją świadczeń rodzinnych, zadań związanych z realizacją zaliczki alimentacyjnej oraz prowadzenia postępowań wobec dłużników alimentacyjnych. Ośrodki finansowane są z budżetów gmin, co oznacza, że wydatki pokrywane są bezpośrednio z budżetu miasta/gminy, a także dochody odprowadzane są na rachunek budżetu miasta/gminy. Ośrodki prowadzą gospodarkę finansową na zasadach ustalonych dla jednostek

[56] www.domopiekimaria.pl
[57] www.ddorzesze.pl

budżetowych. Pracą ośrodków kierują kierownicy, będący zarządcami i reprezentantami jednostek na zewnątrz. Zadania własne gminy realizowane przez ośrodki to:

- opracowanie i realizacja gminnych strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka;
- sporządzanie oceny w zakresie pomocy społecznej;
- udzielanie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków okresowych;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom niemającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego;
- opłacanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem;
- praca socjalna;
- organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych;
- dożywianie dzieci;
- sprawienie pogrzebu, w tym osobom bezdomnym;
- kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu;
- pomoc osobom mającym trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, również w formie dokumentu elektronicznego, z zastosowaniem systemu teleinformatycznego;
- utworzenie i utrzymywanie ośrodka pomocy społecznej, w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych;
- opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do zadań zleconych należą natomiast:

- organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków związanych z klęską żywiołową lub ekologiczną;
- prowadzenie i rozwój infrastruktury środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych, a także udzielanie schronienia, posiłku oraz niezbędnego ubrania cudzoziemcom, o którym mowa w art. 5a;
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych, a także udzielanie schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania cudzoziemcom, którym udzielono zgody na pobyt ze względów humanitarnych lub zgody na pobyt tolerowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- wypłacanie wynagrodzenia za sprawowanie opieki.

W strukturze Ośrodków Pomocy Społecznej funkcjonują Działy Świadczeń Rodzinnych i Funduszu Alimentacyjnego, które zajmują się przyznawaniem świadczeń rodzinnych, do których należą:

- zasiłek rodzinny,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- świadczenie pielęgnacyjne,
- jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka.

Ponadto ośrodki odpowiedzialne są za prowadzenie Placówek Wsparcia Dziennego, przeznaczonych dla dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół, zamieszkujących na terenie danej gminy, wywodzących się z rodzin kwalifikujących się do pomocy społecznej z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, zwłaszcza z rodzin ubogich, wielodzietnych, rozbitych, niepełnych, zagrożonych patologią społeczną.

Na terenie powiatu mikołowskiego znajduje się pięć Ośrodków, tj.:

- Ośrodek Pomocy Społecznej w Łaziskach Górnych, ul. Energetyków 5,
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mikołowie, ul. Kolejowa 2,
- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ornontowicach, ul. Żabik 9,
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Orzeszu, ul. Rynek 2a,
- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyrach, ul. Dąbrowszczaków 107.

Spośród programów prowadzonych przez powyższe placówki, warto wyróżnić program Liczna Rodzina.

Celem programu jest:

- wspieranie rodzin wielodzietnych i poprawa warunków ich życia,
- zwiększenie szans rozwojowych dzieci i młodzieży wychowujących się w rodzinach wielodzietnych,
- kształtowanie pozytywnego wizerunku rodziny, zwłaszcza rodziny wielodzietnej,
- promocja rodzin wielodzietnych i wzmacnianie działań na rzecz wspierania ich kondycji,
- ułatwianie rodzinom wielodzietnym dostępu do kultury, sportu i rekreacji oraz do innych dóbr i usług na preferencyjnych warunkach[58].

Placówki Wparcia Dziennego i Świetlice Środowiskowe

Świetlica stanowi placówkę opiekuńczo-wychowawczą, prowadzącą zorganizowaną działalność w celu racjonalnego wykorzystania czasu dzieci i młodzieży. Przeznaczona jest zarówno dla uczniów mających problemy z zaburzeniami zachowania, czy wychowujących się w warunkach niekorzystnych dla ich rozwoju, ale również dojeżdżający do szkół oraz dla dzieci, których rodzice nie są w stanie zapewnić opieki w czasie wolnym od zajęć szkolnych. Świetlica profilaktyczno-wychowawcza, będąca publiczną placówką opiekuńczo-wychowawczą wsparcia dziennego, wspiera rodziny w sprawowaniu ich podstawowych funkcji opiekuńczo-wychowawczych, udziela wsparcia dzieciom pochodzącym z rodzin znajdujących się w trudnych sytuacjach, zapewnia pomoc rodzinie i dzieciom sprawującym problemy wychowawcze, a także optymalne warunki rozwoju fizycznego, psychicznego i poznawczego. Podmiot współpracuje z: rodzinami dzieci i ich opiekunami prawnymi, szkołami i innymi placówkami oświatowymi, sądami rodzinnymi, stowarzyszeniami i innymi organizacjami prowadzącymi działalność na rzecz dzieci i młodzieży, innymi osobami i podmiotami działającymi w środowisku lokalnym. Wychowankowie mogą uczestniczyć w następujących formach pracy:

- zajęcia wychowawcze,
- zajęcia korekcyjno-kompensacyjne,
- indywidualne zajęcia korekcyjne,
- zajęcia w grupach zainteresowań,
- zajęcia socjoterapeutyczne grupowe,

[58] *Czym jest "LICZNA RODZINA"*, http://www.mops.mikolow.pl

- indywidualna terapia wychowanków.

Ponadto świetlice pełnią kilka zasadniczych funkcji:

- opiekuńcza,
- wychowawcza,
- dydaktyczna,
- profilaktyczna,
- kompensacyjna.

Na terenie powiatu mikołowskiego znajdują się:

- Świetlica Profilaktyczno-Wychowawcza w Łaziskach Górnych ul. Wyszyńskiego 8; 43-170 Łaziska Górne ,
- Placówka Wsparcia Dziennego Świetlica Opiekuńczo-Specjalistyczna w Mikołowie ul. Konstytucji 3 Maja 40, 43-190 Mikołów,
- Świetlica Profilaktyczno-Wychowawcza i Terapeutyczna w Ornontowicach, ul. Zwycięstwa 7c, 43-178 Ornontowice,
- Placówka Wsparcia Dziennego „Przystań" w Orzeszu ul. św. Wawrzyńca 23, 43-180 Orzesze ,
- Gminna Świetlica Środowiskowa w Wyrach ul. Ks. Bojdoła 3a, 43-175 Wyry ,
- Gminna Świetlica Środowiskowa w Gostyni ul. Pszczyńska, 368 43-176 Gostyń .

4. Analiza działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

W poprzednim podrozdziale przedstawione zostały zadania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Podczas wywiadów indywidualnych dokonano natomiast analizy ich działania.

Analizowany podpunkt został opracowany na podstawie przeprowadzonych indywidualnych wywiadów pogłębionych z przedstawicielami samorządu terytorialnego, mającymi wiedzę i kompetencje do udzielania odpowiedzi na pytania wywiadu. Oznacza to, że w badaniu wzięli udział przedstawiciele z Mikołowa, Orzesza, Wyr, Ornontowic, Łazisk Górnych oraz Starostwa Powiatowego.

Pierwszym z celów indywidualnych wywiadów pogłębionych było określenie jakie są zadania, funkcje oraz możliwości rozwoju Ośrodków Pomocy Społecznej działających na terenie powiatu mikołowskiego. Wskazywano, że do ich podstawowych obowiązków należy przeciwdziałanie zjawisku wykluczenia społecznego. Podkreślono również, że realizują szereg działań interdyscyplinarnych.

„OPS realizuje podstawowe zadania z zakresu pomocy społecznej takie jak m.in. przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. (...) Ważnym aspektem działalności są działania interdyscyplinarne: sektora edukacji, systemu ochrony zdrowia, policji, samorządu terytorialnego, poradni psychologiczno-pedagogicznych, organizacji pozarządowych, (...) działania wielosystemowe i wieloinstytucjonalne. Nacisk kładzie się przede wszystkim na profilaktykę, czyli zapobieganie przyczynom negatywnych zjawisk społecznych."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Zwrócono uwagę, że rozwój OPS w dużym stopniu zależy od środków finansowych, będących w posiadaniu władz samorządowych.

„Możliwości ich [OPS] rozwoju uzależnione są od aktualnego ustawodawstwa oraz środków finansowych będących do dyspozycji gminy – chodzi zarówno o środki własne, europejskie, jak i dotacje i subwencje budżetowe."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Jeden z respondentów podkreślił, że zarówno Ośrodki Pomocy Społecznej, jak i Powiatowe Centrum Pomocy Społecznej prowadzą swoją działalność w odpowiedni sposób.

„Obie instytucje [OPS i PCPR] działają bardzo efektywnie"

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Respondentów poproszono także o ocenę działalności Ośrodków Pomocy Społecznej i Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w zakresie minimalizowania problemów społecznych oraz o wskazanie działań, jakie należy podjąć w celu zwiększenia efektywności prowadzonych działań. Szczególną uwagę zwrócono na problemy związane z bezdomnością, uzależnieniami, przemocą, niepełnosprawnością oraz starzeniem się społeczeństwa, które w istotny sposób wpływają na wykluczenie z życia społecznego. Podkreślono, że jeszcze większy nacisk powinno położyć się na działania ułatwiające funkcjonowanie rodzinom, będącym w trudnych sytuacjach, a także ogólne działania zapobiegające zjawiskom wpływającym na wykluczenie społeczne.

Główne obszary działania to: długotrwałe bezrobocie, uzależnienia i przemoc, bezdomność, niepełnosprawność (...) Pojawiają się problemy opiekuńczo-wychowawcze. Chodzi przede wszystkim o rodziny niepełne czy zjawisko „eurosieroctwa" (jeden rodzic wyjeżdża do pracy za granicą, drugi opiekuje się dzieckiem). Innym obszarem problemowym są osoby niepełnosprawne w aspekcie ich integracji społecznej.

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

„Główne problemy to długotrwałe bezrobocie oraz uzależnienie od alkoholu, jak również osoby samotne w wieku podeszłym."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

„Najważniejsze problemy to: bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, uzależnienia, przemoc, dysfunkcje opiekuńczo-wychowawcze i starzenie się społeczeństwa. Wykluczenie społeczne to spory problem. Warto by wzmocnić wsparcie instytucjonalne skierowane bezpośrednio do rodziny. Na pewno należałoby wzmocnić wszelkiego rodzaju działania profilaktyczne w tym zakresie. Chodzi o szybkość reakcji na negatywne zjawiska. Zgodnie z zasadą im szybciej, tym lepiej. Bezdomność stanowi również problem. Na terenie (...) powiatu mikołowskiego nie ma schroniska dla bezdomnych czy noclegowni. Osoby dotknięte tym problemem musimy kierować do ościennych powiatów. Bezrobocie w liczbach bezwzględnych spada, choć do instytucji pomocy społecznej zgłasza się coraz większa liczba osób bezrobotnych z prośbą o pomoc. Jest to pewien paradoks wymagający pogłębionych badań.

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Jeżeli chodzi natomiast o ocenę dotychczas podejmowanych działań to w opinii respondentów jest ona dobra.

„Instytucje takie jak OPS i PCPR zaspokajają podstawowe potrzeby w tym zakresie. Problemy społeczne są dość skutecznie minimalizowane."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Jednocześnie uczestnicy badań jakościowych wskazali, że w najbliższej przyszłości na terenie powiatu mikołowskiego nie planuje się uruchomienia nowych instytucji działających w obszarze pomocy społecznej.

„Nie planujemy uruchomienia nowych instytucji."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

„Nie planujemy uruchomienia nowych instytucji. Jednak podejmujemy działania rozbudowywania dotychczasowych programów w ramach CIS. Do tej pory w Centrum działały grupy pracujące w ramach sekcji: tereny zielone, grupa budowlana. Staramy się rozszerzyć nasz obszar działania o grupę gastronomiczną."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego z powiatu mikołowskiego poproszono o wskazanie najbardziej i najmniej efektywnych form wsparcia osób, których dotyczy problem wykluczenia społecznego. Zwrócono uwagę na fakt, iż najbardziej odpowiednie wydają się być działania bezpośrednie, jak np. pomoc w poszukiwaniu pracy, czy organizowanie pracy socjalnej. Jest to aspekt niezwykle istotny ze względu na to, że brak odpowiedniej ilości środków pieniężnych potrzebnych na przeżycie w dużym stopniu wpływa na zagrożenie wykluczeniem społecznym, a praca pozwala na ich pozyskanie. Stąd też instytucje publiczne kładą duży nacisk na pomoc w tym zakresie.

„Bezpośrednia praca z uczestnikami, a przede wszystkim praca w terenie. To najlepiej weryfikuje chęć beneficjentów do podjęcia w dalszych etapach programu normalnego zatrudnienia."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

„Najbardziej efektywną metodą w stosunku do osób bezrobotnych jest wskazanie im konkretnej pracy. Służy temu m.in. program tzw. pracy użytecznej społecznie. W programie w skali roku bierze udział ok. 35 osób – kobiet i mężczyzn. Zastanawiamy się nad wzmocnieniem Programu Aktywizacji Indywidualnej, w którym chodzi o wsparcie instytucyjne kobiet i mężczyzn i sprofilowanie działań innych dla kobiet oraz innych dla mężczyzn."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

„Najbardziej efektywną formą pomocy jest pomoc kompleksowa. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu współpraca z organizacjami pozarządowymi o zasięgu ogólnopowiatowym jak „Zmiana" czy „Powrót". Chodzi tutaj o współpracę różnych instytucji administracyjnych i trzeciego sektora przy rozwiązywaniu problemów społecznych. GOPS w sposób kompleksowy pomaga potrzebującym ze względu na to, że skupia w swoich rękach cały obszar polityki społecznej w gminie."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Najbardziej efektywną formą pomocy jest praca socjalna. Praca socjalna skierowana jest do konkretnej jednostki, rodziny czy nawet grupy społecznej. Polega to na szczegółowej diagnozie sytuacji oraz wdrożeniu działań naprawczych mających przywrócić do normalnego funkcjonowania jednostkę, rodzinę czy nawet grupę społeczną. Ten model reintegracji społecznej jest coraz skuteczniejszy. (...) Ważnym aspektem naszej działalności jest zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu np. kulturalnych. Ten rodzaj działalności świetnie sprawdza się w przypadku pomocy i integracji rodzin dysfunkcyjnych.

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Podkreślono jednak, że są pewne działania, które w żaden sposób nie przyczyniają się do reintegracji społecznej osób wykluczonych. W opinii respondentów problem stanowi brak mieszkań socjalnych oraz brak noclegowni dla osób bezdomnych na terenie powiatu.

„Najmniej efektywne w aspekcie bezdomności jest przebywanie osób bezdomnych poza terenem gminy. To w dużej mierze uniemożliwia ich reintegrację społeczną. Innym aspektem tego zjawiska jest brak mieszkań socjalnych."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Za nieefektywne uznano również zmuszanie osób uzależnionych do leczenia.

„Najmniej efektywną metodą wobec ludzi uzależnionych od alkoholu jest przymusowe leczenie."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Uczestnicy badania jakościowego wykazywali zróżnicowane podejście do różnego rodzaju wsparcia finansowego. Jedni twierdzili, że taka forma pomocy jest efektywna, inna natomiast uznali ją za nieefektywną.

„Zasiłki są również skuteczną metodą pomocy dla osób pozbawionych środków do życia."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

„Najmniej efektywne jest dawanie osobom wykluczonym zasiłków celowych."

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

Dużo mniej efektywne są różnego rodzaju zasiłki.

Źródło: IDI z przedstawicielami JST

5. Organizacje pozarządowe

W 2014 roku w powiecie mikołowskim działalność prowadziły 152 organizacje pozarządowe[59]:

- stowarzyszenia o charakterze rejestrowanym – 98; do tej grupy zaliczono także ochotnicze straże pożarne (18) oraz oddziały terenowe (15);
- związki stowarzyszeń – 2;
- stowarzyszenia zwykłe – 10;
- stowarzyszenia kultury fizycznej, do których zaliczono kluby sportowe zarejestrowane w Krajowym Rejestrze Sądownictwa – 14;
- kluby sportowe nieprowadzące działalności gospodarczej – 10;
- uczniowskie kluby sportowe – 6;
- fundacje – 12.

W tabeli 22 przedstawiono wybrane organizacje pozarządowe prowadzące działania na terenie powiatu mikołowskiego.

[59] Diagnoza potrzeb obszaru funkcjonalnego Powiatu Mikołowskiego

Tabela 22. Organizacje pozarządowe podejmujące działania na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym

Łaziska Górne

1. Centrum Rozwoju Dzieci i Młodzieży
2. Centrum Społecznego Rozwoju
3. Fundacja Pracownicza PRO-EKO
4. Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego „Promoc"
5. Fundacja „Brajlówka"
6. Stowarzyszenie na rzecz Osób Niepełnosprawnych „Białe Misie"
7. Klub Abstynentów „Pierwszy Krok"

Mikołów

8. Fundacja „Stonoga"
9. Fundacja Mierz Wyżej
10. Integracyjny Klub Sportowy „Jeźdźcy"
11. Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki „Zmiana"
12. Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR" – Biuro Regionalne – Województwo Śląskie
13. Stowarzyszenie Św. Józefa „Jesteśmy"
14. Stowarzyszenie „Uśmiech"
15. Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym. Koło w Mikołowie
16. Mikołowskie Towarzystwo Charytatywne
17. Stowarzyszenie na rzecz Integracji i Aktywizacji „Tęcza"
18. Stowarzyszenie „Siloe"
19. Zakład Aktywności Zawodowej (jednostka prowadząca: Caritas Archidiecezji Katowickiej)
20. Polski Komitet Pomocy Społecznej – Zarząd Miejski
21. Klub Abstynenta „Powrót"
22. Fundacja „Alta Capella Nicopolensis"
23. Stowarzyszenie na rzecz Osób Niesłyszących i Niedosłyszących
24. Ośrodek dla osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże
25. Stowarzyszenie Pomocna Dłoń Krystyn i Sympatyków

Gmina Orzesze

26. Stowarzyszenie „Wystarczy Być"
27. Stowarzyszenie Rodzin Abstynenckich „Wyzwolenie"
28. Stowarzyszenie Razem=Łatwiej

Gmina Ornontowice

29. Forum Aktywności Społecznej Ornontowic

Źródło: www.bazy.ngo.pl

Centrum Rozwoju Dzieci i Młodzieży w Łaziskach Górnych

Jest to fundacja, która została powołana w celu niesienia pomocy rodzinom i opiekunom prawnym w zakresie prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Wspiera również inne podmioty, zwłaszcza osoby niepełnosprawne, dyskryminowane i zagrożone wykluczeniem społecznym[60].

Centrum Społecznego Rozwoju w Łaziskach Górnych

Głównym celem działania tego stowarzyszenia jest wspieranie rozwoju społeczno-gospodarczego regionu województwa śląskiego. Celami szczegółowymi są m.in.[61]:

- prowadzenie działalności w zakresie pomocy społecznej, przede wszystkim zaś przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, aktywizacja grup marginalizowanych społecznie oraz młodzieży, działania na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej grup marginalizowanych społecznie, szczególnie osób długotrwale bezrobotnych i niepełnosprawnych,
- wspieranie osób i rodzin w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych,
- współpraca międzynarodowa w zakresie kształcenia ustawicznego, wymiany kulturowej, turystyki oraz wyrównywania szans grup marginalizowanych,
- wspieranie inicjatyw społecznych, gospodarczych i politycznych, których celem jest rozwój społeczności ze szczególnym naciskiem na pomoc społeczną, kulturę i przedsiębiorczość,
- aktywizacja środowiska lokalnego na rzecz walki z uzależnieniami. profilaktyka uzależnień dorosłych młodzieży.

Fundacja Pracownicza PRO-EKO

Podstawowym celem funkcjonowania fundacji jest niesienie pomocy pracownikom Elektrowni Łaziska, ich rodzinom, rencistom i emerytom, a także Społeczeństwu Ziemi Śląskiej. Ponadto zajmuje się organizowaniem i wspieraniem inicjatyw oraz przedsięwzięć na rzecz rozwoju w następujących obszarach[62]:

- przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, działalność wspierająca,
- ochrona i promocja zdrowia,
- działalność wspomagająca rozwój wspólnot i społeczności lokalnych,
- wspieranie i upowszechnianie kultury fizycznej i sportu,
- nauka, kultura i ekologia.

---

[60] https://mojepanstwo.pl/dane/krs_podmioty/552669,centrum-rozwoju-dzieci-mlodziezy
[61] www.csr.biz.pl
[62] www.bazy.ngo.pl

Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego „Promoc"

„Promoc" to stowarzyszenie, którego celem jest rozwój społeczeństwa oraz poszczególnych jednostek, a także pomoc, inicjowanie, wspieranie i promowanie aktywności społecznej oraz zwiększanie udziału organizacji i innych instytucji w rozwiązywaniu problemów lokalnych. Działania statutowe tego podmiotu dotyczą m.in.[63]:

- inicjowania przedsięwzięć przeciwdziałających wykluczeniu i patologiom społecznym oraz promujących integrację,
- inicjowania i realizacji programów na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym,
- przeciwdziałania zjawisku ignorowania problemów społecznych w oparciu o stereotypy i uprzedzenia, ze szczególnym uwzględnieniem praw kobiet i dzieci oraz grup dyskryminowanych ze względu na status społeczny, pochodzenie czy wybór modelu życia.

Fundacja „Brajlówka"

Jest to podmiot, który powstał w celu podniesienia jakości usług dla osób niewidomych i słabowidzących, a także ich aktywizacji zawodowej i społecznej. Działalność fundacji obejmuje następujące obszary[64]:

- edukacja,
- rehabilitacja,
- uzawodowienie,
- aktywizacja społeczna.

Działania prowadzone są na rzecz osób niewidomych i słabowidzących oraz innych osób niepełnosprawnych na terenie całej Polski.

Stowarzyszenie na rzecz Osób Niepełnosprawnych „Białe Misie"

Jest to podmiot, którego działania obejmują pomoc społeczną, a zwłaszcza pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz w zakresie wyrównywania szans, a także działalność na rzecz osób niepełnosprawnych[65].

---

[63] www.promoc.org
[64] www.brajlowka.eu
[65] www.bazy.ngo.pl

Klub Abstynentów „Pierwszy Krok"

Klub, którego celem jest ochrona i promocja zdrowia, zwłaszcza w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym. Ponadto zajmuje się szeroko rozumianą pomocą społeczną, w tym osobom i rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej. Dąży również do wyrównania szans wszystkich osób, zwłaszcza zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Fundacja „Stonoga"

Jest to podmiot, którego celem powstania była chęć wspierania najbardziej potrzebujących, tj. rodzin w trudnej sytuacji materialnej, osób starszych oraz chorym i niepełnosprawnym dzieciom. z pozyskiwanych przez fundację środków pieniężnych finansowana jest rehabilitacja, kupowane są leki oraz potrzebne sprzęty ortopedyczne i usprawniające, a także pokrywane są koszty leczenia[66].

Fundacja Mierz Wyżej

Podmiot ten działania swoje kieruje do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Działania realizowane są przede wszystkim na rzecz dzieci niepełnosprawnych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, w tym zespołem Aspergera. Promowana jest idea edukacji włączającej, tj. edukacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnych w naturalnym środowisku, czyli w szkołach ogólnodostępnych najbliższych miejscu zamieszkania. Pracownicy fundacji aktywnie uczestniczą w konferencjach na rzecz osób niepełnosprawnych. Ponadto prowadzone są szkolenia dla rodziców ukierunkowane na ich edukację, które zmierzają do podniesienia kompetencji wychowawczych oraz poziomu świadomości prawnej. Fundacja interweniuje również w sytuacjach naruszania praw dzieci niepełnosprawnych[67].

Integracyjny Klub Sportowy „Jeźdźcy"

Podmiot prowadzi działalność w zakresie kultury fizycznej i sportu, ochrony i promocji zdrowia ukierunkowanej głównie na prowadzenie działalności rehabilitacyjnej w środowisku osób niepełnosprawnych ruchowo, ze szczególnym uwzględnieniem rugby na wózkach i bocci[68].

---

[66] www.fundacjastonoga.pl
[67] www.mierz-wyzej.pl
[68] www.jezdzcy.pl

Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki „Zmiana"

Do celów Stowarzyszenia zaliczyć należy prowadzenie działań na rzecz ogółu społeczeństwa, przede wszystkim zaś na rzecz[69]:

- osób uzależnionych od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych,
- osób doznających i stosujących przemoc domową,
- osób niepełnosprawnych,
- seniorów,
- bezdomnych,
- bezrobotnych,
- dzieci i młodzieży,
- mniejszości narodowych,
- więźniów oraz osób po odbyciu kary pozbawienia wolności,
- innych grup znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej.

Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR" – Biuro Regionalne – Województwo Śląskie

Jest to podmiot realizujący i rozwijający kompleksowy program aktywizacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Celem funkcjonowania Fundacji jest całościowe, systemowe rozwiązanie problemów przyczyniających się marginalizacji osób niepełnosprawnych. Działania Fundacji przyczyniają się do włączania ich w nurt życia społecznego i zawodowego, a są to przede wszystkim[70]:

- kursy szkoleniowo-rehabilitacyjne,
- Obozy Aktywnej Rehabilitacji,
- kursy komputerowe,
- doradztwo zawodowe,
- poradnictwo i działalność informacyjna,
- zajęcia, treningi, szkolenia, seminaria,
- kursy prawa jazdy,
- imprezy sportowo-integracyjne,
- zaopatrzenie w sprzęt.

Stowarzyszenie Św. Józefa „Jesteśmy"

Celem Stowarzyszenia „Jesteśmy" jest działalność związana z ochroną i promocją zdrowia, pomocą społeczną, a także szeroko rozumianą działalnością charytatywną. Ponadto zajmuje się finansowym, merytorycznym i organizacyjnym wsparciem, angażując osoby prawne, instytucje, jednostki oraz inne powołane lub organizowane

[69] www.zmiana-mikolow.pl
[70] www.bazy.ngo.pl

w ramach Kościoła Katolickiego. Ideą organizacji jest pomoc osobom chorym, potrzebującym, niepełnosprawnym oraz dotkniętym różnymi patologiami[71].

Stowarzyszenie „Uśmiech"

Jest to podmiot zajmujący się działalnością ukierunkowaną na wsparcie i wyrównywanie szans poprzez pomoc w rozwiązywaniu problemów bytowych, aktywizację społeczno-zawodową, pomoc w sprawowaniu opieki nad dziećmi, młodzieżą, osobami starszymi i niepełnosprawnymi. W pracy z dziećmi i młodzieżą zwraca się szczególną uwagę na osoby potrzebujące większej pomocy, na dzieci z rodzin destrukcyjnych, patologicznych, alkoholowych, rozbitych, zubożałych, wielodzietnych, z zaburzeniami emocjonalnymi[72].

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym. Koło w Mikołowie

Misją Stowarzyszenia jest prowadzenie działań na rzecz tworzenia jak najbardziej korzystnych warunków do pełnego fizycznego i osobowego rozwoju ludzi upośledzonych umysłowo, a także aktywnego i godnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych psychicznie w życiu społecznym oraz pomoc ich rodzinom[73].

Mikołowskie Towarzystwo Charytatywne

Misją Towarzystwa jest niesienie pomocy materialnej dla najbardziej zagrożonych grup społecznych, tj. niepełnosprawnych, inwalidów, przewlekle chorych, niedołężnych, osób w podeszłym wieku, bezdomnych, więźniów, uzależnionych od nałogów, a także sierot, rodzin wielodzietnych, samotnych matek i ojców znajdujących się w potrzebie i bezrobotnych[74].

Stowarzyszenie na rzecz Integracji i Aktywizacji „Tęcza"

Głównym celem działania Stowarzyszenia jest dążenie do integracji oraz aktywizacji środowiska na rzecz lokalnego rozwoju. Jest to realizowane m.in. poprzez[75]:

- prowadzenie działalności w zakresie pomocy społecznej, tj. pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie szans tych rodzin i osób,

[71] www.jestesmy.com.pl
[72] www.stowarzyszenieusmiech.eu
[73] www.bazy.ngo.pl
[74] www.bazy.ngo.pl
[75] www.pokolorujzycie.pl

- działalność na rzecz osób niepełnosprawnych mającą na celu usuwanie barier psychicznych i fizycznych,
- zapobieganie różnego rodzaju patologiom.

Stowarzyszenie „Siloe"

Podstawowym celem działalności Stowarzyszenia jest pomoc społeczna rodzinom wielodzietnym oraz niepełnym, a także tym, których dotknął problem bezrobocia, ubóstwa, czy alkoholizmu. Wsparcie realizowane jest poprzez zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych w warunkach odpowiadających godności człowieka. Pomoc oferowana jest również osobom starszym, samotnymi i opuszczonym[76].

Zakład Aktywności Zawodowej (jednostka prowadząca: Caritas Archidiecezji Katowickiej)

Zakład Aktywności Zawodowej umożliwia mieszkańcom Ośrodka dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże oraz innym osobom niepełnosprawnym podjęcie aktywności zawodowej, a tym samym wszechstronne, profesjonalne wsparcie socjalne, dzięki którym zapewnione mają godne warunki bytowe, zdrowotne i rehabilitacyjne[77].

Polski Komitet Pomocy Społecznej – Zarząd Miejski

Celem statutowym funkcjonowania podmiotu jest wspieranie osób i rodzin, które z różnych przyczyn nie są zdolne do rozwiązywania swoich życiowych problemów. W szczególności pomoc kierowana jest do osób starszych, niepełnosprawnych, bezdomnych i rodzin wielodzietnych. Działania Komitetu obejmują prowadzenie usług opiekuńczych, pomoc rzeczową oraz pomoc finansową[78].

Klub Abstynenta „Powrót"

Misją Klubu jest doprowadzenie do stałej abstynencji jego członków. W tym celu organizowane są różne formy zajęć psychoterapeutycznych z zakresu oświaty zdrowotnej i pozamedycznej pomocy. Członkowie wspierani są również przy rozwiązywaniu konfliktów i trudnych problemów życiowych. Dzięki temu mają szansę na ograniczenie możliwości wykluczenia w społeczeństwie[79].

---

[76] www.siloe.edu.pl
[77] www.zaz.caritas.mikolow.pl
[78] www.bazy.ngo.pl
[79] www.powrotrosa.org.pl

Fundacja „Alta Capella Nicopolensis"

Placówka zajmuje się udzielaniem wsparcia materialnego i finansowego dla osób najbardziej potrzebujących, tj. wybitnie uzdolnionych dzieci i młodzieży, ośrodków zajmujących się rozwojem dzieci uzdolnionych, biednych, inwalidów, matek/ojców samotnie wychowujących dzieci, sierot, niedołężnych i dzieci specjalnej troski, a także rodzin wielodzietnych, szkół, szpitali, sierocińców i domów opieki.

Stowarzyszenie na rzecz Osób Niesłyszących i Niedosłyszących

Stowarzyszenie zajmuje się m.in.[80]:

- zrzeszaniem osób niesłyszących i niedosłyszących oraz innych osób z wadą słuchu w celu udzielania im pomocy w sprawach życiowych,
- prowadzeniem rehabilitacji słuchu i mowy wszystkich osób niesłyszących i niedosłyszących,
- wspieraniem wszelkich form zbliżania się między osobami pełno i niepełnosprawnymi.

Ośrodek dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże

który rozpoczął swą działalność we wrześniu 1990r, na mocy dekretu Metropolity Katowickiego Arcybiskupa D. Zimonia. Inicjatorem powstania Ośrodka był śp. ks. Biskup Czesław Domin, zaś budowniczym, organizatorem i pierwszym dyrektorem ks. Krzysztof Bąk.

Obecnie w ramach Ośrodka działają następujące jednostki wspomagające i aktywizujące osoby niepełnosprawne:

- Dwa Domy Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Ruchowo,
- Warsztat Terapii Zajęciowej
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
- Zakład Aktywności Zawodowej na bazie rolnictwa
- Zakład Aktywności Zawodowej „Grill" na bazie usług cateringowych i usług pralniczych
- Środowiskowy Dom Samopomocy.

[80] www.bazy.ngo.pl

Stowarzyszenie Pomocna Dłoń - Krystyn i Sympatyków

Do najważniejszych zadań Stowarzyszenia zalicza się[81]:

- przeciwdziałanie przemocy i patologiom społecznym,
- poprawę jakości życia dzieci i ich rodzin,
- stworzenie kompleksowego ośrodka dla osób starszych, niepełnosprawnych i dzieci pokrzywdzonych przez los,
- podejmowanie działań na rzecz osób starszych, młodzieży i dzieci nieradzących sobie w życiu,
- działalność na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych,
- pracę z dziećmi i młodzieżą, szczególnie z rodzin zagrożonych patologią.

Stowarzyszenie „Wystarczy Być"

Celem Stowarzyszenia jest działanie na rzecz tworzenia jak najbardziej korzystnych warunków do odpowiedniego psychicznego i fizycznego rozwoju ludzi z upośledzeniem umysłowym, mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Orzeszu, ich aktywnego i godnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz pomoc w funkcjonowaniu Domu[82].

Stowarzyszenie Rodzin Abstynenckich "Wyzwolenie"

Głównym zadaniem Stowarzyszenia jest Przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym, skupia w swoich szeregach osoby uzależnione - głównie od alkoholu, ale także narkotyków i hazardu, ich rodziny oraz osoby, które deklarują abstynencję albo działają z wyboru chcąc pomagać innym. Członkami „Wyzwolenia" w większości przypadków są mieszkańcy Orzesza, którzy walkę z nałogiem podjęli w Poradni Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Mikołowie. Osobą która integruje to środowisko jest Jerzy Rutkowski - terapeuta z 25. letnim stażem w ruchu abstynenckim, prezes honorowy orzeskiego stowarzyszenia. Orzeska grupa jest jedną w dziesiątek innych działających w kraju pod szyldem Stowarzyszenia Rodzin Abstynenckich.

Stowarzyszenie Razem=Łatwiej

Powstało ono z inicjatywy mieszkańców oraz osób związanych z małą miejscowością Zgoń, będącą częścią miasta Orzesze. Celem jaki przyświeca działaniom naszej organizacji jest aktywizacja oraz integracja społeczności lokalnej poprzez realizację działań w zakresie rozwoju infrastruktury sportowej, edukacji dzieci i młodzieży, zdrowia, bezpieczeństwa i aktywizacji osób dorosłych. Priorytetem dla stowarzyszenia jest stworzenie odpowiedniej infrastruktury sportowej, tj. sali gimnastycznej przy szkole

[81] www.stowarzyszeniekrystyn.eu
[82] www.mojepanstwo.pl

podstawowej w Zgoniu. Taka infrastruktura umożliwi zarówno osobom młodym jak i dojrzałym korzystanie z możliwości aktywności sportowej, jakiej obecnie niestety nie mogą rozwijać.

Forum Aktywności Społecznej Ornontowic

Forum prowadzi działalność wspomagająca rozwój wspólnot i społeczności lokalnej, działalność na rzecz integracji europejskiej oraz rozwijania kontaktów i współpracy między społeczeństwami. Podtrzymuje tradycje narodowe, pielęgnuje polskość oraz rozwój świadomości narodowej, obywatelskiej i kulturowej, prowadzi działania związane z Ochroną i promocją zdrowia, na rzecz osób niepełnosprawnych. Upowszechnia i chroni prawa kobiet oraz na rzecz równych praw kobiet i mężczyzn. FASO prowadzi również działalność wspomagająca rozwój gospodarczy, w tym rozwój przedsiębiorczości,

6. Współpraca oraz mechanizm przepływu informacji pomiędzy instytucjami

Współpraca jest to działalność prowadzona wspólnie przez osoby, instytucje lub państwo. W przypadku instytucji pomocy społecznej może przejawiać się m.in. w następujących formach[83]:

- działalność informacyjna i promocyjna dla osób zagrożonych i wkluczonych społecznie,
- szkolenia dla pracowników,
- realizacja wspólnych projektów finansowanych z funduszy unijnych,
- realizacja wspólnych programów aktywności lokalnej,
- prowadzenie zintegrowanych baz danych,
- działania na rzecz rozwoju ekonomii społecznej,
- wymiana informacji i doświadczeń,
- prowadzenie analiz wybranych problemów społecznych.

W ustawie o pomocy społecznej wskazano następujące obszary, w ramach których podejmowane są wspólne działania[84]:

---

[83] „Współpraca instytucji pomocy społecznej z innymi instytucjami na terenie gminy, powiatu, województwa zajmującymi się pomocą i wsparciem rodzin i jej wpływ na skuteczność działań pomocy społecznej". Raport z badania ilościowego przeprowadzonego na terenie województwa śląskiego, Katowice, wrzesień 2014.

[84] Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tj. Dz. l. z 2013 r., poz. 182 z późn. zm.).

- bezdomność
- bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych,
- bezrobocie,
- długotrwała i ciężka choroba
- klęski żywiołowe i ekologiczne,
- niepełnosprawność,
- potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi oraz macierzyństwa i wielodzietności,
- przemoc w rodzinie,
- sieroctwo,
- trudności w integracji cudzoziemców,
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- ubóstwo,
- uzależnienia,
- zdarzenia losowe i sytuacje kryzysowe

Instytucjami działającymi we wskazanych obszarach na terenie gmin, powiatów i województw są[85]:

- centra pomocy rodzinie,
- komisje rozwiązywania problemów alkoholowych,
- kościoły, związki wyznaniowe,
- organizacje pozarządowe,
- ośrodki adopcyjne,
- ośrodki kultury,
- ośrodki interwencji kryzysowej,
- ośrodki pomocy rodzinie,
- ośrodki pomocy społecznej,
- ośrodki wsparcia, w tym dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, noclegownie, jadłodajnie,
- placówki szkolne, wychowawcze, opiekuńcze, w tym kuratoria oświaty, poradnie psychologiczno-pedagogiczne,
- placówki wsparcia dziennego,
- podmioty ekonomii społecznej, w tym kluby integracji społecznej, centra integracji społecznej, spółdzielnie socjalne, zakłady aktywności zawodowej,
- Policja, w tym policyjne izby dziecka,
- sądy rodzinne, w tym kuratorska służba sądowa,
- służba więzienna,

[85] „Współpraca instytucji pomocy społecznej z innymi instytucjami na terenie gminy, powiatu, województwa zajmującymi się pomocą i wsparciem rodzin i jej wpływ na skuteczność działań pomocy społecznej". Raport z badania ilościowego przeprowadzonego na terenie województwa śląskiego, Katowice, wrzesień 2014.

- uniwersytety trzeciego wieku,
- urzędy pracy,
- warsztaty terapii zajęciowej.

Podczas konsultacji społecznych, w których uczestniczyli przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego, instytucji publicznych oraz organizacji pozarządowych poruszona została problematyka współpracy pomiędzy jednostkami realizującymi działania z zakresu wsparcia osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych tym zjawiskiem. Współpraca ta określona została jako zadowalająca, nie oznacza to jednak, że uczestnicy warsztatów nie wskazywali na obszary wymagające poprawy.

Bardzo dobrze oceniona została współpraca wszystkich gmin znajdujących się na terenie powiatu mikołowskiego oraz funkcjonujących na jej terenie Ośrodków Pomocy Społecznej. Za lidera współpracy w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu uznane zostało Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. Jednocześnie zaproponowano, aby w celu jeszcze większego usprawnienia komunikacji, spotkania, podczas których poruszane będą bieżące problemy mieszkańców powiatu mikołowskiego, organizowane były częściej. Podczas tego typu konsultacji możliwe będzie wypracowanie nowatorskich rozwiązań, możliwych do wprowadzenia we wszystkich gminach.

Pozytywna ocena odnosiła się również do współpracy między Ośrodkami Pomocy Społecznej i Powiatowym Urzędem Pracy. Szczególną uwagę zwrócono na odpowiednią kooperację w ramach prac społecznie użytecznych. Chwalono także szybką wymianę informacji między Urzędem Gminy/Miasta, Ośrodkami Pomocy Społecznej oraz szkołami.

Podkreślono również efektywność współpracy powiatowych szkół z lokalnymi służbami policyjnymi, zwłaszcza w odniesieniu do działań profilaktycznych. Przedsięwzięcia profilaktyczne podejmujące tematykę uzależnień są niezwykle istotne, ponieważ dzieci i młodzież stanowią grupy, które dopiero kształtują swoje poglądy na różne aspekty życia. Należy więc przedstawiać im skutki pewnych działań, w wyniku których mogą zostać społecznie wykluczone, dzięki czemu będą wiedziały jakich działań nie podejmować. Realizowane zajęcia mają również na celu wskazywanie, iż życie każdego człowieka jest tak samo warte, więc nie powinny izolować osób, które są w gorszej sytuacji od nich, m.in. osób ubogich, niepełnosprawnych, czy wobec których stosowana jest przemoc. Działania te podejmowane są również przez świetlice środowiskowe.

W różny sposób oceniona została współpraca poszczególnych jednostek w związku z Procedurą „Niebieskich Kart". z jednej bowiem strony chwali się samą ideę tego działania i współpracę pomiędzy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie i poszczególnymi gminami w tym aspekcie. z drugiej jednak strony podkreślono brak

koordynacji w związku z ich zakładaniem, bowiem karta zakładana jest przez służby policyjne podczas każdorazowej interwencji w związku z przemocą domową.

W opinii przedstawicieli mikołowskich instytucji społecznych pierwszym aspektem wymagającym poprawy jest liczba kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ich zdaniem jest ona zbyt mała, w wyniku czego chorzy i niepełnosprawni nie są w satysfakcjonujący sposób otoczeni opieką medyczną. Może to w przyszłości doprowadzać do całkowitego wyizolowania tych grup z życia społecznego. Dlatego też uwagę poświęcić należy tego typu rozwiązaniom systemowym, na obecną chwilę nieodpowiednim.

Przedstawiciele instytucji funkcjonujących na terenie powiatu mikołowskiego zwrócili uwagę na problem polegający na pozornym podejmowaniu działań przez podopiecznych Ośrodków Pomocy Społecznej. Zdarza się bowiem, iż dopuszczają się nadużyć wykorzystując tzw. luki w polskim prawie. W wyniku tych działań ich sytuacja materialna wprawdzie ulega poprawie, jednakże w ten sposób nie dążą do reintegracji społecznej własnej osoby i swojej rodziny. Problem ten jest o tyle istotny, iż pracownicy OPS nie mają możliwości powstrzymania podopiecznych od stosowania nieodpowiednich praktyk. Ponadto osoby będące pod opieką instytucji społecznych nie wykazują chęci zmiany swojego dotychczasowego życia, co potęguje zjawisko wyuczonej bezradności.

Wspomniano także, że należy dokonać zmian w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej. Wskazano bowiem na brak synchronizacji oraz brak spójności systemu. Przez to nie można pomóc dzieciom osieroconym oraz tym, których rodzice mają czasowe trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych.

Podsumowując, współpraca instytucji wspierających osoby wykluczone społecznie i zagrożone tym zjawiskiem na terenie powiatu mikołowskiego, jest na satysfakcjonującym poziomie. Niemniej jednak pojawiają się problemy, które wymagają kompleksowych działań, zarówno ze strony przedstawicieli instytucji pomocowych, ale i samych osób wspieranych.

7. Spis wykresów i tabel

Wykres 1. Mapa powiatu mikołowskiego 4
Wykres 2. Liczba szkół podstawowych i gimnazjów według gmin w powiecie mikołowskim 6
Wykres 3. Uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych przypadający na jeden oddział w powiecie mikołowskim 7
Wykres 4. Współczynnik skolaryzacji brutto w szkołach podstawowych według gmin w powiecie mikołowskim (w %) 8
Wykres 5. Współczynnik skolaryzacji brutto w szkołach gimnazjalnych według gmin w powiecie mikołowskim (w %) 8
Wykres 6. Współczynnik skolaryzacji netto w szkołach podstawowych według gmin w powiecie mikołowskim (w%) 9
Wykres 7. Współczynnik skolaryzacji netto w szkołach gimnazjalnych według gmin w powiecie mikołowskim 10
Wykres 8. Współczynniki skolaryzacji netto w szkołach ponadgimnazjalnych w powiecie mikołowskim 10
Wykres 9. Liczba uczniów w szkołach podstawowych do roku 2050 w powiecie mikołowskim – prognoza 11
Wykres 10. Liczba uczniów w szkołach gimnazjalnych do roku 2050 w powiecie mikołowskim – prognoza 11
Wykres 11. Liczba uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych do roku 2050 w powiecie mikołowskim – prognoza 12
Wykres 12. Liczba mieszkańców powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 13
Wykres 13. Struktura ludności powiatu mikołowskiego według płci w roku 2014 14
Wykres 14. Struktura ludności powiatu według gmin w latach 2010-2014 14
Wykres 15. Ludność w wieku produkcyjnym w powiecie mikołowskim na przestrzeni lat 2010-2014 15
Wykres 16. Liczba ludności w wieku przed- i poprodukcyjnym na przestrzeni lat 2010-2014 w powiecie mikołowskim 15

Wykres 17. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym według gmin powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 16
Wykres 18. Przyrost naturalny w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 16
\Wykres 19. Przyrost naturalny na 1000 osób w powiecie mikołowskim i Polsce w latach 2010-2014 17
Wykres 20. Udział gmin w kształtowaniu przyrostu naturalnego powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 17
Wykres 21. Wskaźnik urodzeń i zgonów na 1000 osób w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 18
Wykres 22. Wskaźnik urodzeń i zgonów na 1000 osób w powiecie mikołowskim w podziale na gminy w roku 2014 18
Wykres 23. Saldo migracji (ogółem i zagranicznych) w powiecie mikołowskim na 1000 osób 19
Wykres 24. Liczba zameldowań i wymeldowań w roku 2014 według gmin 19
Wykres 25. Saldo migracji ogółem w powiecie mikołowskim i w Polsce na 1000 osób .. 20
Wykres 26. Saldo migracji zagranicznych w powiecie mikołowskim i w Polsce na 1000 osób 21
Wykres 27. Prognoza liczby ludności Polski i powiatu mikołowskiego do roku 2050 21
Wykres 28. Dynamika prognozowanej liczby ludności Polski do roku 2050 22
Wykres 29. Stosunek ludności w wieku produkcyjnym do ludności w wieku przedprodukcyjnym w świetle prognoz ludności 22
Wykres 30. Stosunek ludności w wieku produkcyjnym do ludności w wieku poprodukcyjnym w świetle prognoz ludności 23
Wykres 31. Stopa bezrobocia rejestrowanego w powiecie mikołowskim w latach 2010-2015 w % 28
Wykres 32. Struktura bezrobotnych w powiecie mikołowskim w drugim kwartale 2015 roku wg poziomu wykształcenia 30
Wykres 33. Struktura wiekowa osób bezrobotnych w latach 2011-2014 z ujęciem kobiet 31

Wykres 34. Struktura bezrobotnych w powiecie mikołowskim w drugim kwartale 2015 roku wg wieku 32
Wykres 35. Przeciętne wynagrodzenia brutto w powiecie mikołowskim, województwie śląskim i w Polsce w latach 2010-2014 (w zł) 35
Wykres 36. Rodziny utrzymujące zasiłki rodzinne na dzieci w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 43
Wykres 37. Liczba dzieci, na które rodzice otrzymywali zasiłek rodzinny w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 44
Wykres 38. Kwota świadczeń rodzinnych wypłaconych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 (w tys. zł) 46
Wykres 39. Kwoty wypłaconych zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 (w tys. zł) 46
Wykres 40. Liczba interwencji policyjnych w związku z przemocą w rodzinie w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 56
Wykres 41. Liczba postępowań przygotowawczych wszczętych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 58
Wykres 42. Liczba postępowań przygotowawczych wszczętych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 - sprawy kryminalne 59
Wykres 43. Liczba kradzieży w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014 59
Wykres 44. Liczba kradzieży z włamaniem w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014 60
Wykres 45. Liczba przestępstw zniszczenia mienia w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014 61
Wykres 46. Liczba czynów karalnych popełnionych przez osoby nieletnie z powiatu mikołowskiego w latach 2011-2014 62
Wykres 47. Wykrywalność przestępstw na terenie powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 62
Wykres 48. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 64

Wykres 49. Liczba przychodni w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku 64
Wykres 50. Liczba aptek w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku 65
Wykres 51. Przyczyny zgonów w powiecie mikołowskim w 2013 roku 66
Wykres 52. Gospodarstwa domowe korzystające z pomocy społecznej w powiecie mikołowskim w latach 2011-2014 72
Wykres 53. Gospodarstwa domowe korzystające z pomocy społecznej w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku 73
Wykres 54. Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym korzystającym z pomocy społecznej w powiecie mikołowskim w latach 2011-2014 73
Wykres 55. Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym korzystającym z pomocy społecznej wg głównego źródła utrzymania osób w 2014 roku 74
Wykres 56. Zasięg korzystania z pomocy społecznej w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku (w %) 74
Wykres 57. Zasięg korzystania z pomocy społecznej wg ekonomicznych grup wieku w powiecie mikołowskim w 2014 roku (w %) 75
Wykres 58. Liczba i kwoty wypłaconych dodatków mieszkaniowych w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 (w szt. i zł) 76
Wykres 59. Liczba wypłaconych dodatków mieszkaniowych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku 76
Wykres 60. Kwoty wypłaconych dodatków mieszkaniowych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku (w zł) 77
Wykres 61. Liczba zadłużonych mieszkań w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2013 roku 78
Wykres 62. Struktura wiekowa w powiecie mikołowskim w 2014 roku 79
Wykres 63. Liczba osób w wieku poprodukcyjnym korzystających z pomocy społecznej w powiecie mikołowskim w latach 2010-2014 80
Wykres 64. Saldo migracji (ogółem i zagranicznych) w powiecie mikołowskim na 1000 osób 81

Wykres 65. Liczba zameldowań i wymeldowań w roku 2014 według gmin 82
Wykres 66. Saldo migracji ogółem w powiecie mikołowskim i w Polsce na 1000 osób .. 83
Wykres 67. Saldo migracji zagranicznych w powiecie mikołowskim i w Polsce na 1000 osób 83
Wykres 79. Liczba osób starających się o status uchodźcy w 2015 roku (w układzie miesięcznym) 88

Tabela 1. Liczba bibliotek w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2014 roku 24
Tabela 2. Liczba zatrudnionych na terenie gminy w latach 2007-2014 25
Tabela 3. Stopa bezrobocia w powiecie mikołowskim w odniesieniu do województwa i kraju stan na dzień 31 sierpnia 2015 r. 27
Tabela 4. Liczba zarejestrowanych osób bezrobotnych. Stan na dzień 31 września 2015 r. 28
Tabela 5. Liczba bezrobotnych zarejestrowanych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego na dzień 31 lipca 2015 roku 29
Tabela 6. Liczba bezrobotnych w podziale ze względu na wykształcenie stan na 31 grudnia 2014 r. 30
Tabela 7. Struktura wiekowa osób bezrobotnych stan na 31 grudnia 2014 r. 31
Tabela 8. Ranking zawodów nadwyżkowych w powiecie mikołowskim w 2014 roku 33
Tabela 9. Ranking zawodów deficytowych w powiecie mikołowskim w 2014 roku 34
Tabela 10. Rodziny otrzymujące zasiłki rodzinne na dzieci w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 44
Tabela 11. Dzieci, na które rodzice otrzymywali zasiłek rodzinny w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 45
Tabela 12. Dzieci w wieku do 17 lat, na które rodzice otrzymywali zasiłek rodzinny w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 45
Tabela 13. Kwoty zasiłków rodzinnych (wraz z dodatkami) wypłaconych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 (w tys. zł) 47

Tabela 14. Kwoty zasiłków pielęgnacyjnych wypłaconych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w latach 2010-2014 (w tys. zł) 47
Tabela 15. Rodzaje podmiotów leczniczych w powiecie mikołowskim w 2014 roku 63
Tabela 16. Personel medyczny z wyższym wykształceniem zatrudniony w powiecie mikołowskim w 2013 roku 65
Tabela 17. Personel medyczny ze średnim wykształceniem zatrudniony w powiecie mikołowskim w 2013 roku 65
Tabela 18. Liczba osób niepełnosprawnych w powiecie mikołowskim podczas Narodowego Spisu Powszechnego 2011 68
Tabela 19. Granice ubóstwa dla wybranych typów gospodarstw w latach 2011-2014 (w zł) 71
Tabela 20. Postępowania eksmisyjne i eksmisje z lokali mieszkalnych w zasobach gminnych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego w 2013 roku 77
Tabela 21. Struktura wiekowa w powiecie mikołowskim w 2014 roku 79
Tabela 24. Organizacje pozarządowe podejmujące działania na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym 105

Załącznik 2 do Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego

- wyniki badań mieszkańców obszaru funkcjonalnego -

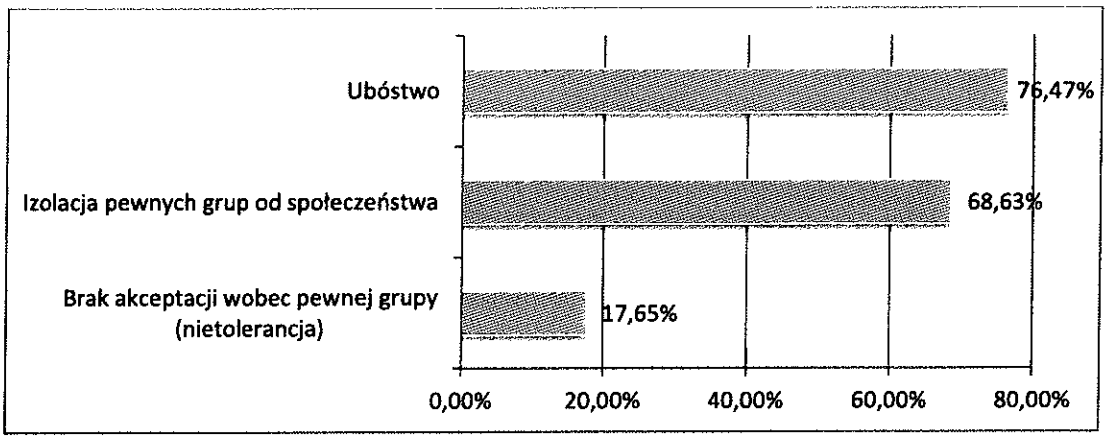
Spis treści

1. MIKOŁÓW 3
2. WYRY 9
3. ŁAZISKA GÓRNE 15
4. ORNONTOWICE 22
5. ORZESZE 29
6. Spis wykresów 35

1. MIKOŁÓW

Mieszkańcy Mikołowa pojęcie wykluczenia społecznego utożsamiają przed wszystkim z ubóstwem (76,47%), w mniejszym stopniu z izolacją pewnych grup od społeczeństwa (68,83%). Najmniejsza liczba badanych wskazała na nietolerancję (17,65%).

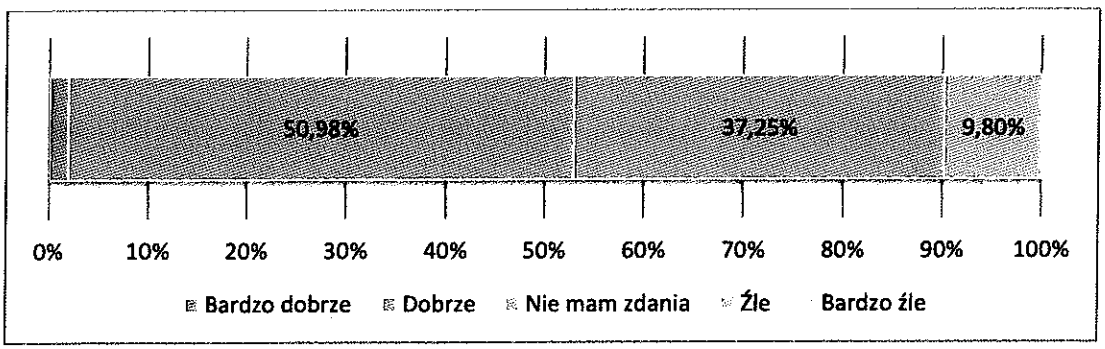
Wykres 1. Jak Pan/i rozumie pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa ankietowanych (52,94%) oceniła działania Miejskich/ Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych pozytywnie. Zdania w tej kwestii nie miała ponad 1/3 badanych (37,25%), natomiast w sposób negatywny niniejsze działania oceniło jedynie 9,80% respondentów.

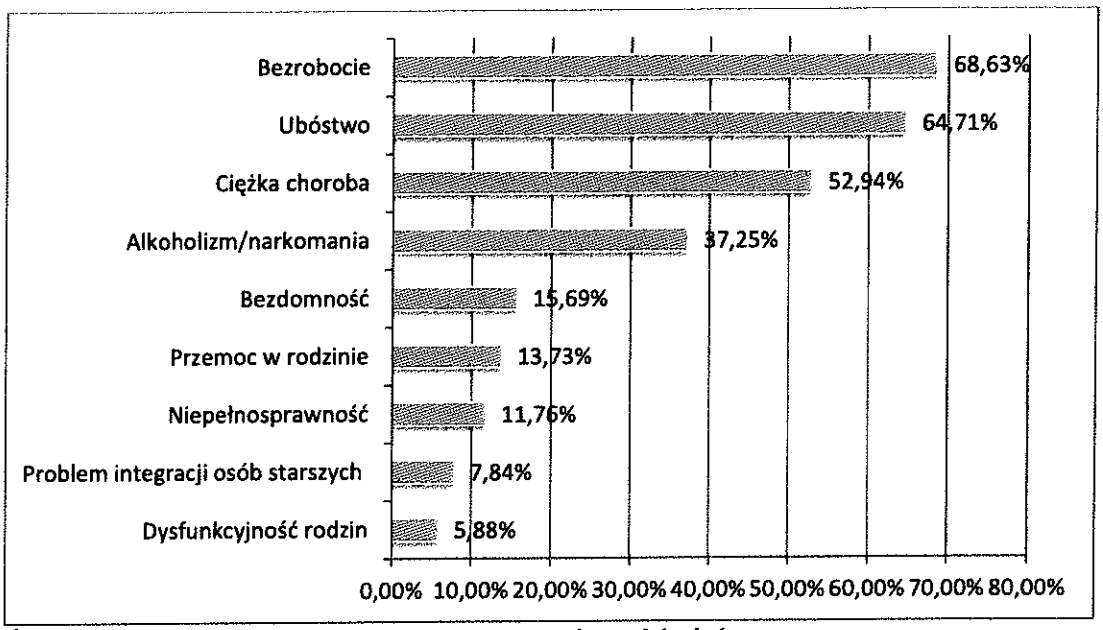
Wykres 2. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/ Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy Mikołowa uznali, że oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest niezadowalająca przede wszystkim w obszarze bezrobocia (68,63%) oraz ubóstwa (64,71%). Ponad połowa respondentów wskazała także na ciężką chorobę (52,94%).

Wykres 3. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest niezadowalająca? - Mikołów

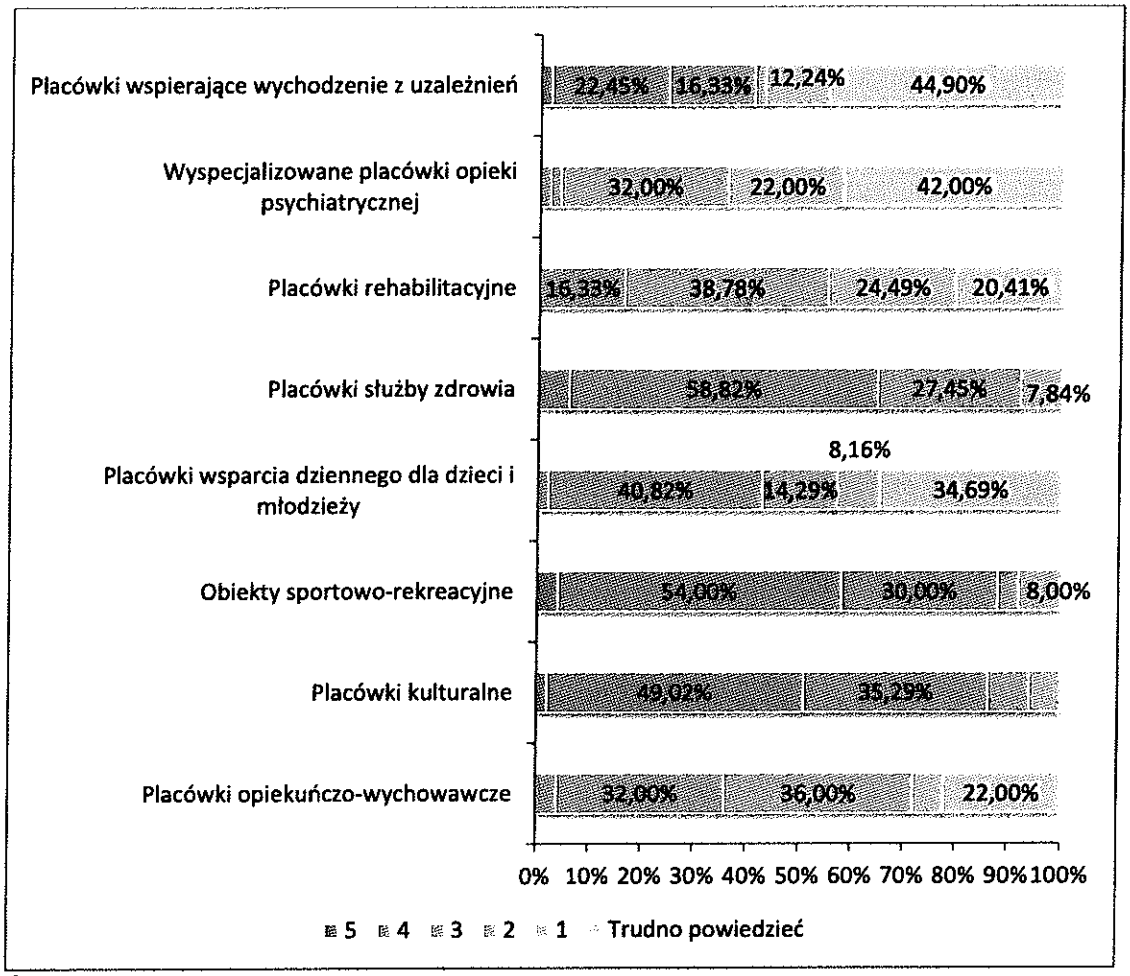


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród instytucji, które mogą przyczynić się do zniwelowania wykluczenia społecznego, mieszkańcy Mikołowa wskazywali głównie na: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej oraz Urząd gminy.

Mieszkańców poproszono także o ocenę dostępu do poszczególnych placówek na terenie gminy. Najwyżej oceniono pod tym względem obiekty sportowo-rekreacyjne (58,00% - suma ocen 5 i 4) oraz placówki kulturalne (50,98%). Najniższe noty przypisano natomiast placówkom rehabilitacyjnym (63,27% - suma ocen 1 i 2) i wyspecjalizowanym placówkom opieki psychiatrycznej (54,00%).

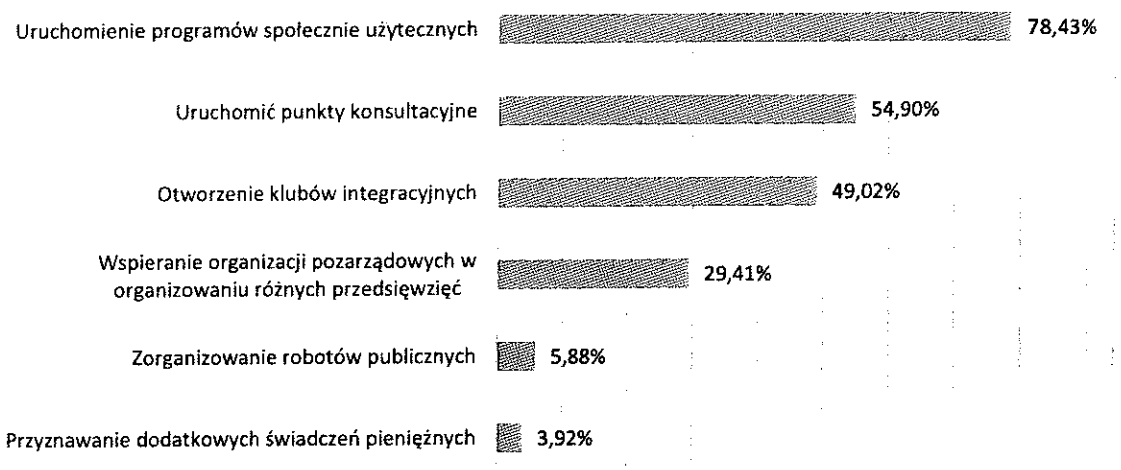
Wykres 4. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zdaniem respondentów biorących udział w badaniu samorząd, w celu ograniczenia wykluczenia społecznego, powinien uruchomić przede wszystkim programy społecznie użyteczne (78,43%). Ponad połowa respondentów wskazała także na działalność punktów konsultacyjnych (54,90%), a nieco mniej na otworzenie klubów integracyjnych (49,02%).

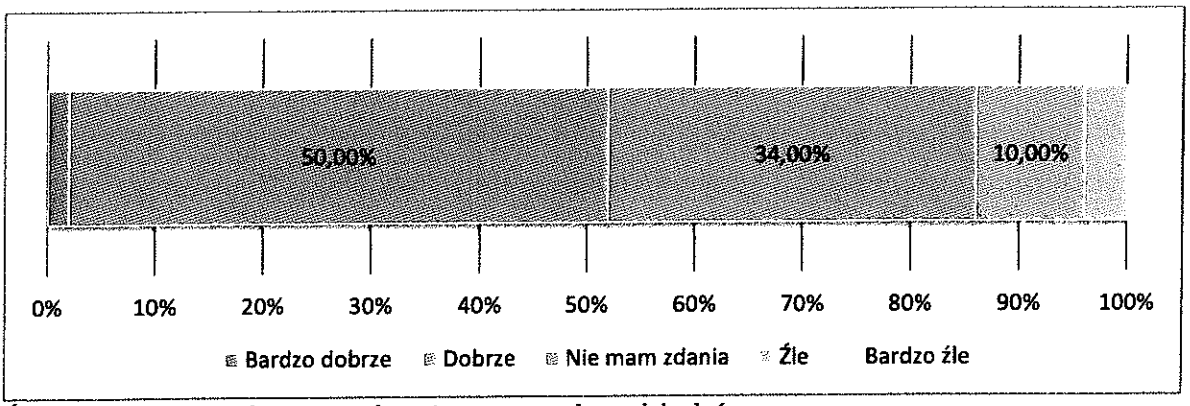
Wykres 5. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa ankietowanych (52,00%) oceniła prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia pozytywnie. Ponad 1/3 nie miała zdania na ten temat, a 14,00% przypisało im noty negatywne.

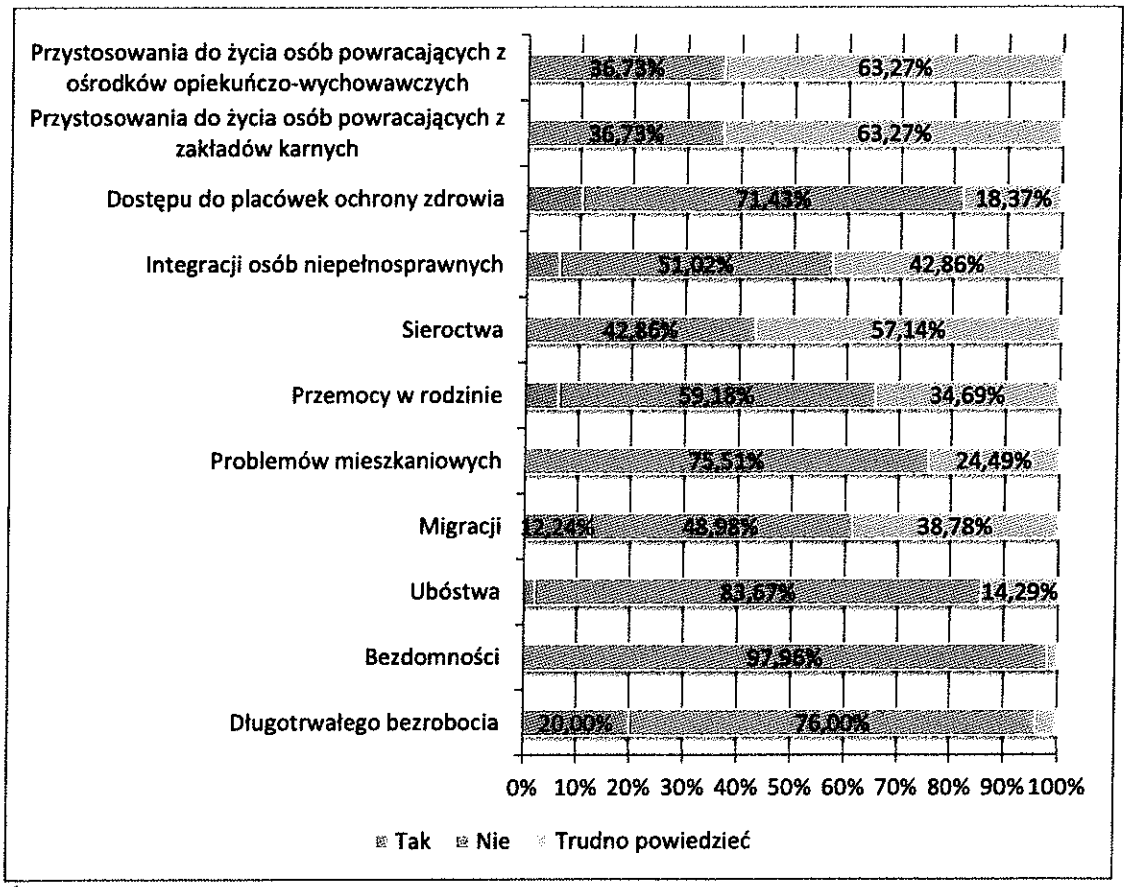
Wykres 6. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z przeprowadzonych badań wynika, że mieszkańcy Mikołowa najczęściej spotykali się z problemami społecznymi w zakresie długotrwałego bezrobocia (20,00%). Nieco rzadziej natomiast z migracjami (12,24%) oraz dostępem do placówek ochrony zdrowia (10,20%). Pojedynczy respondenci wskazywali również na integrację osób niepełnosprawnych (6,12%), przemoc w rodzinie (6,12%) oraz ubóstwo (2,04%).

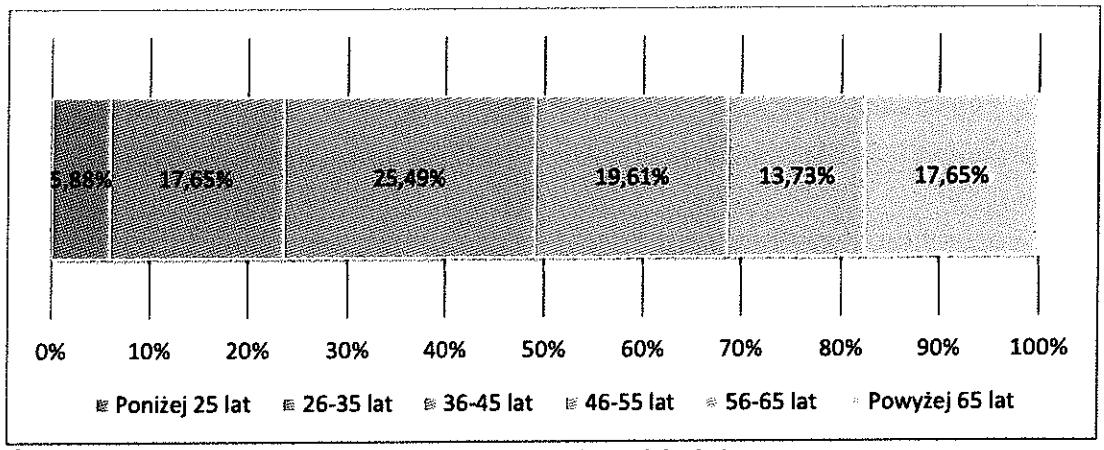
Wykres 7. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie- Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród mieszkańców biorących udział w badaniu przeważali mężczyźni (52,94%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby między 36, a 45 rokiem życia (25,49%). Nieco mniej było natomiast respondentów z grup wiekowych: 46-55 lat (19,61%), 26-35 lata (17,65%) i powyżej 65 roku życia (17,65%).

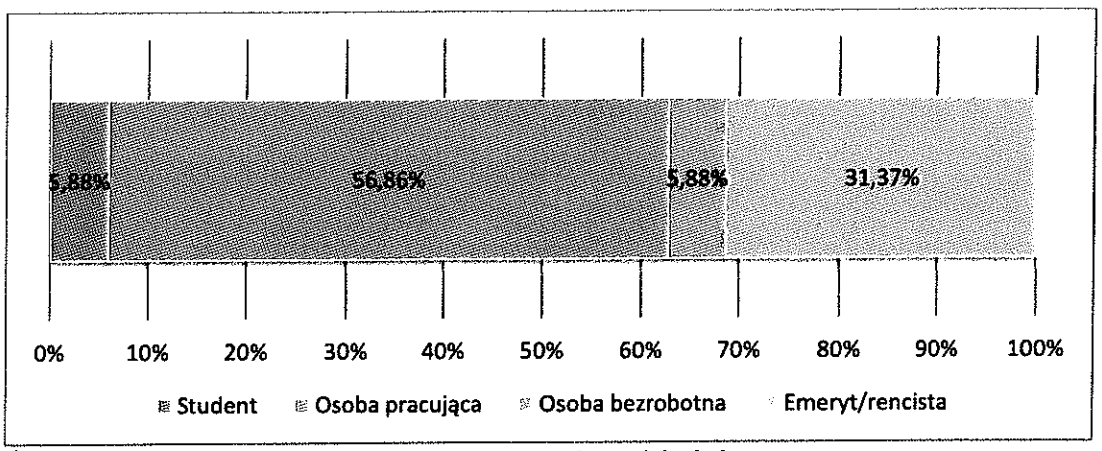
Wykres 8. Wiek badanych - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród respondentów dominującą grupą były osoby pracujące (56,86%). Nieco mniej odnotowano emerytów/rencistów (31,37%), zaś najmniejszą grupę stanowili studenci (5,88%) oraz osoby bezrobotne (5,88%).

Wykres 9. Zatrudnienie respondentów - Mikołów

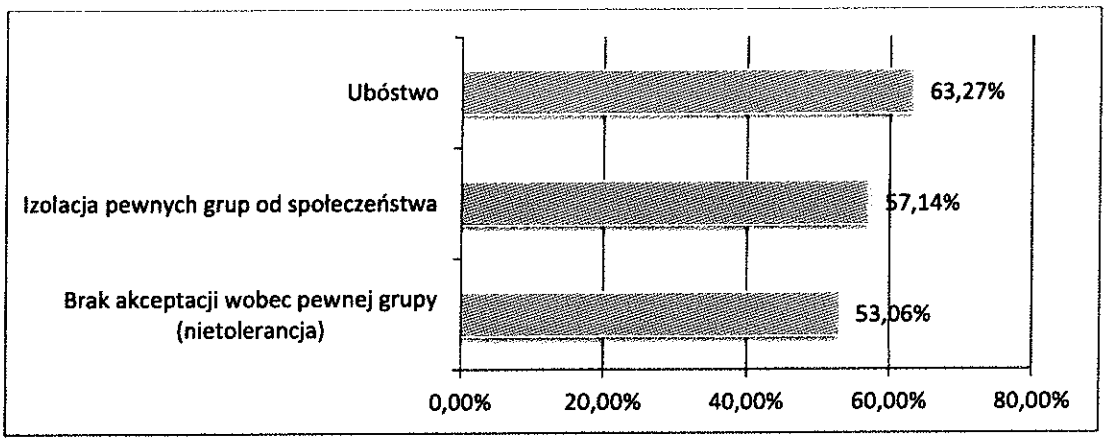


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

2. WYRY

Mieszkańcy gminy Wyry pojęcie „wykluczenie społeczne" utożsamiają przede wszystkim z ubóstwem (63,27%). Ponad połowa badanych wskazała także na izolację pewnych grup od społeczeństwa (57,14%) oraz nietolerancję (53,06%).

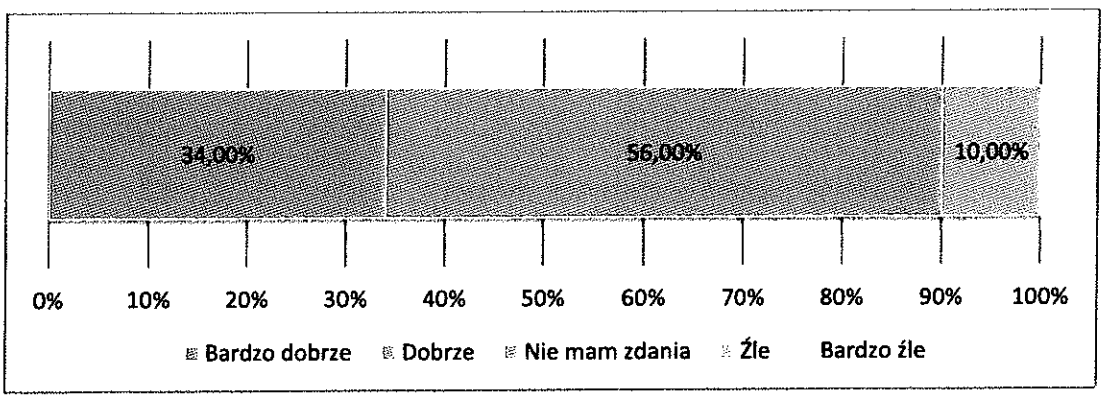
Wykres 10. Jak Pan/i rozumie pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa mieszkańców (56,00%) nie umiała ocenić działania Miejskich/ Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych. 34,00% oceniła je jako „dobre", natomiast 10,00% było odmiennego zdania.

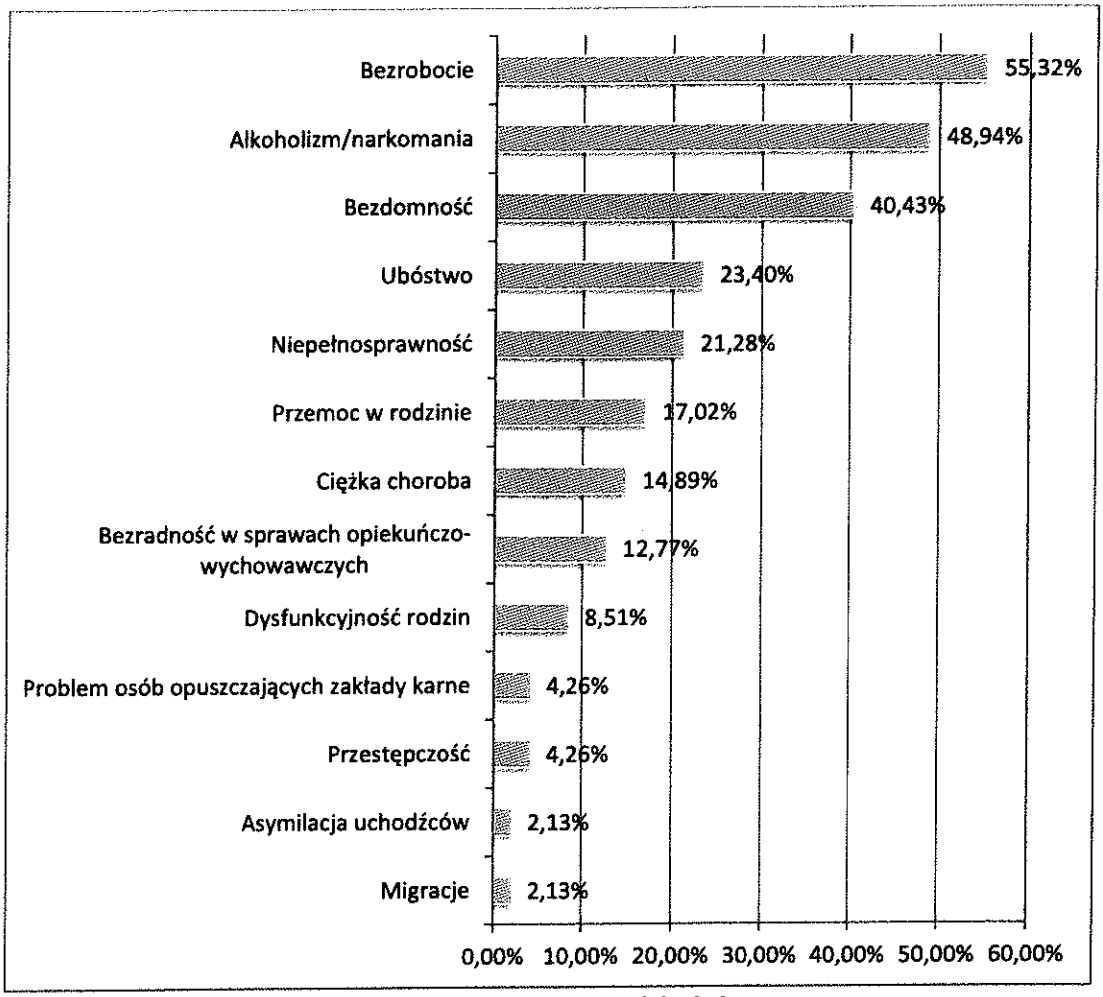
Wykres 11. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zdaniem badanych oferta pomocy w gminie jest najbardziej niezadowalająca w obszarze bezrobocia (55,23%). Prawie połowa wskazała również na alkoholizm/ narkomanię (48,94%), a nieco mniej na bezdomność (40,43%).

Wykres 12. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalająca? - Wyry

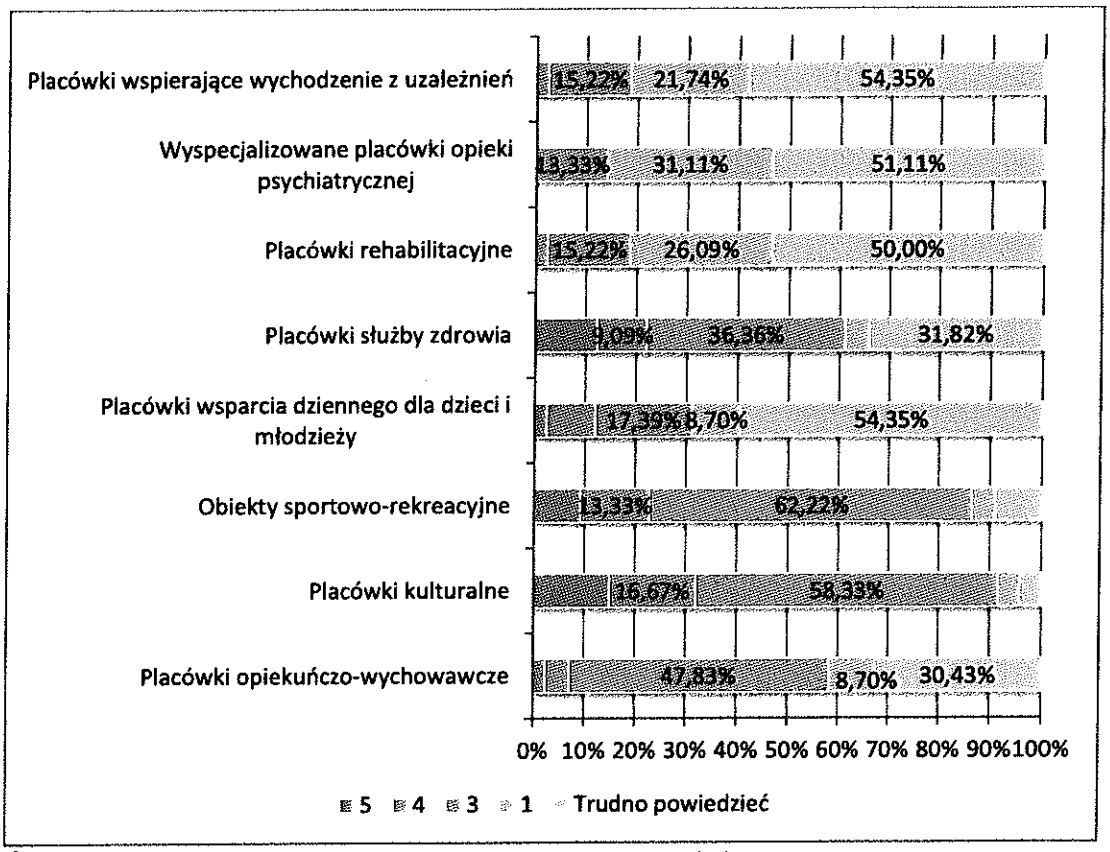


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Instytucjami, które zdaniem respondentów przyczyniają się do zniwelowania wykluczenia na terenie gminy są przede wszystkim : szkoły, Urząd gminy, PUP, MOPS, GOPS oraz kościół.

W opinii badanych najłatwiejszy dostęp do placówek na terenie gminy występuje w przypadku placówek kulturalnych (31,25% - suma ocen 4 i 5), obiektów sportowo-rekreacyjnych (22,22%) oraz placówek służby zdrowia (20,45%). Najwięcej negatywnych ocen uzyskały: wyspecjalizowane placówki opieki psychiatrycznej (31,11% - 1) oraz placówki rehabilitacyjne (26,09%).

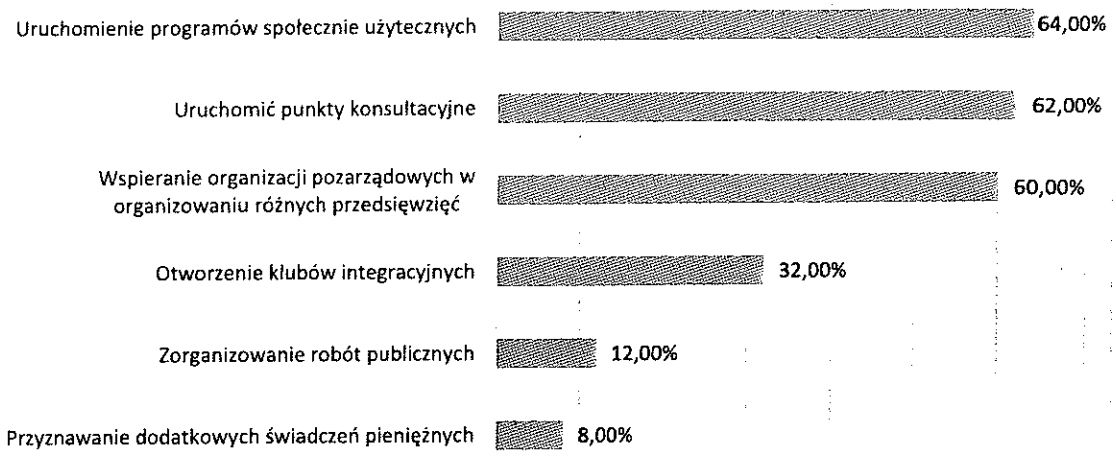
Wykres 13. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy uznali, że samorząd, w celu ograniczenia wykluczenia społecznego, powinien przede wszystkim uruchomić programy społecznie użyteczne (64%), punkty konsultacyjne (62%) oraz wesprzeć organizacje pozarządowe w organizowaniu różnych przedsięwzięć (60%).

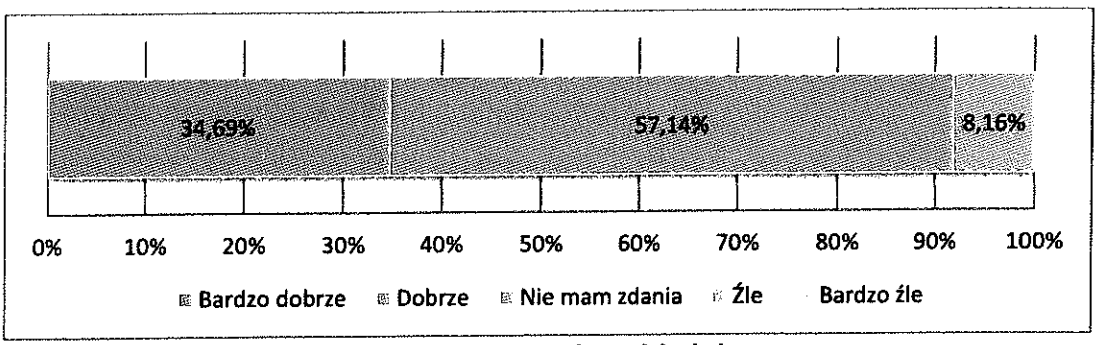
Wykres 14. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa badanych nie miała zdania na temat prowadzonych w gminie działań profilaktycznych związanych z problemem wykluczenia (57,14%). 1/3 oceniła je jako dobre (34,69%), a przeciwnego zdania było 8,16% respondentów.

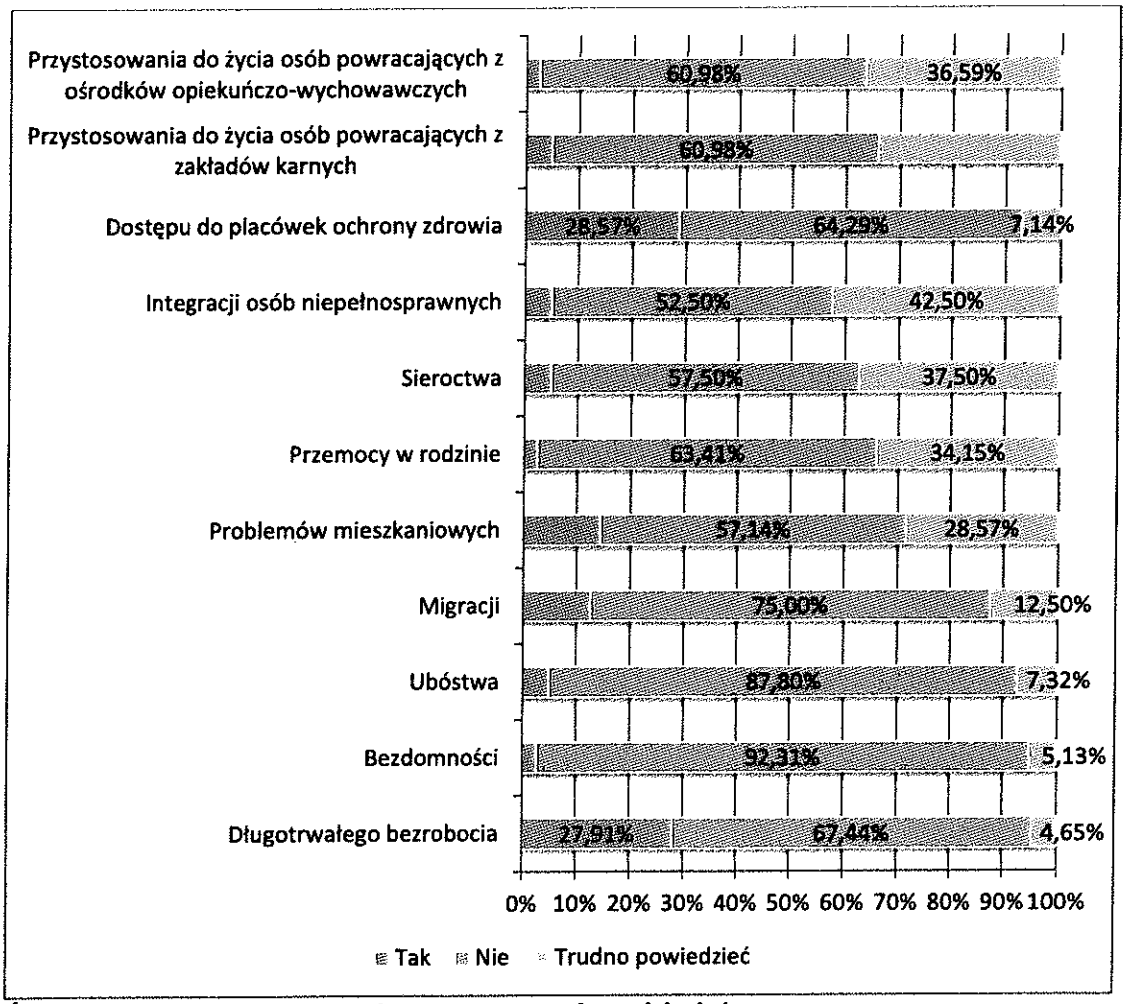
Wykres 15. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy gminy Wyry spotkali się ze wszystkimi problemami społecznymi. Najwięcej badanych doświadczyło, bezpośrednio lub nie, dostępu do placówek ochrony zdrowia (28,57%) oraz długotrwałego bezrobocia (27,91%). Nieco mniej natomiast problemów mieszkaniowych (14,29%) i migracji (12,50%).

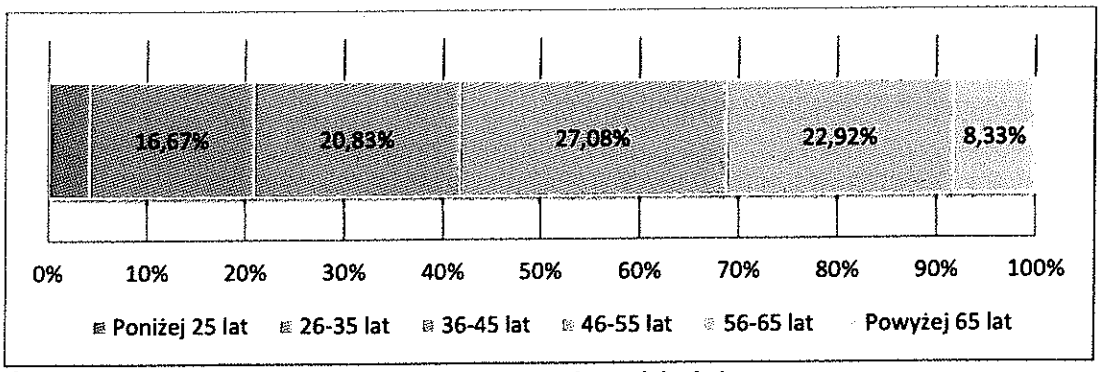
Wykres 16. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród badanych mieszkańców ponad połowę z nich stanowiły kobiety (59,18%). Najwięcej osób było w wieku 46-55 lat (27,08%), nieco mniej w 56-65 lat (22,92%) oraz w 36-45 lat (20,83%).

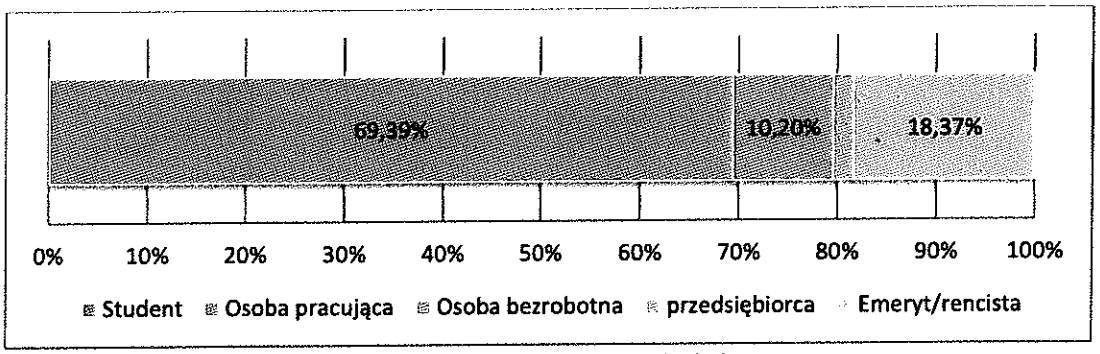
Wykres 17. Wiek respondentów - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Największą grupę badanych stanowiły osoby pracujące (69,39%), a prawie 1/5 to emeryci/ renciści (18,37%). Pozostałe grupy to osoby bezrobotne (10,20%) i przedsiębiorcy (2,04%).

Wykres 18. Zatrudnienie respondentów - Wyry

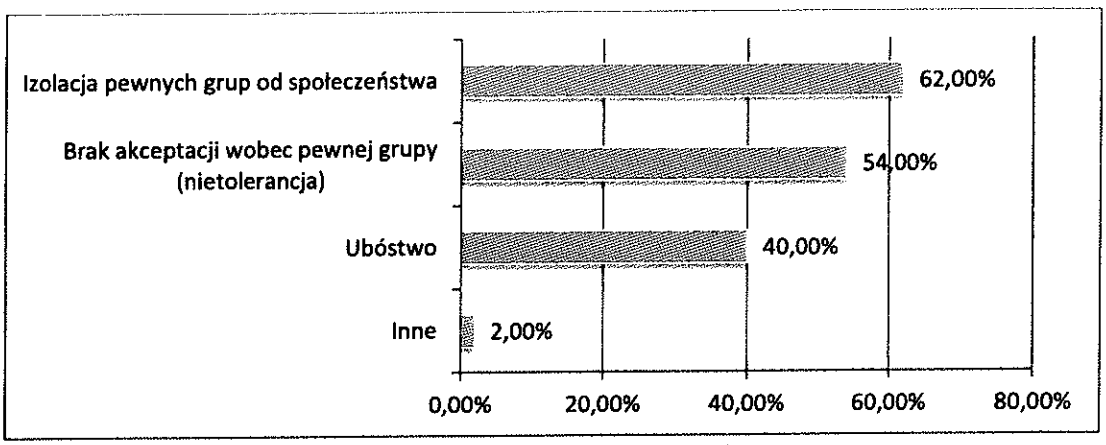


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

3. ŁAZISKA GÓRNE

Mieszkańcy gminy Łaziska Górne pojęcie „wykluczenie społeczne" utożsamiają przede wszystkim z izolacją pewnych grup od społeczeństwa (62%). Ponad połowa badanych (54%)wskazała także na brak akceptacji wobec pewnej grupy (nietolerancja).

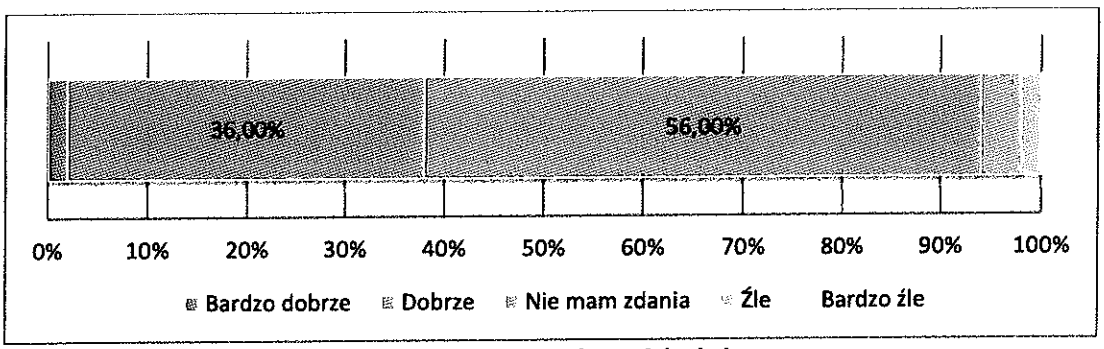
Wykres 19. Jak rozumie Pan/i pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa mieszkańców (56,00%) nie umiała ocenić działania Miejskich/ Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych. 36,00% oceniła je jako „dobre", a 2% jako „bardzo dobre". 6,00% było odmiennego zdania i oceniło je negatywnie.

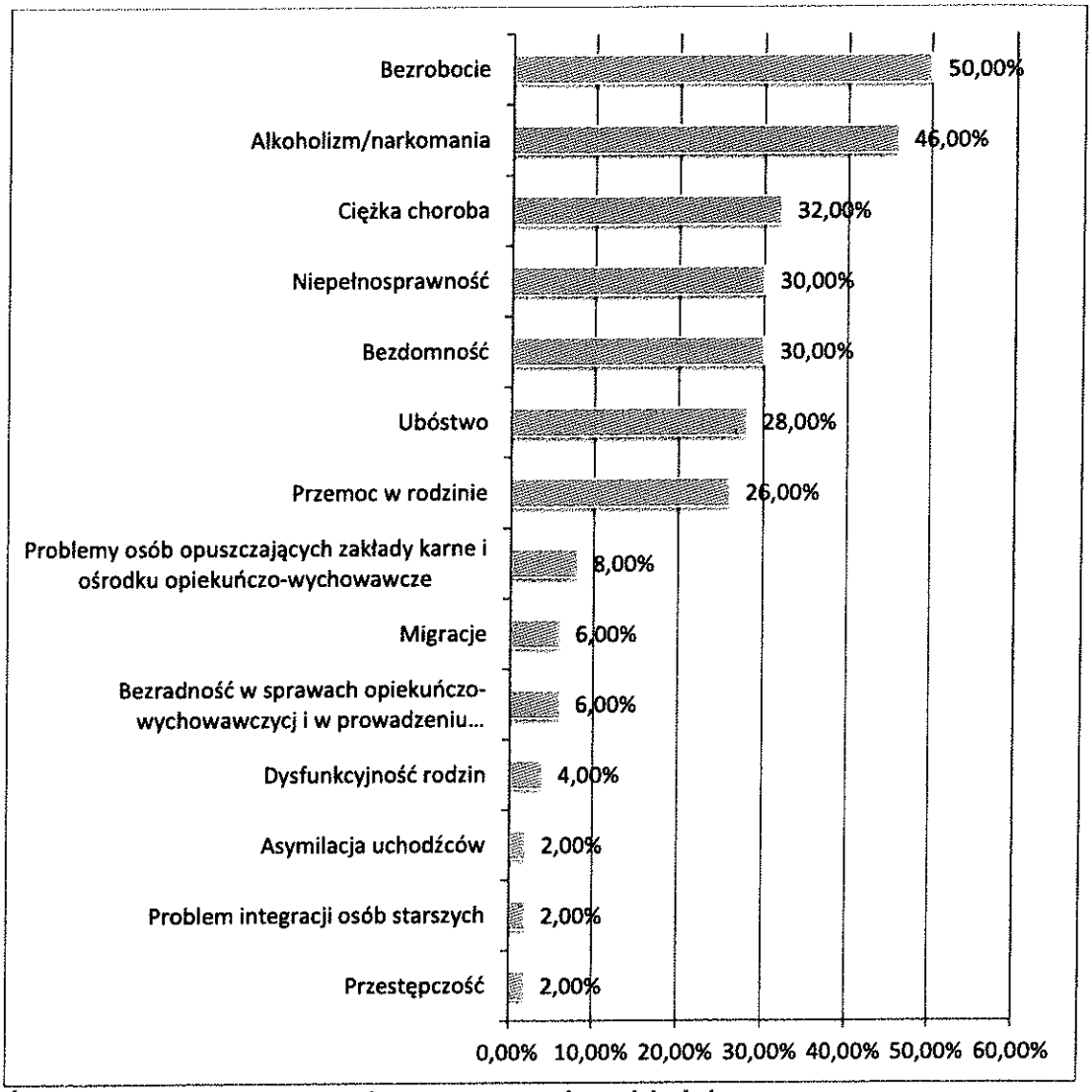
Wykres 20. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zdaniem badanych oferta pomocy w gminie jest najbardziej niezadowalająca w obszarze bezrobocia (połowa respondentów tejże gminy). Prawie połowa wskazała również na alkoholizm/ narkomanię (46,00%), a 32,00% na ciężka chorobę.

Wykres 21. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalający? - Łaziska Górne

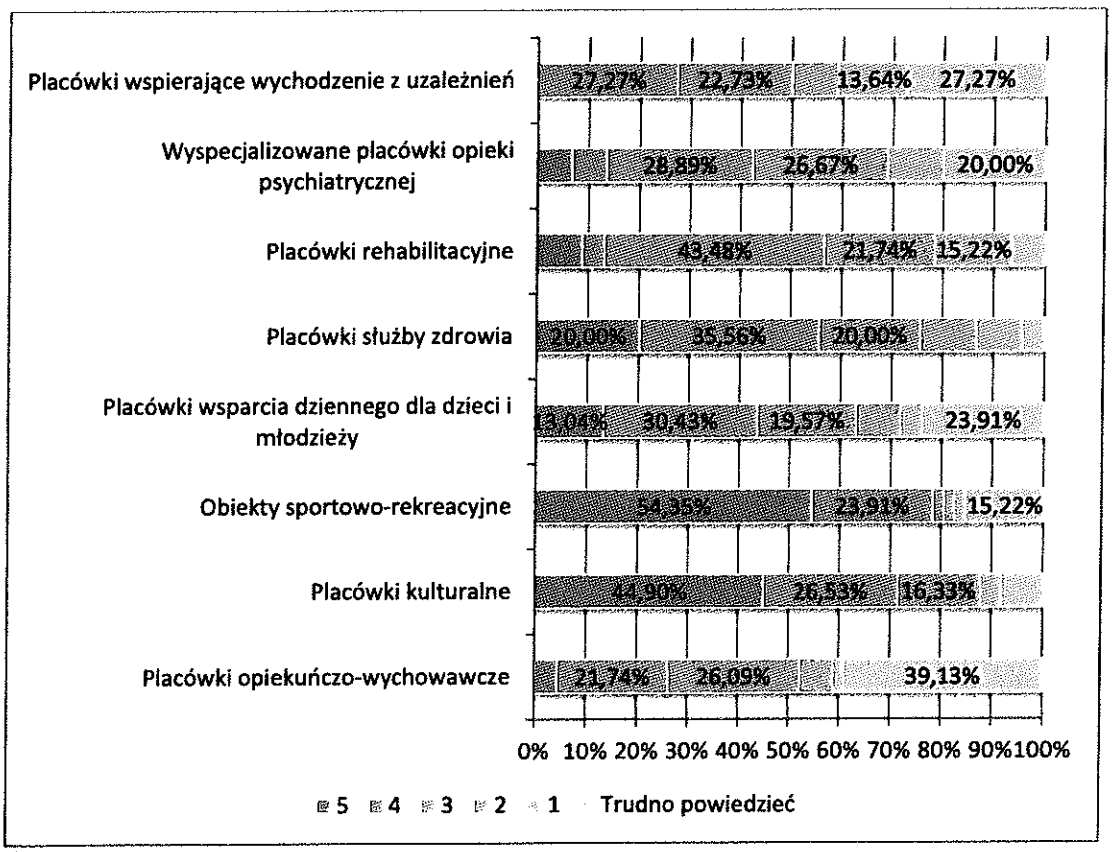


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Instytucjami, które zdaniem respondentów przyczyniają się do zniwelowania wykluczenia na terenie gminy są przede wszystkim: MOPS, szkoły, Urząd Miasta, PUP, PUPR i policja.

W opinii badanych najłatwiejszy dostęp do placówek na terenie gminy występuje w przypadku obiektów sportowo-rekreacyjnych (78,26% - suma ocen 4 i 5) oraz palcówek kulturalnych (71,43%). Najwięcej negatywnych ocen uzyskały placówki opiekuńczo-wychowawcze (39,11% - ocena 1).

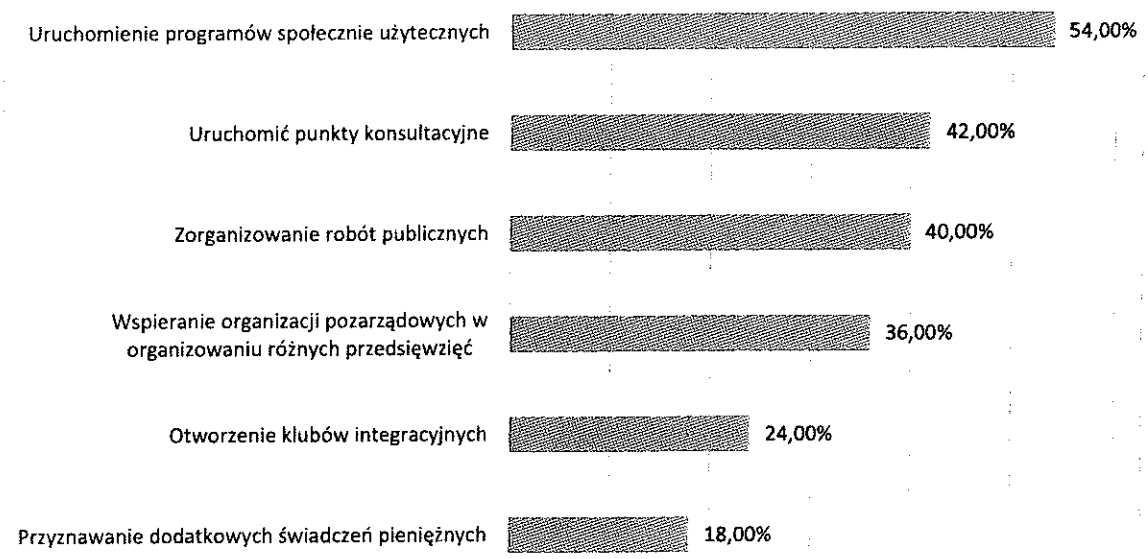
Wykres 22. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy Łazisk Górnych uznali, że samorząd, w celu ograniczenia wykluczenia społecznego, powinien przede wszystkim uruchomić programy społecznie użyteczne (54,00%), punkty konsultacyjne (42,00%) oraz roboty publiczne (40,00%).

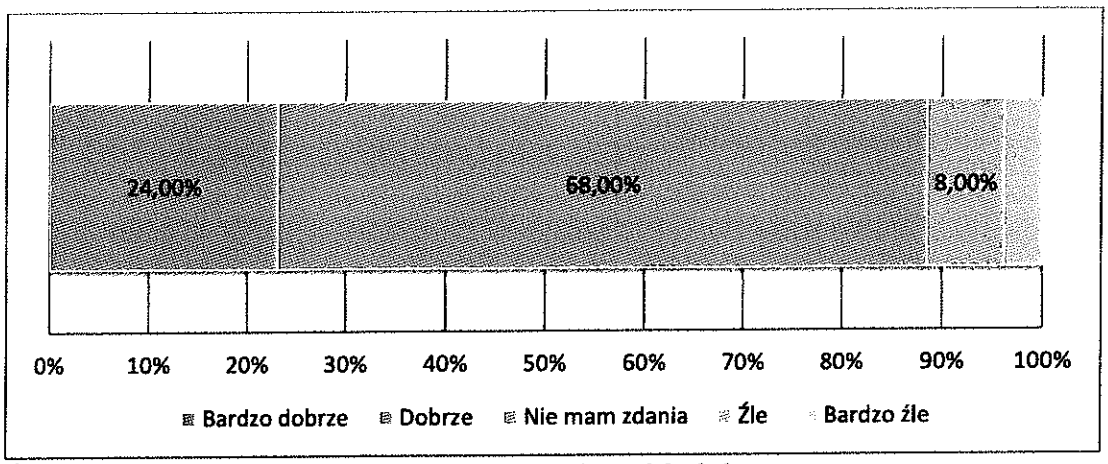
Wykres 23. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa badanych nie miała zdania na temat prowadzonych w gminie działań profilaktycznych związanych z problemem wykluczenia (68,00%). Blisko 1/4 oceniła je jako dobre (24,00%), a przeciwnego zdania było 12,00% respondentów (oceny negatywne).

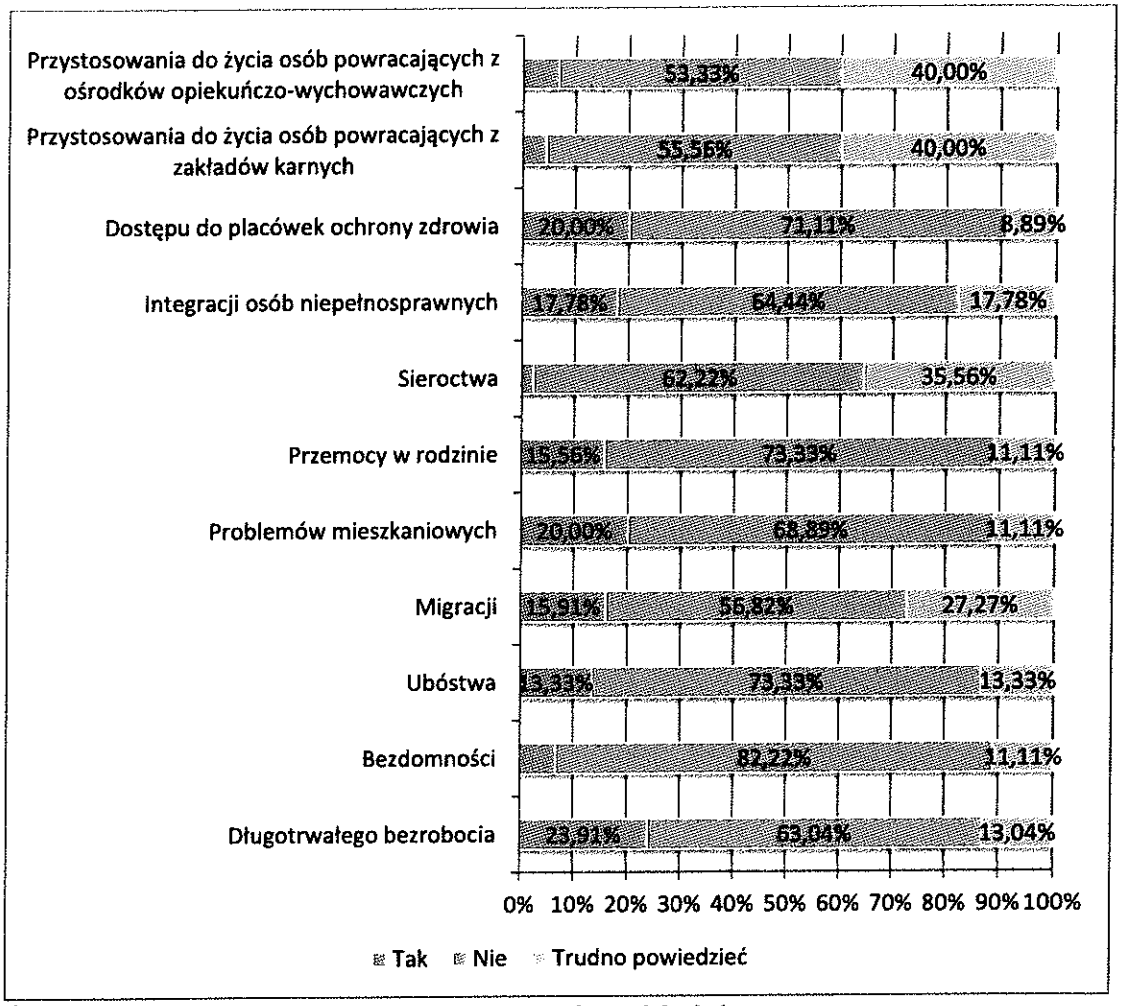
Wykres 24. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy Łazisk Górnych spotkali się ze wszystkimi problemami społecznymi. Najwięcej badanych doświadczyło, bezpośrednio lub nie, długotrwałego bezrobocia (blisko 24%), dostępu do placówek ochrony zdrowia (20,00%) oraz problemów mieszkaniowych (20,00%).

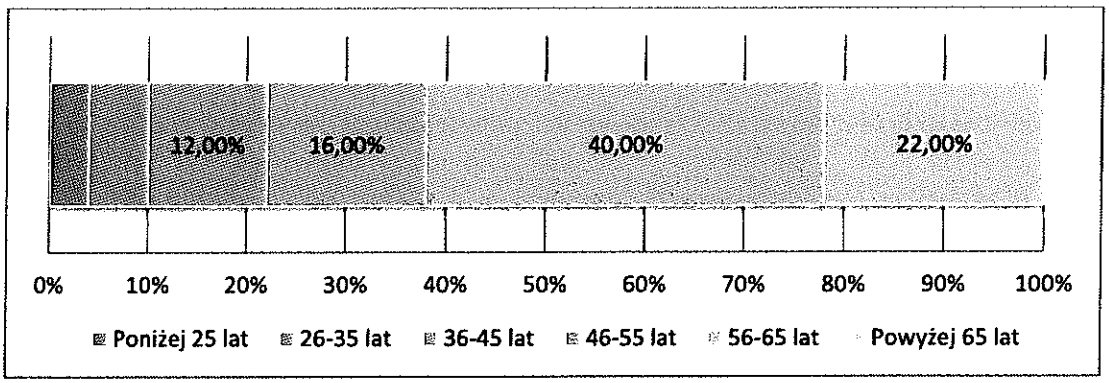
Wykres 25. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród badanych mieszkańców gminy, ponad połowę z nich stanowiły kobiety (70,83%). Najwięcej osób było w wieku 46-55 lat (40,00%). Drugie miejsce w zestawieniu przypadło osobom w grupie wiekowej powyżej 65 lat (22%).

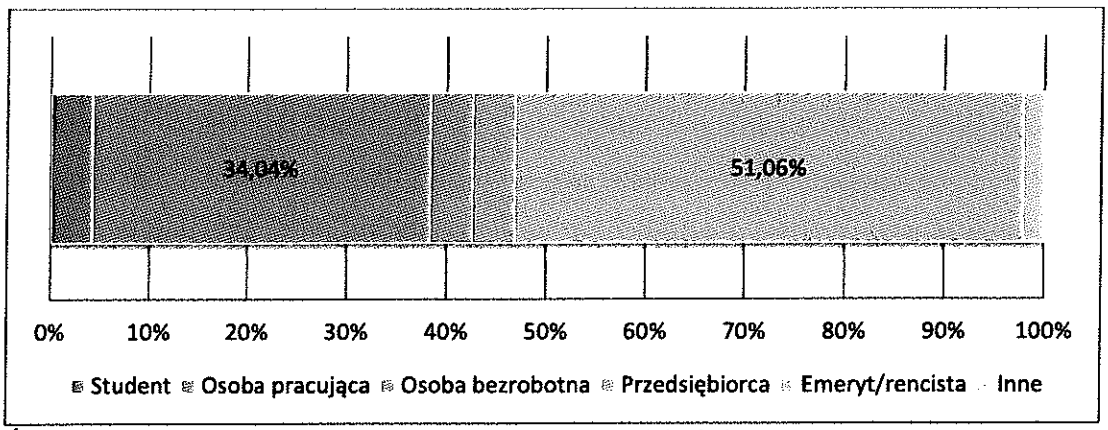
Wykres 26. Wiek respondentów - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Największą grupę badanych stanowili emeryci i renciści (51,06%). Drugie miejsce pod względem liczebności przypadło na osoby pracujące (34,04%).

Wykres 27. Zatrudnienie respondentów - Łaziska Górne

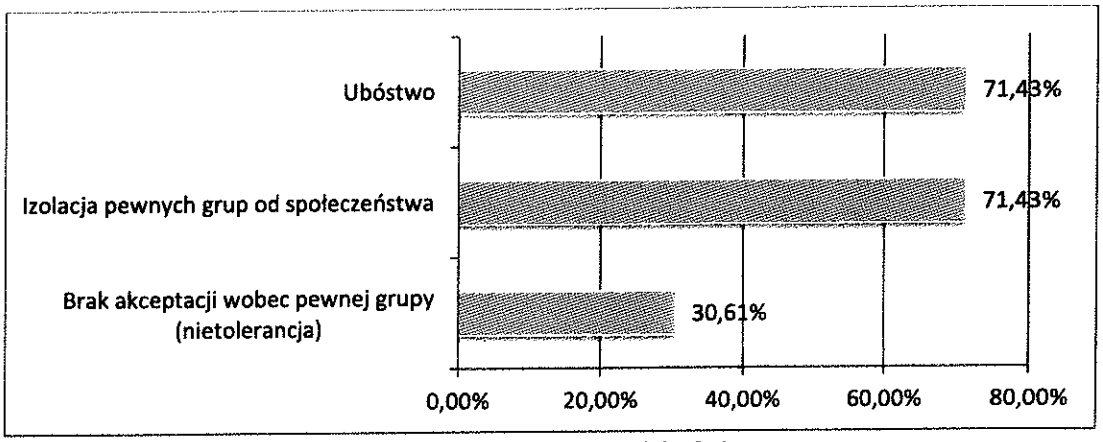


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

4. ORNONTOWICE

Mieszkańcy gminy Ornontowice pojęcie „wykluczenie społeczne" utożsamiają przede wszystkim z ubóstwem oraz izolacją pewnych grup od społeczeństwa (po 71,43%). 30,61% wskazało także na brak akceptacji wobec pewnej grupy (nietolerancja).

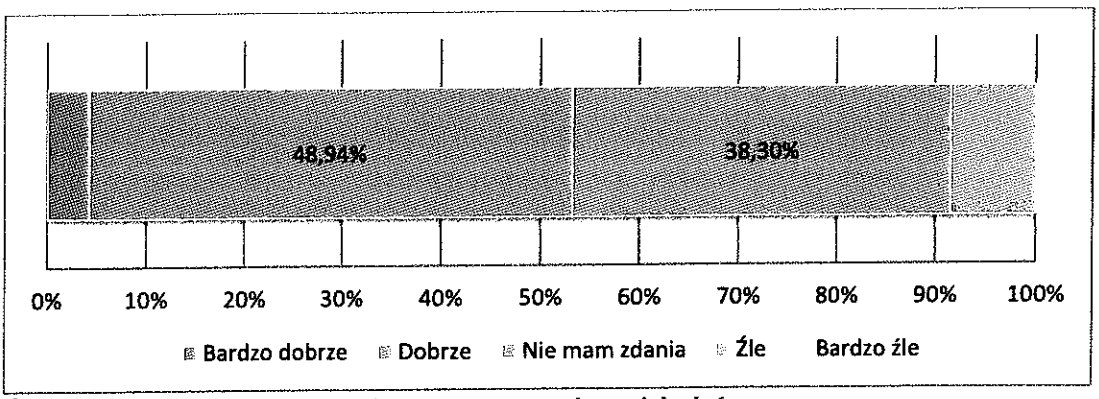
Wykres 28. Jak Pan/i rozumie pojęcie "wykluczenie społeczne"? -Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

38,30% badanych z tejże gminy nie umiało ocenić działania Miejskich/ Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych. 48,94% oceniła je jako „dobre", a 4,26% jako „bardzo dobre". 8,51% było odmiennego zdania i oceniło je negatywnie („źle").

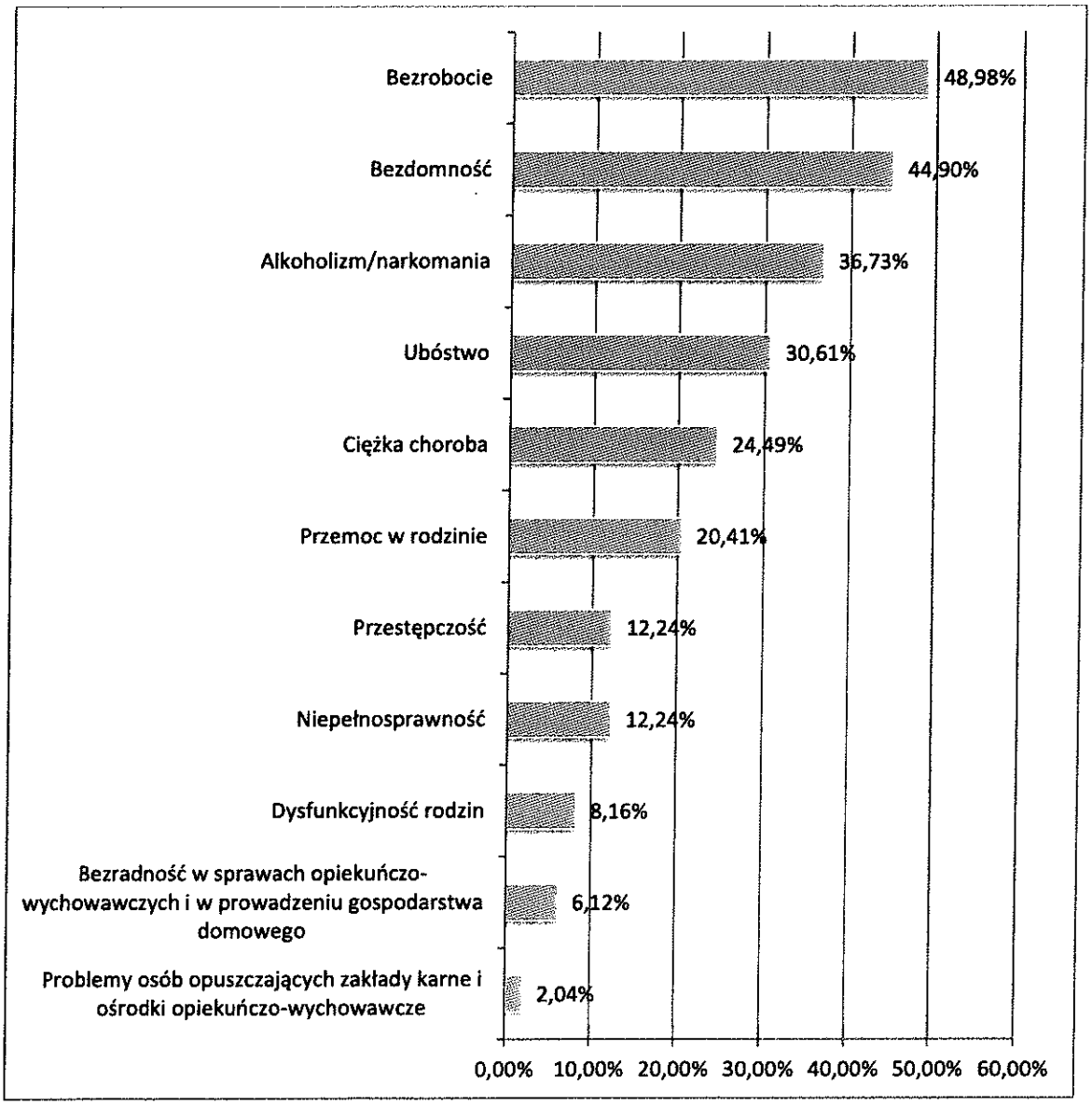
Wykres 29. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie zminimalizowania problemów społecznych? - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zdaniem badanych oferta pomocy w gminie jest najbardziej niezadowalająca w obszarze bezrobocia (blisko połowa respondentów tejże gminy). Prawie połowa wskazała również na bezdomność (44,90%), a nieco mniej (36,73%) na ubóstwo.

Wykres 30. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalająca? - Ornontowice

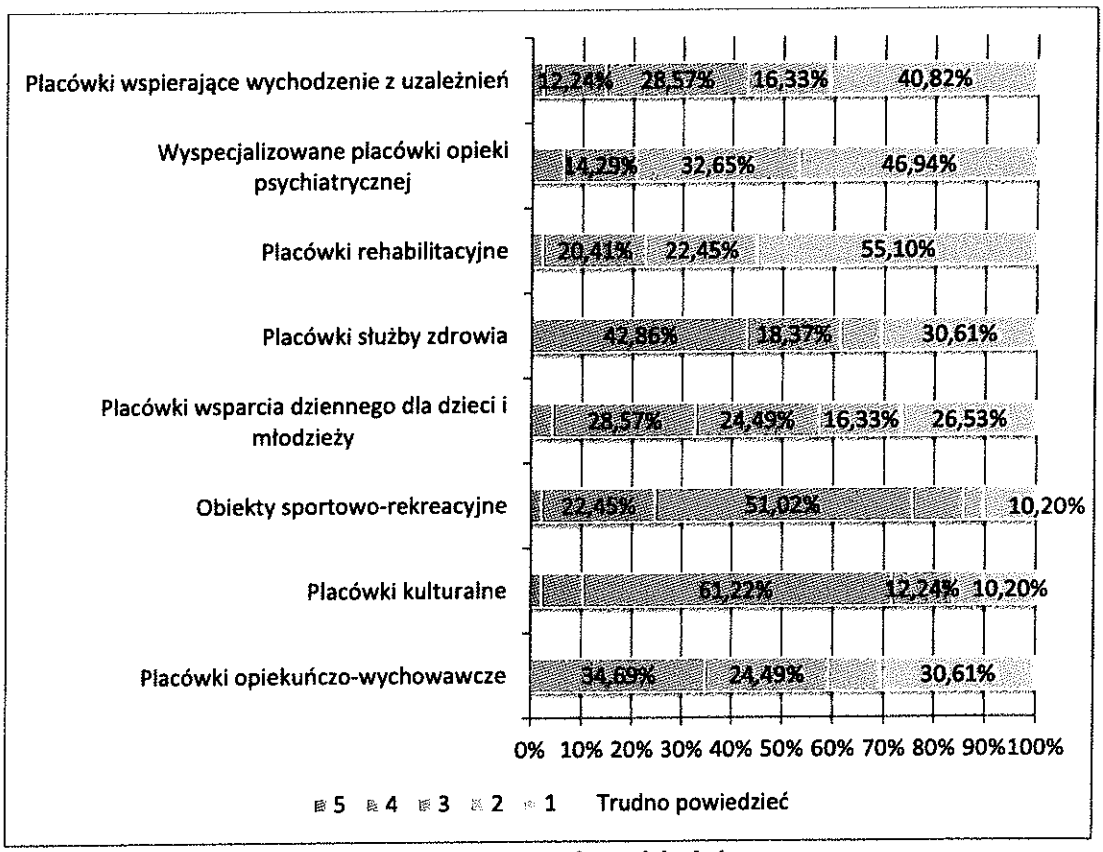


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Instytucjami, które zdaniem respondentów przyczyniają się do zniwelowania wykluczenia na terenie gminy są przede wszystkim : GOPS, Urząd Gminy, org, pozarządowe, służba zdrowia, placówki opiekuńcze

W opinii badanych najłatwiejszy dostęp do placówek na terenie gminy występuje w przypadku obiektów sportowo-rekreacyjnych (73,47% - suma ocen 4 i 5) oraz placówek kulturalnych (69,38%).

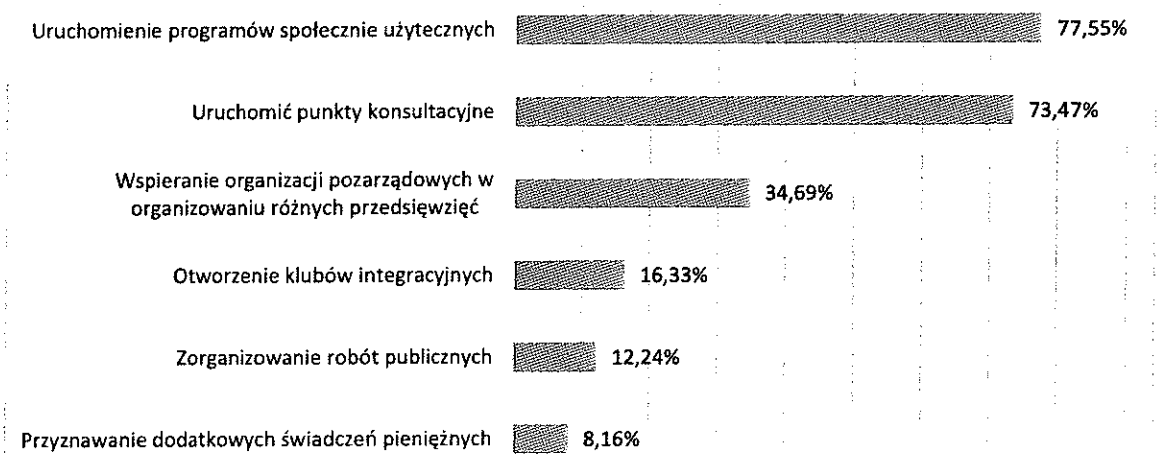
Wykres 31. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy uznali, że samorząd, w celu ograniczenia wykluczenia społecznego, powinien przede wszystkim uruchomić programy społecznie użyteczne (77,55%), punkty konsultacyjne (73,47%) oraz wesprzeć organizacje pozarządowe w organizowaniu różnych przedsięwzięć (34,69%).

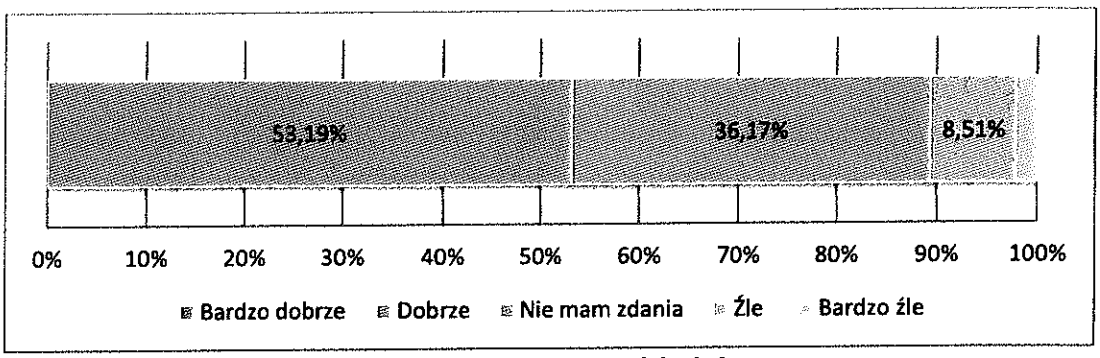
Wykres 32. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

36,17% nie miało zdania na temat prowadzonych w gminie działań profilaktycznych związanych z problemem wykluczenia. 53,19% oceniła je jako dobre, a przeciwnego zdania było 10,64% respondentów (oceny negatywne).

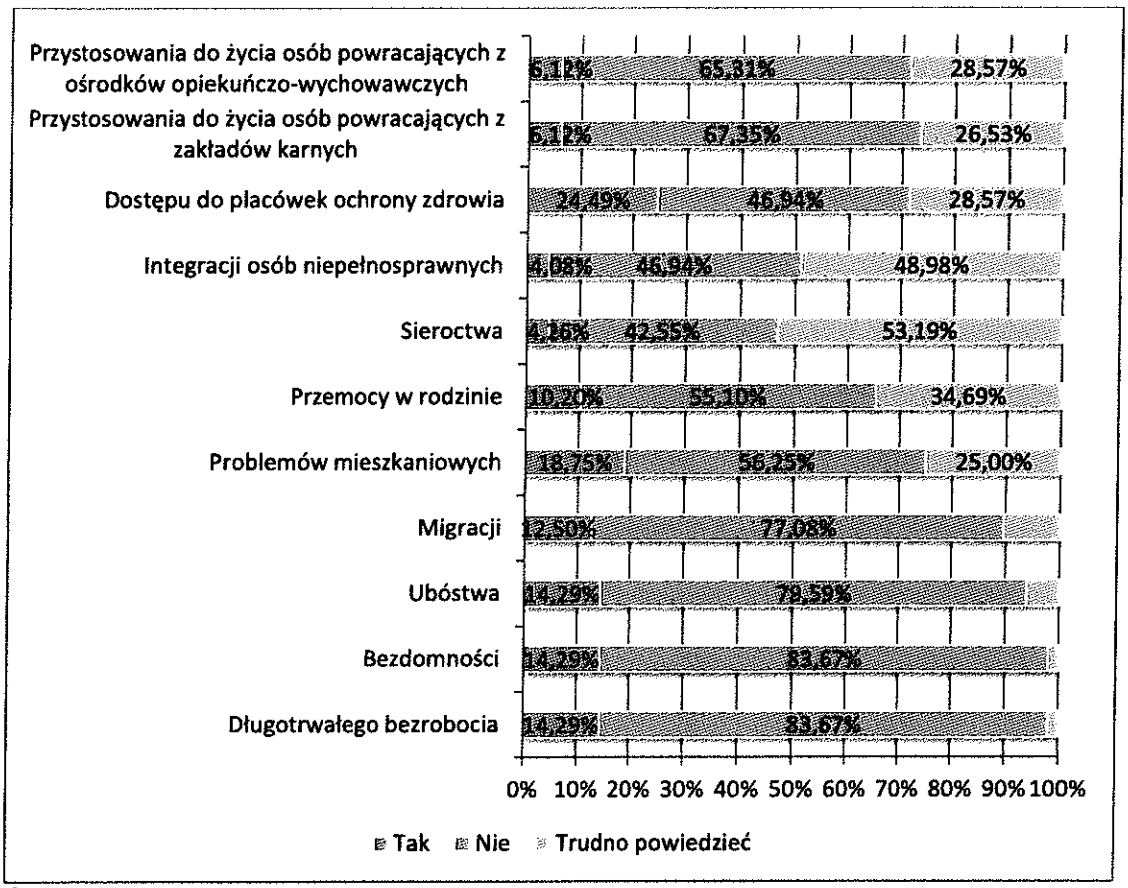
Wykres 33. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy gminy Ornontowice spotkali się ze wszystkimi problemami społecznymi. Najwięcej badanych doświadczyło, bezpośrednio lub nie, dostępu do placówek ochrony zdrowia (24,49%) oraz problemów mieszkaniowych (18,75%).

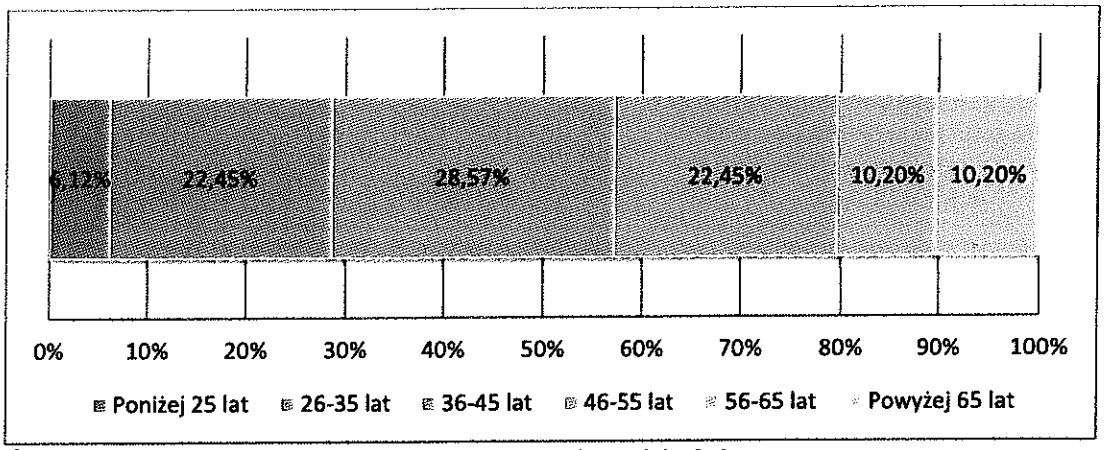
Wykres 34. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród badanych mieszkańców ponad połowę z nich stanowili mężczyźni (53,06%). Najwięcej osób było w wieku 36-45 lat (28,57%), nieco mniej w 26-35 lat oraz w 46-55 lat (po 22,45%).

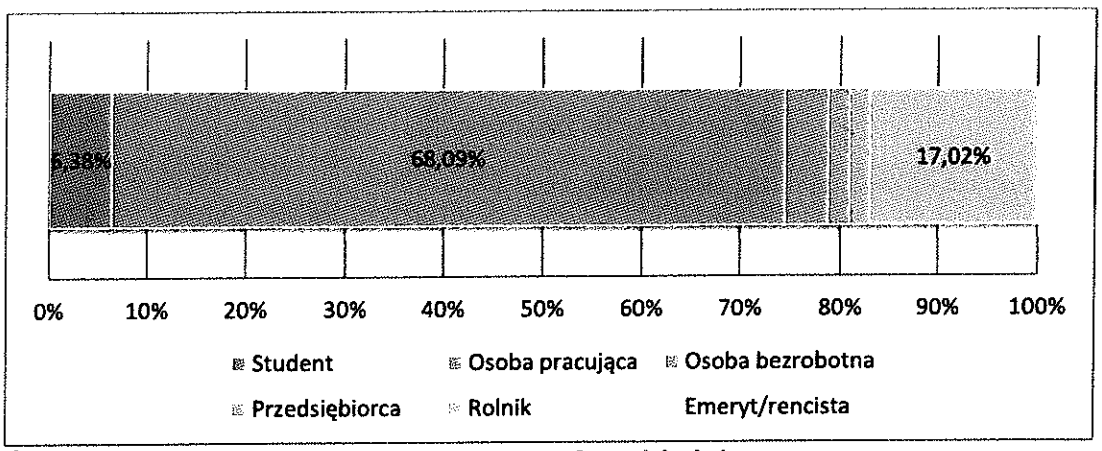
Wykres 35. Wiek respondentów - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Największą grupę badanych stanowiły osoby pracujące (68,09%), a 17,02 to emeryci i renciści. Grupy te były najliczniej reprezentowane w ramach próby badawczej tejże gminy.

Wykres 36. Zatrudnienie respondentów - Ornontowice

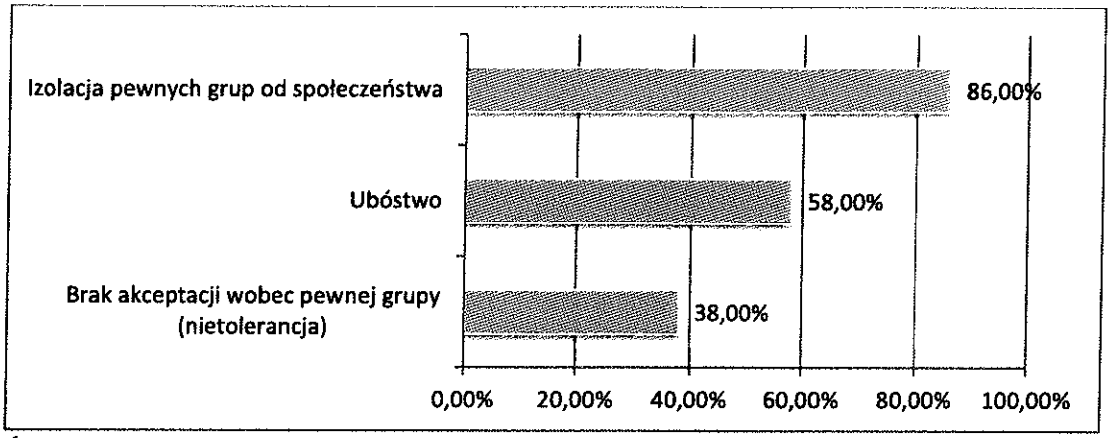


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5. ORZESZE

Mieszkańcy gminy Orzesze pojęcie „wykluczenie społeczne" utożsamiają przede wszystkim z izolacją pewnych grup od społeczeństwa (86,00%). Ponad połowa badanych (58%) wskazała także na ubóstwo.

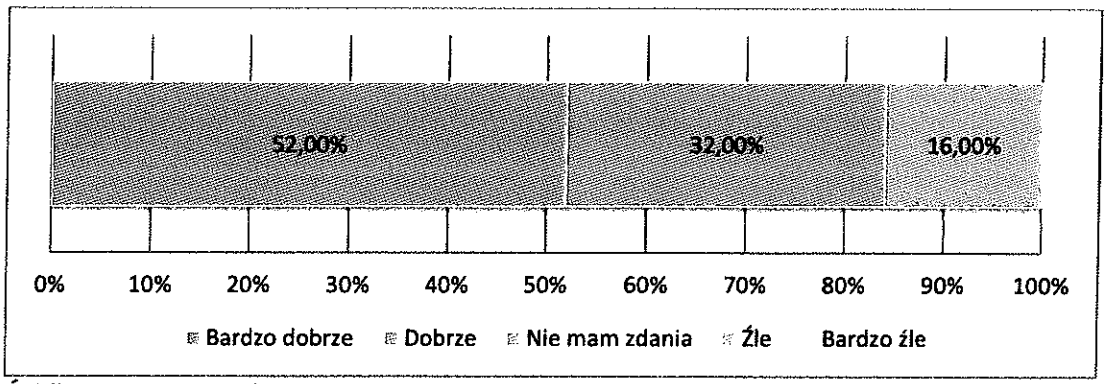
Wykres 37. Jak Pan/i rozumie pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

32,00% badanych z tejże gminy nie umiało ocenić działania Miejskich/ Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych. 52,00% oceniło je jako „dobre", a 16,00% było odmiennego zdania i oceniło je negatywnie.

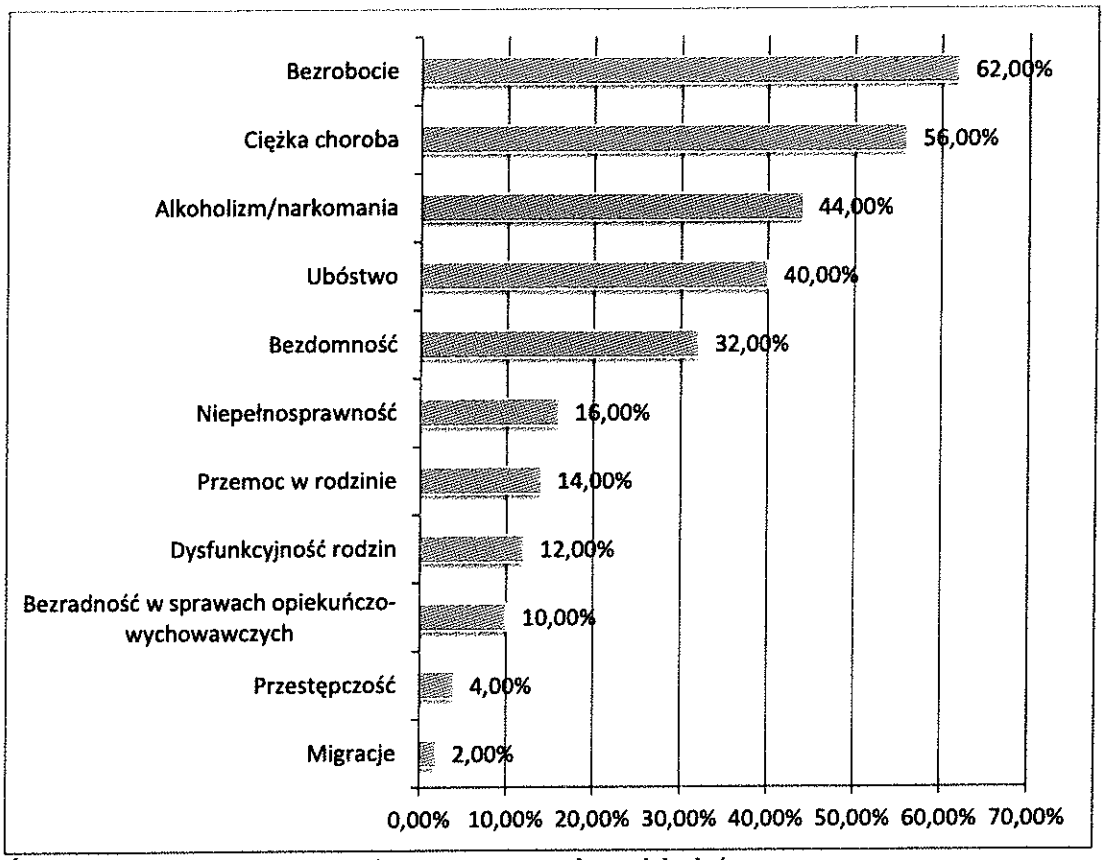
Wykres 38. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zdaniem badanych oferta pomocy w gminie jest najbardziej niezadowalająca w obszarze bezrobocia (62,00 respondentów tejże gminy). Ponad połowa wskazała również na ciężką chorobę (56,00%).

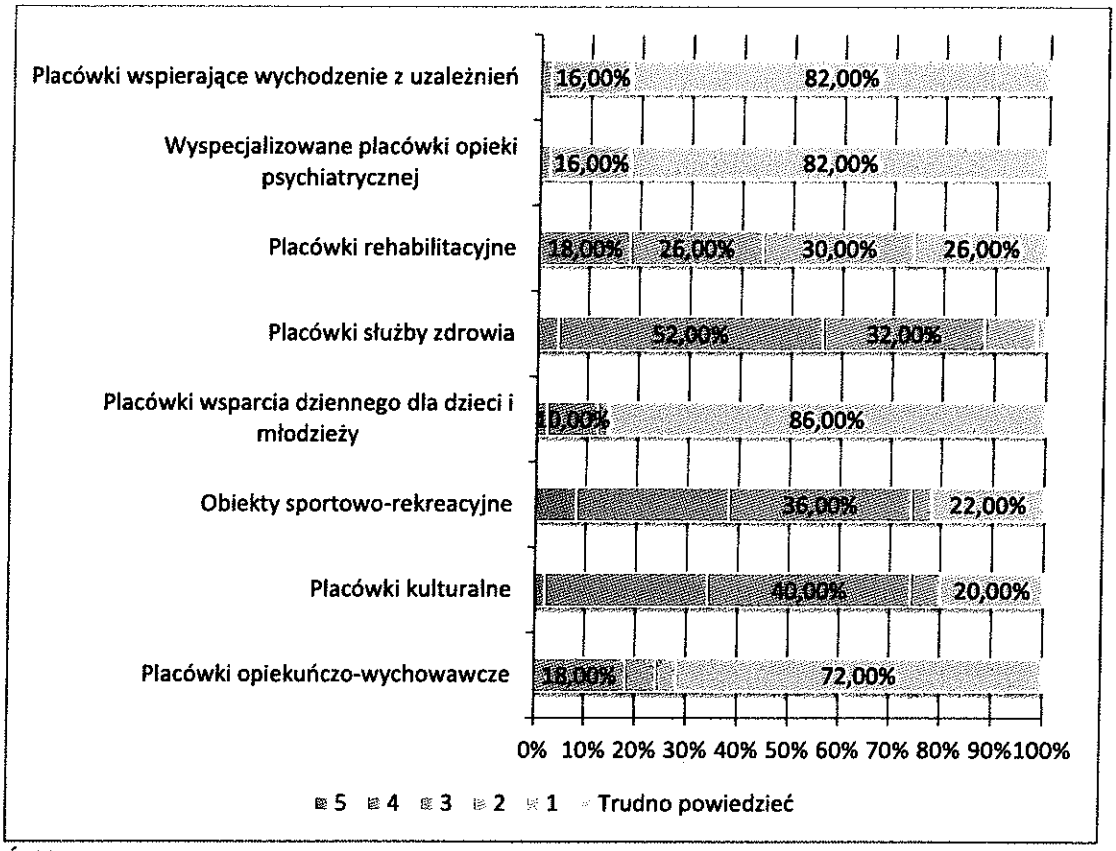
Wykres 39. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalająca? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W opinii badanych najłatwiejszy dostęp do placówek na terenie gminy występuje w przypadku obiektów sportowo-rekreacyjnych (38,00% - suma ocen 4 i 5) oraz placówek kulturalnych (34,00%).

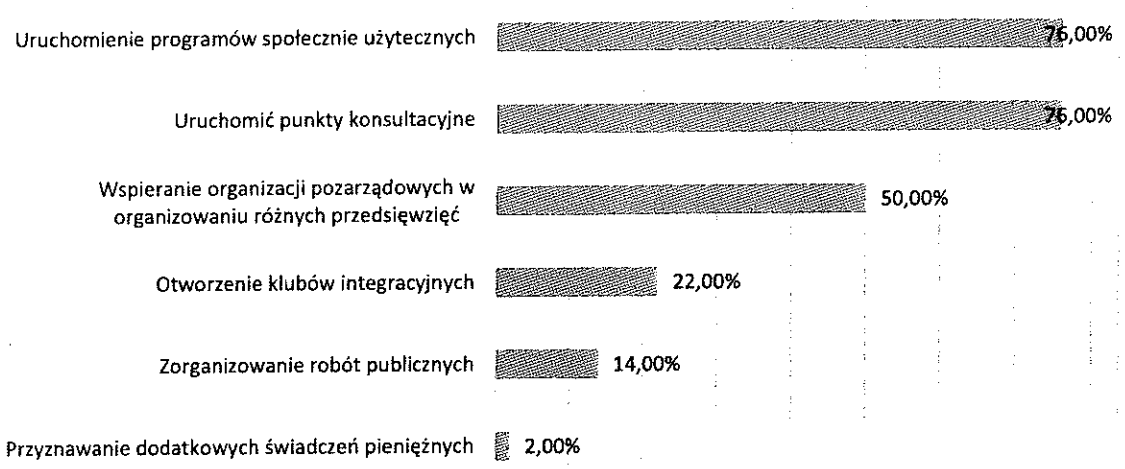
Wykres 40. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy uznali, że samorząd, w celu ograniczenia wykluczenia społecznego, powinien przede wszystkim uruchomić punkty konsultacyjne oraz programy społecznie użyteczne (po 76,00%) oraz wesprzeć organizacje pozarządowe w organizowaniu różnych przedsięwzięć (połowa badanych z tejże gminy).

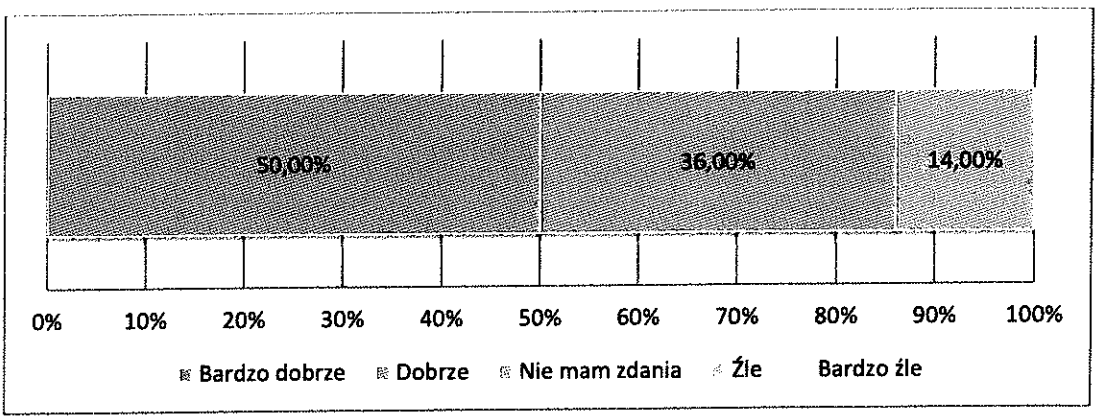
Wykres 41. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

36,00% badanych nie miało zdania na temat prowadzonych w gminie działań profilaktycznych związanych z problemem wykluczenia. Połowa oceniła je jako dobre, a przeciwnego zdania było 14,00% respondentów.

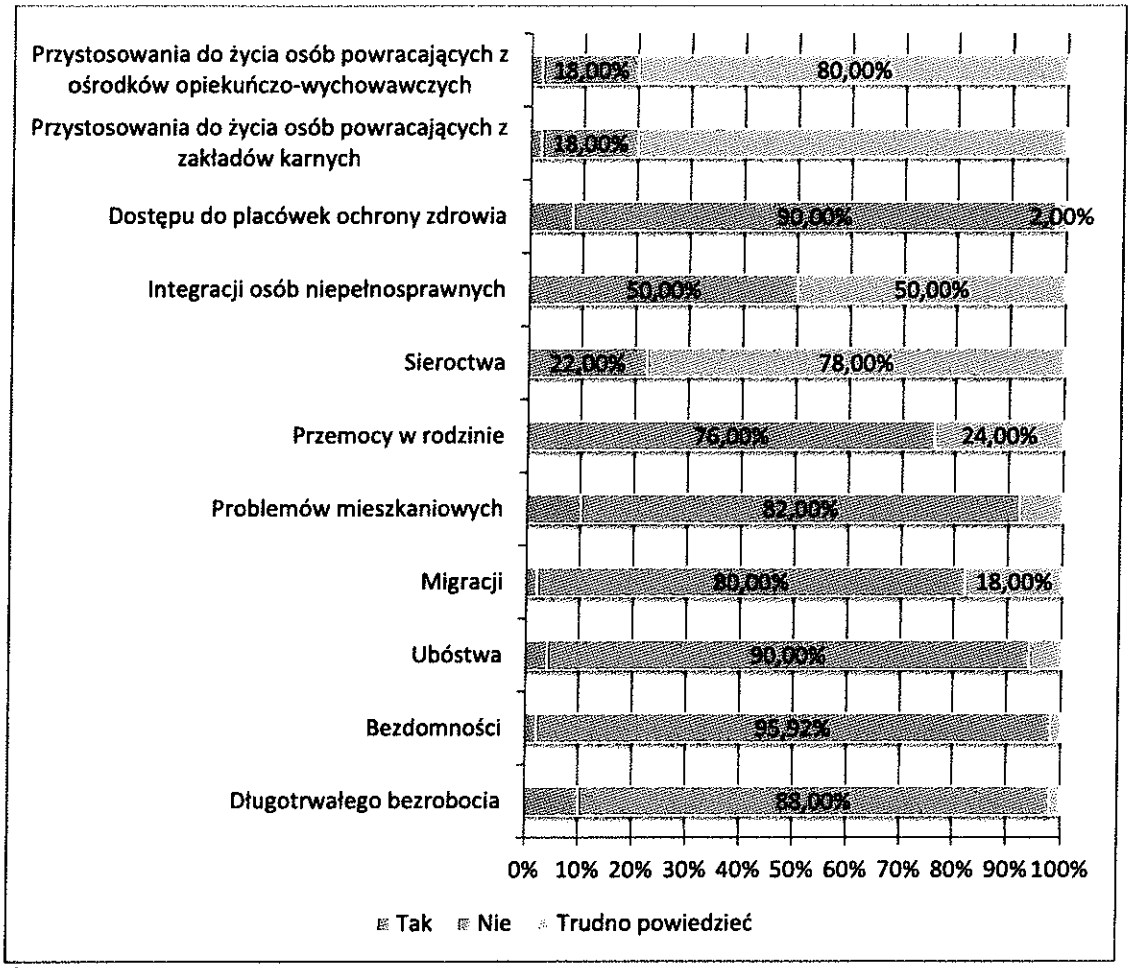
Wykres 42. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? -Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy gminy spotkali się ze znaczną częścią problemów społecznych. Najwięcej badanych doświadczyło, bezpośrednio lub nie, problemów mieszkaniowych i długotrwałego bezrobocia (po 10,00%).

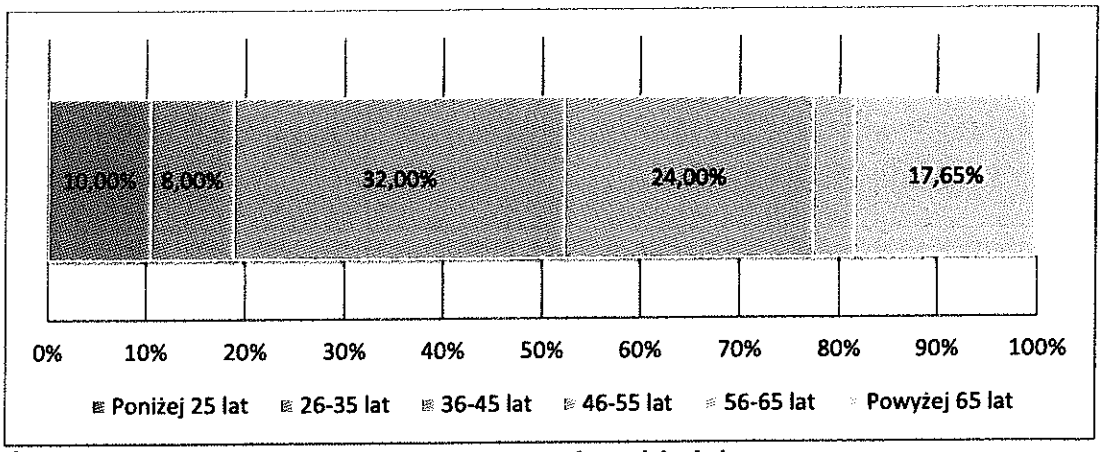
Wykres 43. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród badanych mieszkańców ponad połowę z nich stanowili mężczyźni (53,06%). Najwięcej osób było w wieku 36-45 lat (32,00%), a nieco mniej w 46-55 lat (24,00%).

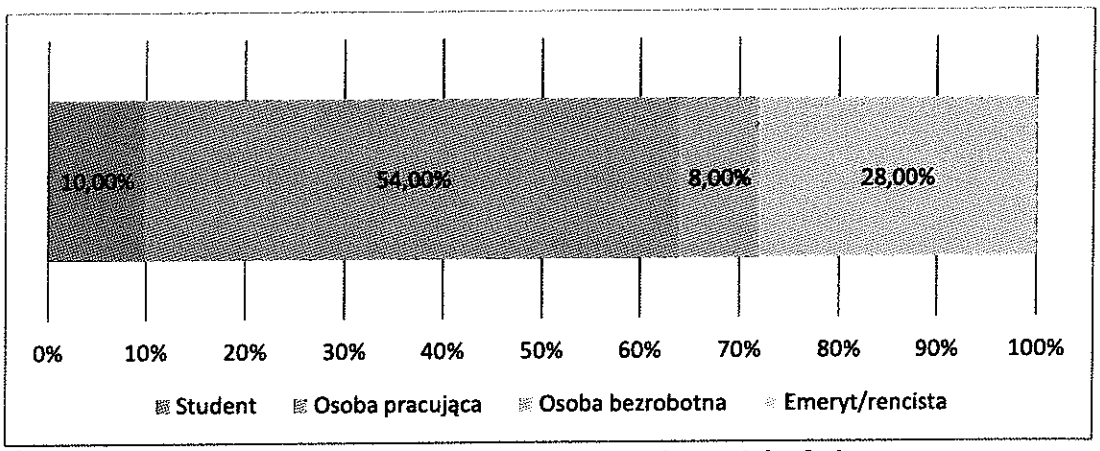
Wykres 44. Wiek respondentów-Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Największą grupę badanych stanowiły osoby pracujące (54,00%), a 28,00% to emeryci i renciści. Pozostałe grupy to osoby bezrobotne (8,00%) i studenci (10%).

Wykres 45. Zatrudnienie respondentów - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

6. Spis wykresów

Wykres 1. Jak Pan/i rozumie pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Mikołów 3
Wykres 2. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/ Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? - Mikołów 3
Wykres 3. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest niezadowalająca? - Mikołów 4
Wykres 4. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Mikołów 5
Wykres 5. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Mikołów 6
Wykres 6. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? - Mikołów 6
Wykres 7. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie- Mikołów 7
Wykres 8. Wiek badanych - Mikołów 8
Wykres 9. Zatrudnienie respondentów - Mikołów 8
Wykres 10. Jak Pan/i rozumie pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Wyry 9
Wykres 11. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? - Wyry 9
Wykres 12. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalająca? - Wyry 10
Wykres 13. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy – Wyry 11
Wykres 14. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Wyry 12
Wykres 15. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia? - Wyry 12
Wykres 16. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie - Wyry 13
Wykres 17. Wiek respondentów - Wyry 14

Wykres 18. Zatrudnienie respondentów - Wyry 14
Wykres 19. Jak rozumie Pan/i pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Łaziska Górne 15
Wykres 20. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? - Łaziska Górne 15
Wykres 21. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalający? - Łaziska Górne. 16
Wykres 22. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Łaziska Górne 17
Wykres 23. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Łaziska Górne 18
Wykres 24. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? - Łaziska Górne 19
Wykres 25. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie - Łaziska Górne 20
Wykres 26. Wiek respondentów - Łaziska Górne 21
Wykres 27. Zatrudnienie respondentów - Łaziska Górne 21
Wykres 28. Jak Pan/i rozumie pojęcie "wykluczenie społeczne"? -Ornontowice 22
Wykres 29. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie zminimalizowania problemów społecznych? - Ornontowice 22
Wykres 30. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalająca? - Ornontowice ... 23
Wykres 31. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Ornontowice 24
Wykres 32. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Ornontowice 25
Wykres 33. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? - Ornontowice 26
Wykres 34. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie - Ornontowice 27
Wykres 35. Wiek respondentów - Ornontowice 28

Wykres 36. Zatrudnienie respondentów - Ornontowice 28
Wykres 37. Jak Pan/i rozumie pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Orzesze 29
Wykres 38. Jak ocenia Pan/i działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych? - Orzesze 29
Wykres 39. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowalająca? - Orzesze 30
Wykres 40. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy - Orzesze 31
Wykres 41. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego? - Orzesze 32
Wykres 42. Jak Pan/i ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego? -Orzesze 32
Wykres 43. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w danym zakresie - Orzesze 33
Wykres 44. Wiek respondentów-Orzesze 34
Wykres 45. Zatrudnienie respondentów - Orzesze 34

Załącznik 3 do Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego

- wyniki badań uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych -

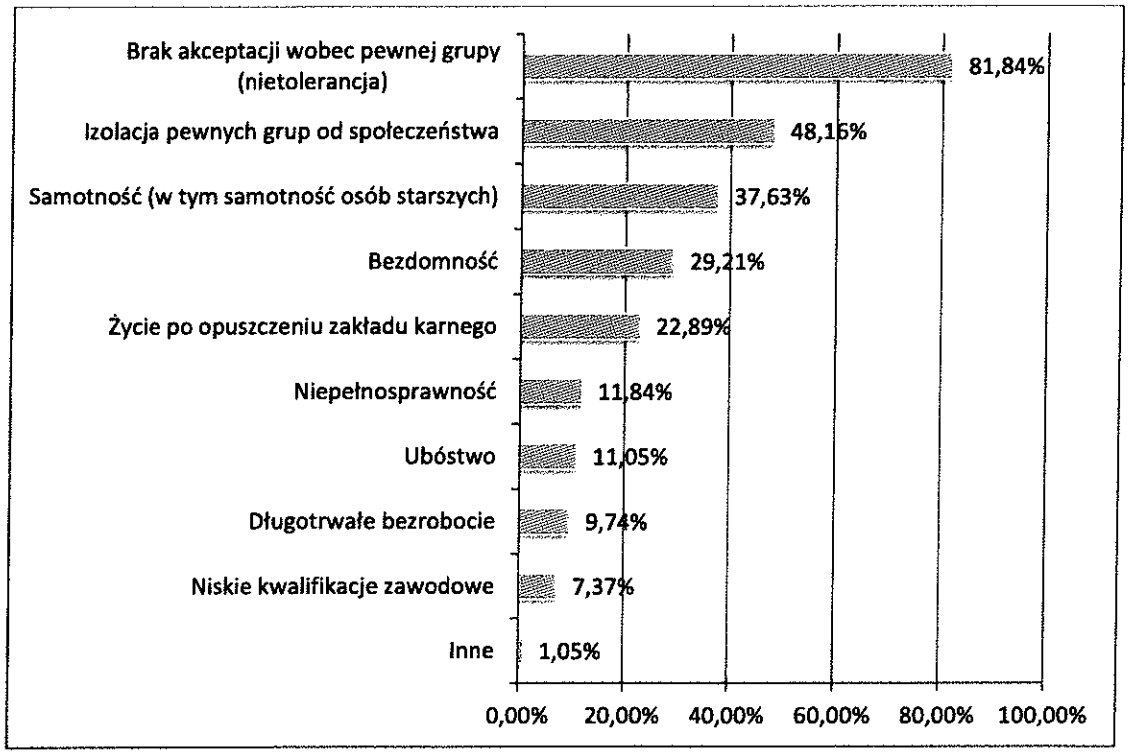
Spis treści

1. MIKOŁÓW 3
2. WYRY 8
3. ŁAZISKA GÓRNE 13
4. ORNONTOWICE 18
5. ORZESZE 23
6. Spis wykresów 28

1. MIKOŁÓW

Uczniowie z terenu Mikołowa pojęcie „wykluczenie społeczne" rozumieją przede wszystkim jako brak akcpetacji wobec pewnej grupy – na tę odpowiedź wskazało 8/10 badanych. Zjawisko to kojarzy im się również z izolacją pewnych grup od społeczeństwa (48,16%), a także samotnością (37,63%). Prawie 1/3 badanych wksazała również na bezdomność (29,21%), a ponad 1/5 na życie po opuszczeniu zakładu karnego (22,89%).

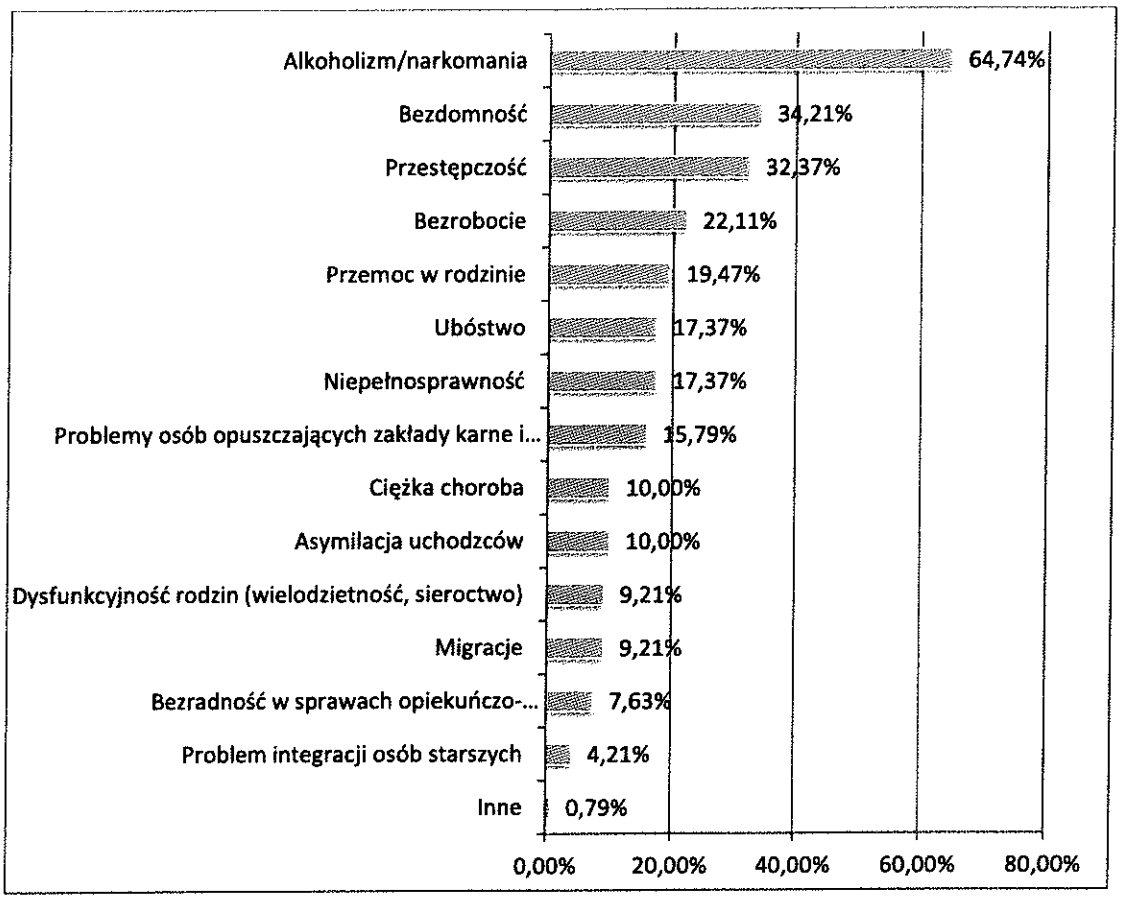
Wykres 1. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród problemów mogących generować wykluczenie społeczne uczniowie za najistotniejszy uznali alkoholizm/ narkomanię (64,74%). Wysoki odsetek osób wskazał także na bezdomność (34,21%) , przestępczość (32,37%) oraz bezrobocie (22,11%). Zjawiskami, w najmniejszym stopniu, przyczyniającymi się do wykluczenia zdaniem respondentów są problemy integracji osób starszych, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, migracje czy dysfunkcyjność rodziny.

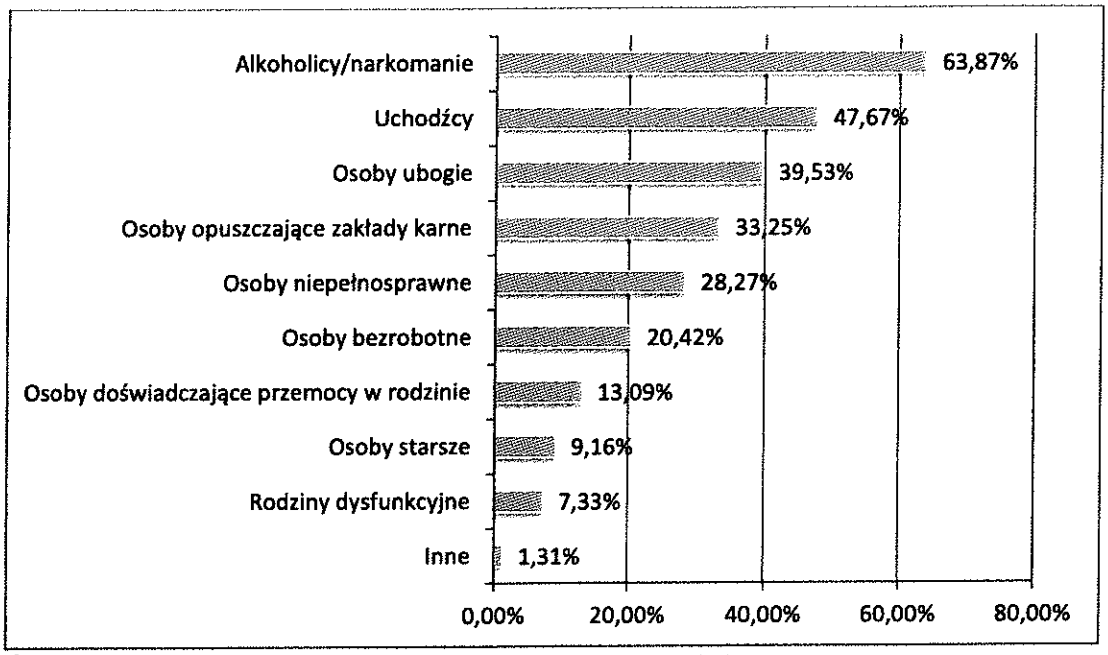
Wykres 2. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W opinii uczniów grupą najbardziej narażoną na wykluczenie społeczne są alkoholicy/ narkomani (63,87%). Prawie połowa badanych wskazała także na uchodźców (47,67%), a nieco niższy odsetek na osoby ubogie (39,53%) oraz opuszczające zakłady karne (33,25%).

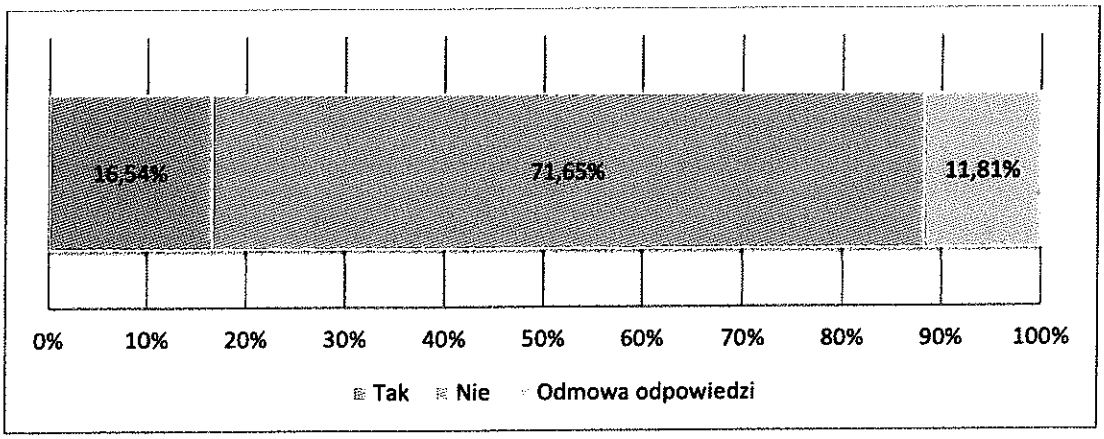
Wykres 3 Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

16,54% badanych uczniów z terenu Mikołowa zadeklarowało, że doświadczyło zjawiska wykluczenia społecznego. Zdecydowana większość udzieliła jednak odpowiedzi negatywnej (71,65%), a 11, 81% odmówiło odpowiedzi.

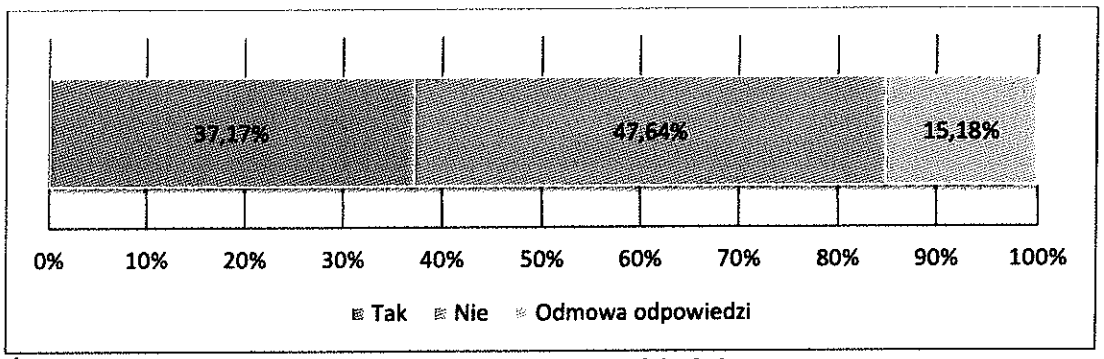
Wykres 4. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad dwukrotnie więcej osób, niż w pytaniu poprzednim, zadeklarowało, że ktoś w ich otoczeniu doświadczył wykluczenia społecznego (37,17%). Odmiennego zdania była prawie połowa uczniów (47,64%), natomiast 15,18% odmówiło odpowiedzi.

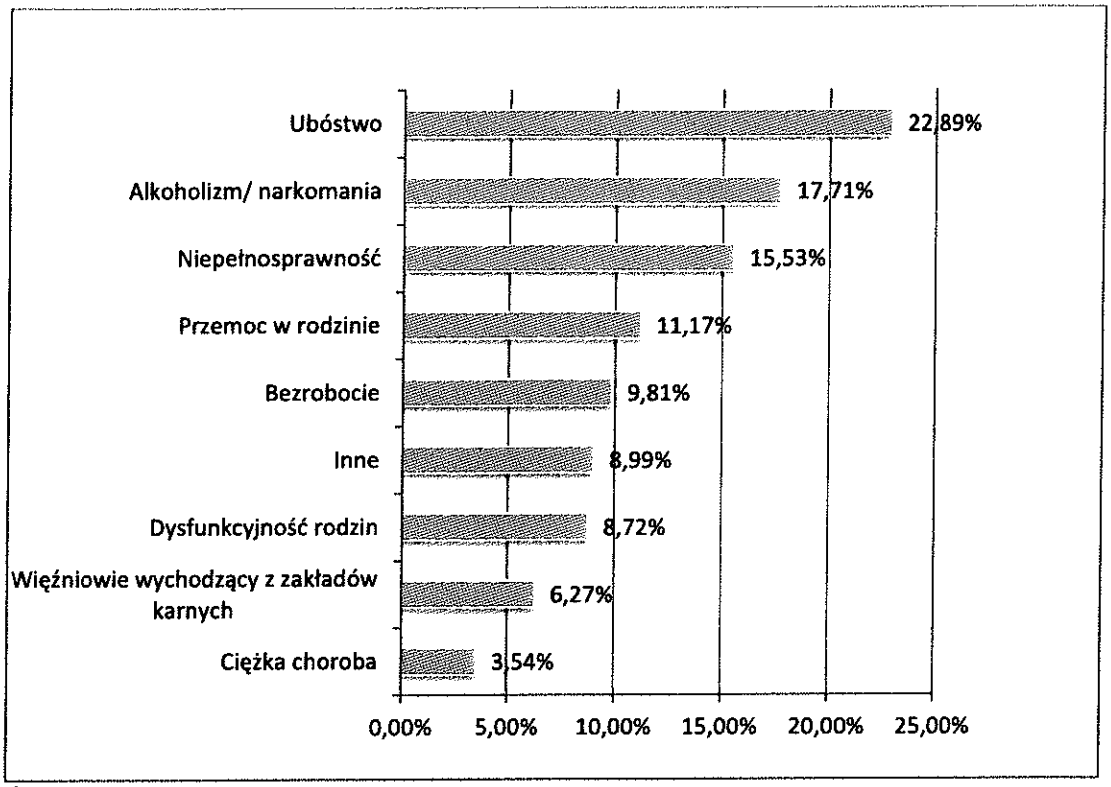
Wykres 5. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Mikołów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród powodów, w wyniku których badani lub osoby z ich otoczenia doświadczały wykluczenia społecznego, uczniowie najczęściej wskazywali na ubóstwo (22,89%). Nieco mniejszy odsetek wskazał również na alkoholizm/ narkomanię (17,71%) oraz niepełnosprawność (15,53%).

Wykres 6. Z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Mikołów

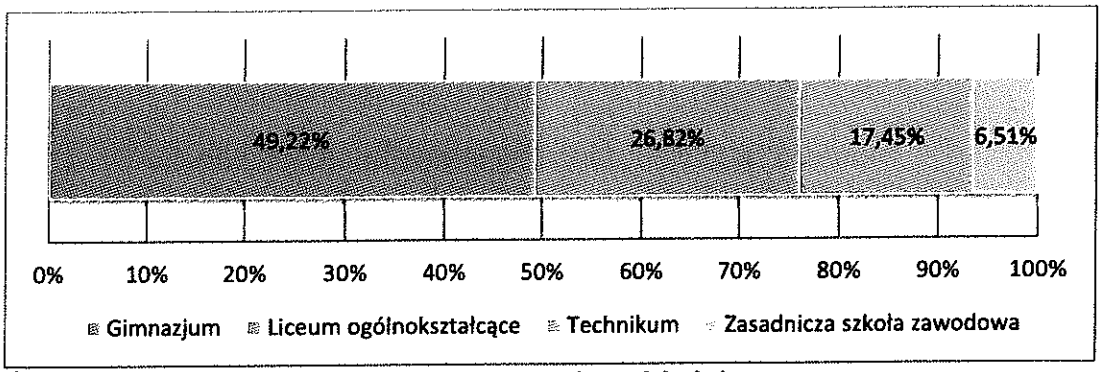


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród badanych uczniów ponad połowę stanowiły kobiety (57,29%). Wszyscy uczniowie mieli mniej niż 25 lat.

Największą przebadaną grupę stanowili gimnazjaliści (49,22%). Ponad ¼ stanowili uczniowie liceów ogólnokształcących, a 17,45% techników. Najmniejszy odsetek badanych uczęszczał do zasadniczych szkół zawodowych (6,51%).

Wykres 7. Szkoła do której uczęszczają respondenci - Mikołów

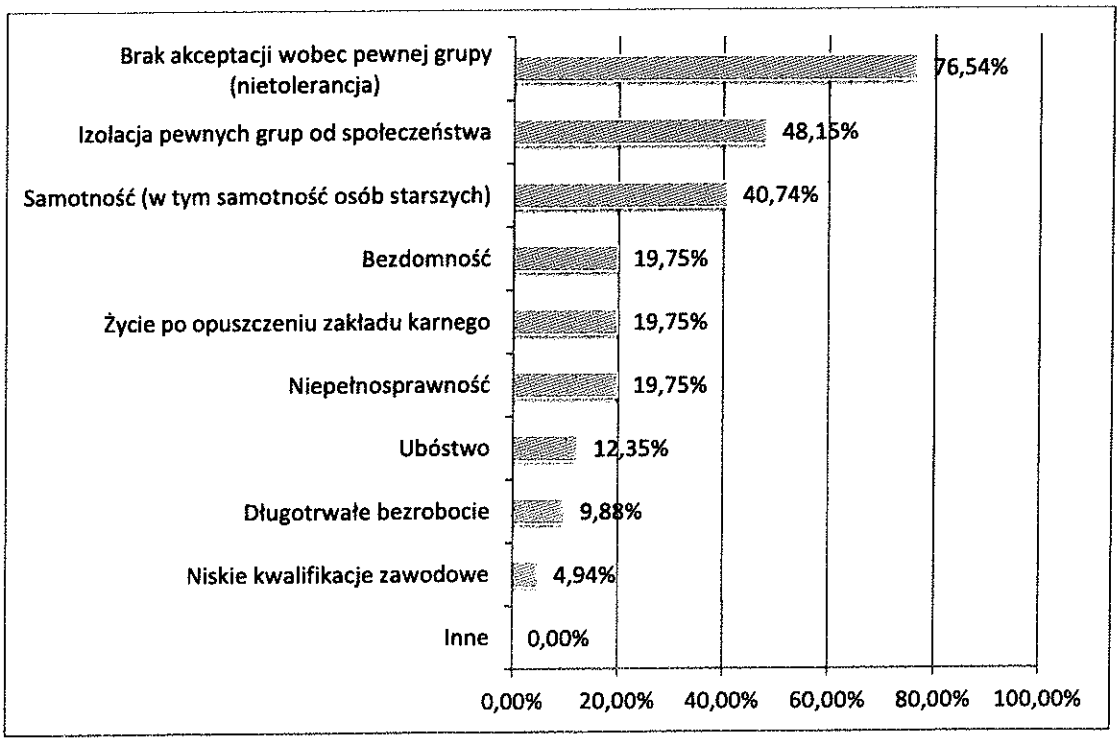


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

2. WYRY

Uczniowie biorący udział w badaniu z miejscowości Wyry pojęcie wykluczenia społecznego utożsamiają przede wszystkim z nietolerancją, czyli brakiem akceptacji wobec pewnej grupy (76,54%). Prawie połowa (48,15%) wskazała także na izolację pewnych grup od społeczeństwa, a zbliżony odsetek na samotność (40,74%).

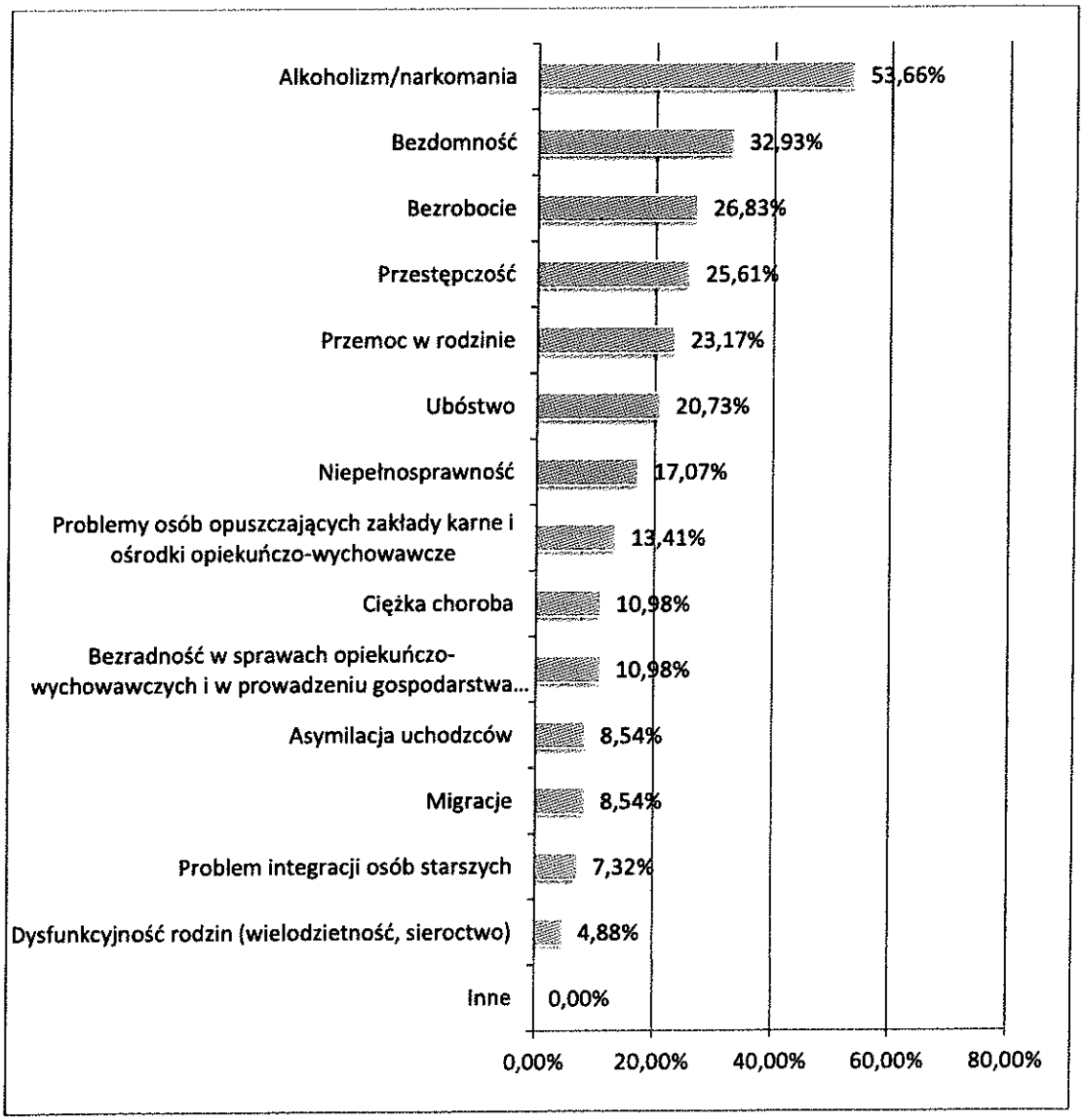
Wykres 8. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa uczniów uznała, że problemem, w największym stopniu, generującym wykluczenie jest alkoholizm/ narkomania (53,66%). Warto zauważyć, że blisko 1/3 wskazała także na bezdomność (32,93%), a ponad ¼ na bezrobocie (26,83%) i przestępczość (25,61%). Wysoki odsetek wskazań odnotowano również w przypadku przemocy w rodzinie (23,17%) i ubóstwa (20,73%).

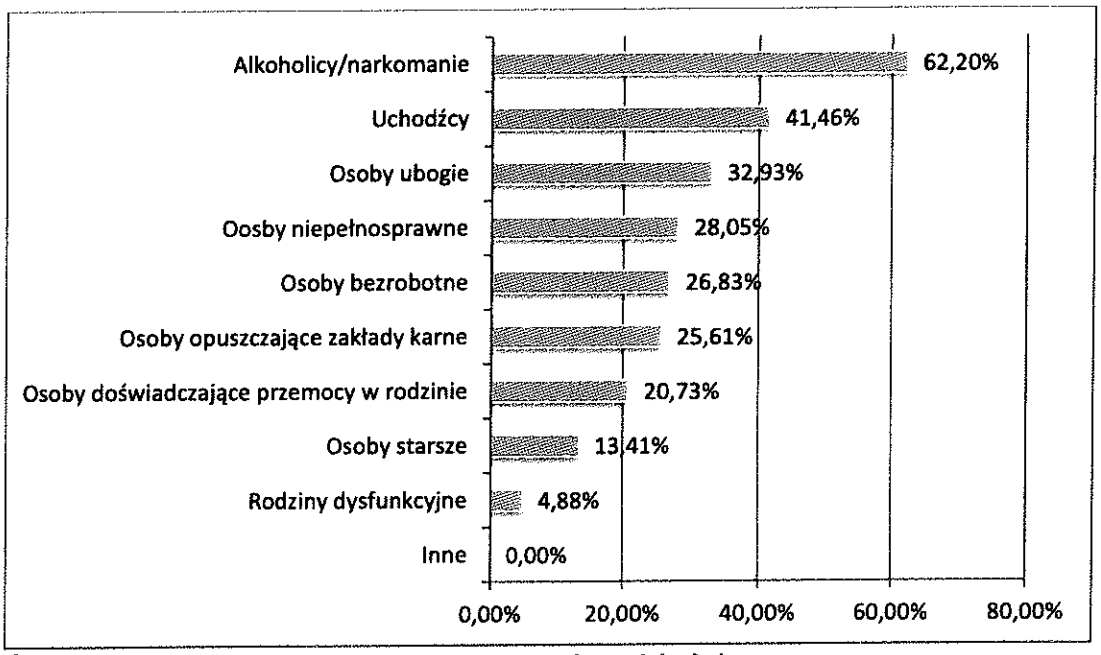
Wykres 9. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Grupą najbardziej narażoną na wykluczenie społeczne, zdaniem uczniów, są alkoholicy/ narkomanie (62,20%). Wysoki odsetek badanych wskazała również na uchodźców (41,46%) oraz osoby ubogie (32,93%). Znaczenie mają także osoby niepełnosprawne (28,05%), bezrobotne (26,83%), opuszczające zakłady karne (25,61%) oraz doświadczające przemocy w rodzinie (20,73%).

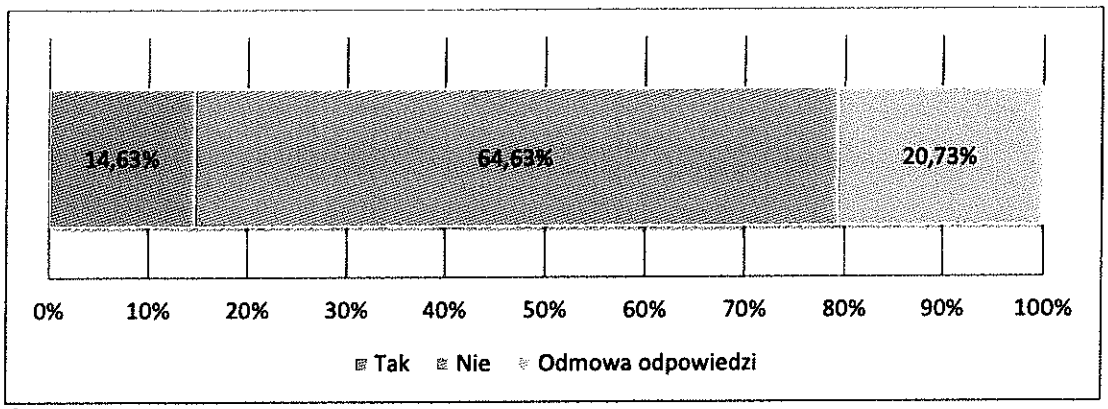
Wykres 10. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa badanych (64,63%) zadeklarowała, że nie doświadczyła nigdy wykluczenia społecznego. Odmiennego zdania było 14,63% uczniów, a ponad 1/5 z nich odmówiła odpowiedzi.

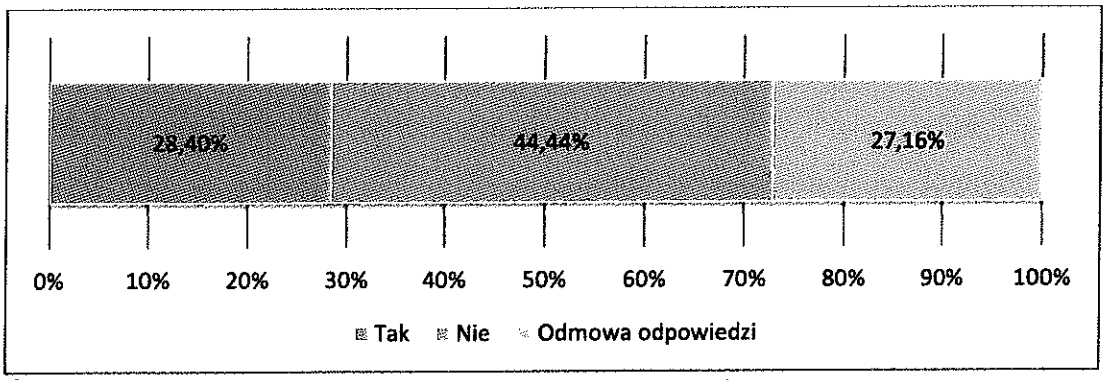
Wykres 11. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W porównaniu do pytania poprzedniego, zwiększył się odsetek badanych, którzy stwierdzili, że ktoś w ich otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia (28,40%). Zdania przeciwnego było 44,44% uczniów, natomiast 27,16% odmówiło udzielenia odpowiedzi.

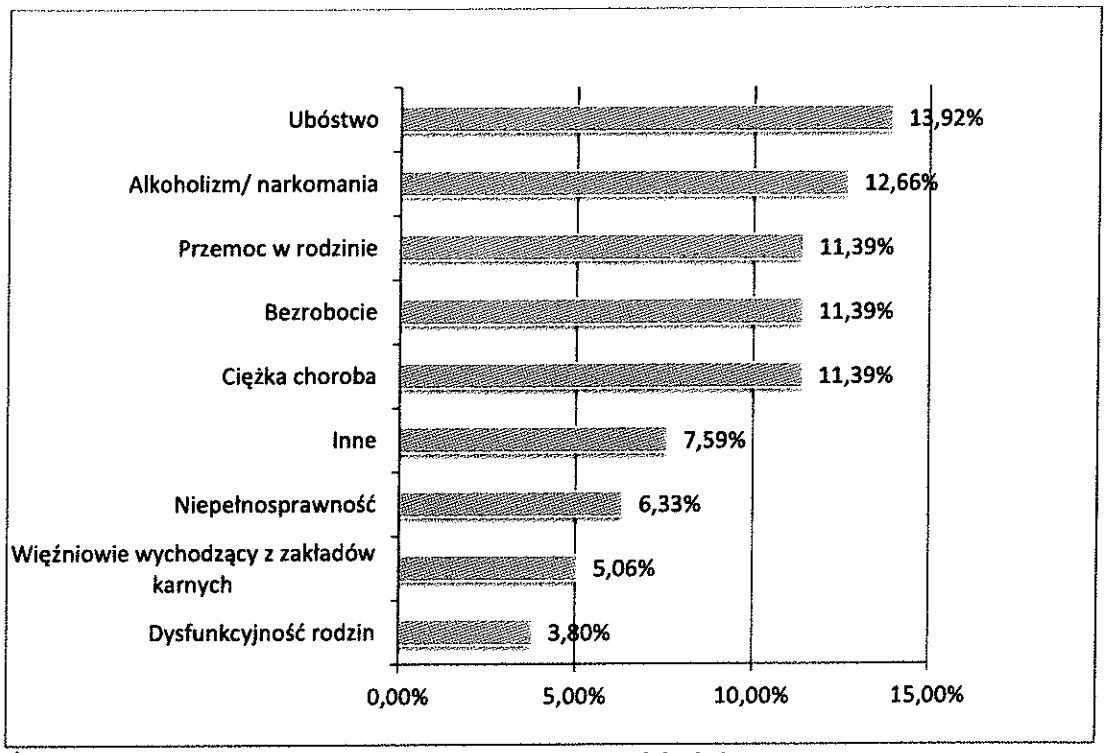
Wykres 12. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Wyry



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Za najczęstsze powody doświadczenia zjawiska wykluczenia uczniowie uznali ubóstwo (13,92%) oraz alkoholizm/ narkomanię (12,66%). Równie wysoki odsetek wskazań dotyczył także przemocy w rodzinie (11,39%), bezrobocia (11,39%) oraz ciężkiej choroby (11,39%).

Wykres 13. Z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Wyry

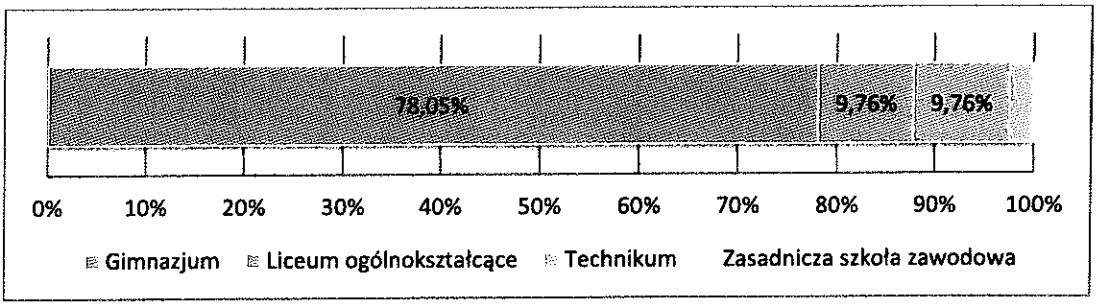


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W badaniu wzięła udział zbliżona liczba kobiet (48,78%) oraz mężczyzn (51,22%). Wszyscy uczniowie byli poniżej 25 roku życia.

Zdecydowaną większość całej badanej grupy stanowili gimnazjaliści (78,05%). Mniejszy odsetek badanych to uczniowie liceów ogólnokształcących (9,76%), techników (9,74%) oraz zasadniczych szkół zawodowych (2,44%).

Wykres 14. Szkoły do których uczęszczają respondenci - Wyry

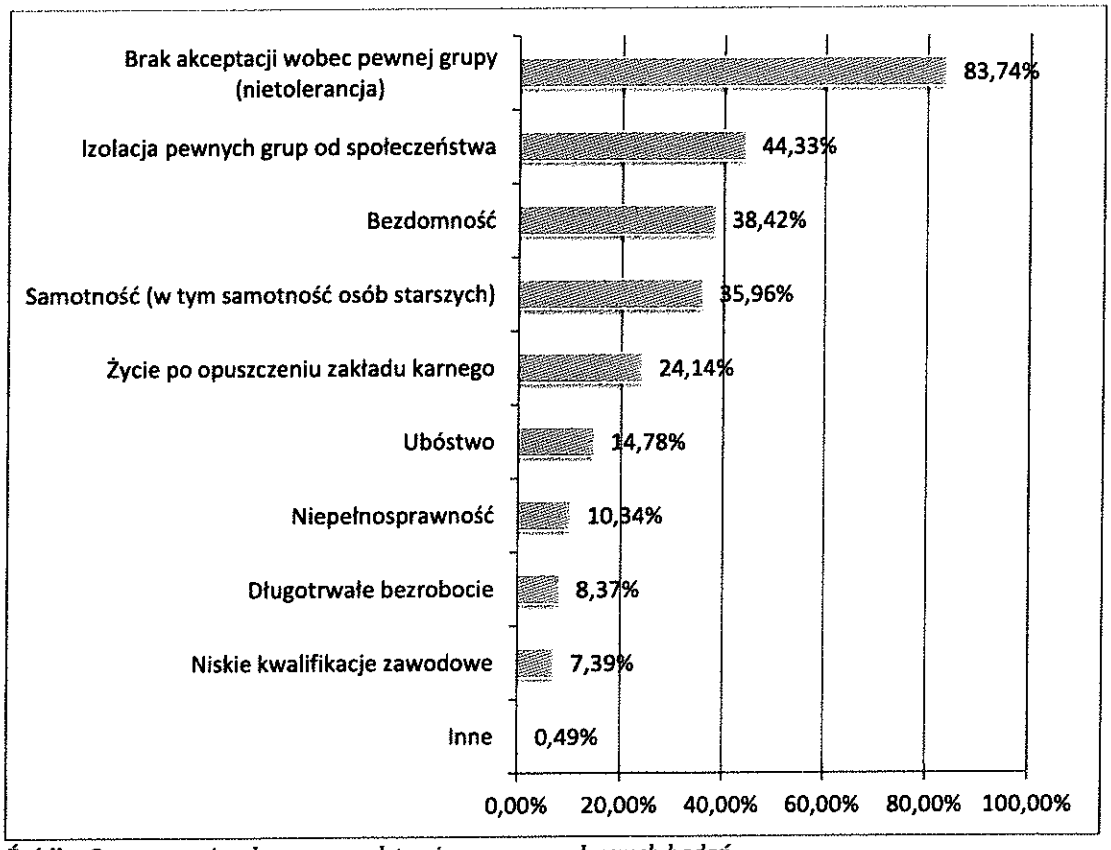


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

3. ŁAZISKA GÓRNE

8 na 10 badanych uczniów z Łazisk Górnych utożsamia wykluczenie społeczne z brakiem akceptacji wobec pewnej grupy (83,74%). Wysoki odsetek badanych wskazała również na izolację pewnych grup od społeczeństwa (44,33%), bezdomność (38,42%) oraz samotność (35,96%).

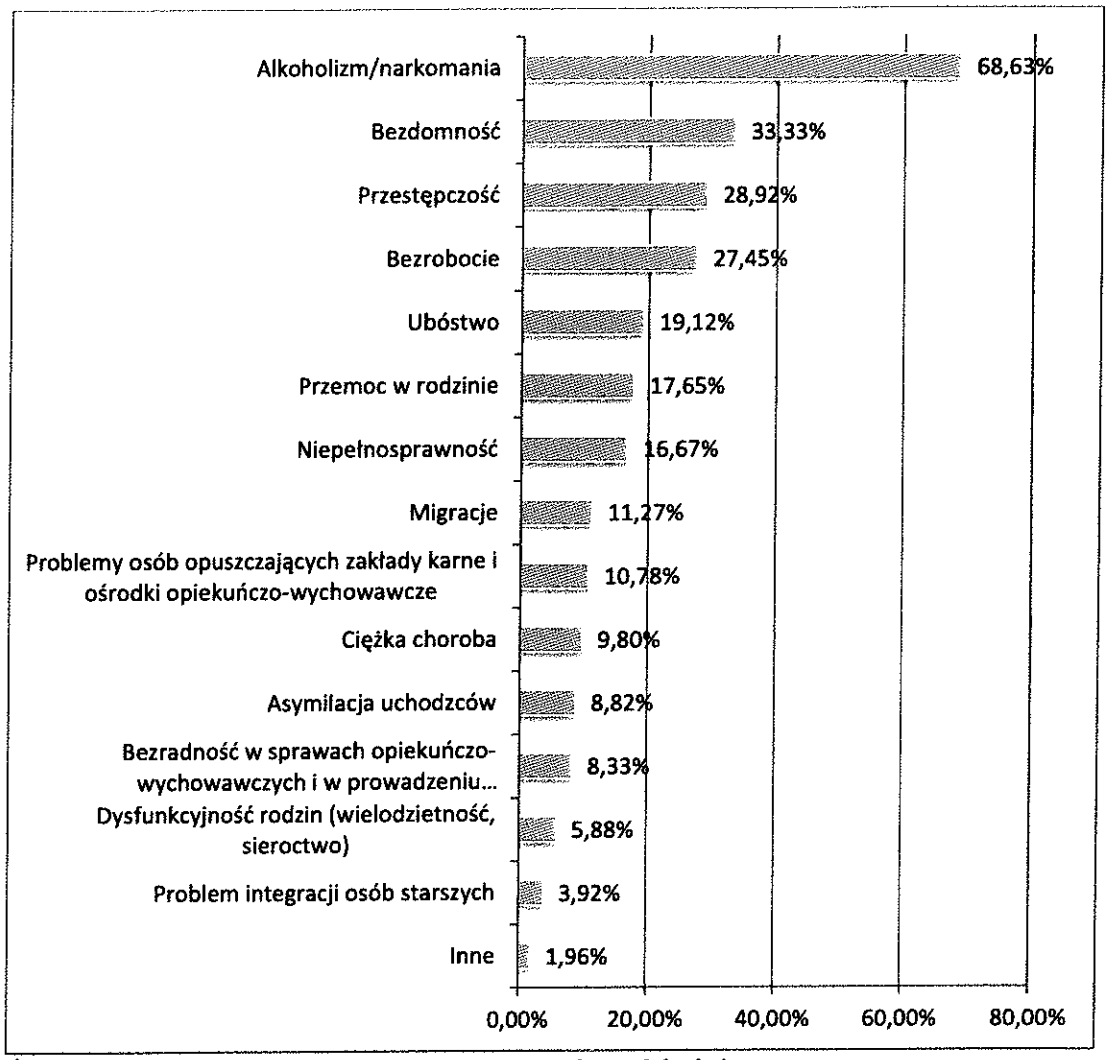
Wykres 15. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W opinii uczniów problemem, w największym stopniu, generującym wykluczenie społeczne jest alkoholizm/ narkomania (68,63%). 1/3 badanych wskazała także na bezdomność (33,33%), a nieco mniejszy odsetek na przestępczość (28,92%). Istotnym czynnikiem okazało się również bezrobocie (27,45%).

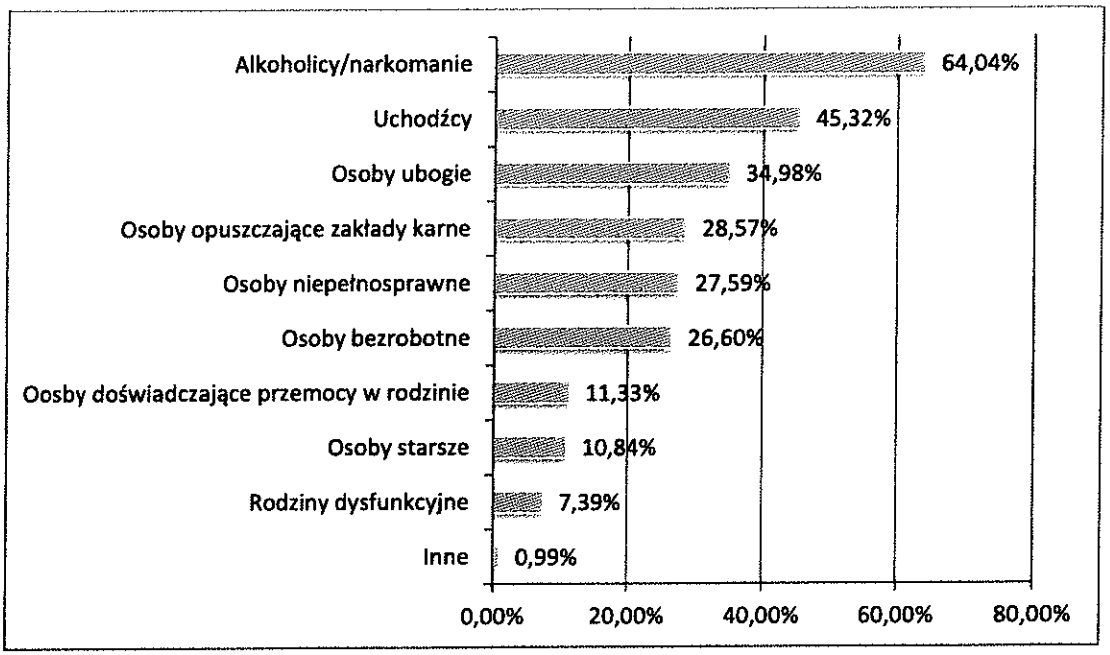
Wykres 16. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zdaniem uczniów z Łazisk Górnych grupą najbardziej narażoną na wykluczenie społeczne są alkoholicy/ narkomanie (64,04%). Wysoki odsetek badanych wskazał również na uchodźców (45,32%) oraz osoby ubogie (34,98%).

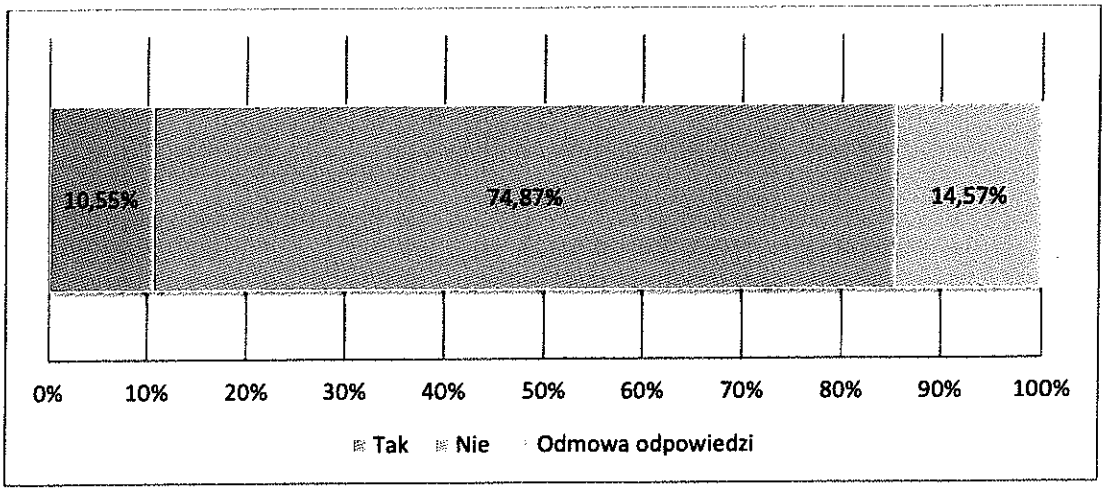
Wykres 17. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

10,55% badanych zadeklarował, ze doświadczył kiedyś wykluczenia społecznego. Zdecydowana większość badanych udzieliła jednak negatywnej odpowiedzi (74,87%).

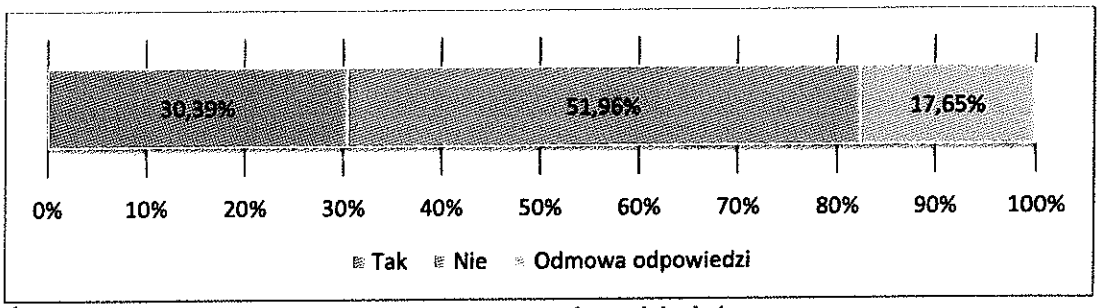
Wykres 18. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W porównaniu do pytania poprzedniego, ponad trzykrotnie wzrósł odsetek badanych, którzy zadeklarowali, iż ktoś w ich otoczeniu doświadczył wykluczenia (30,39%). Przeciwnego zdania była ponad polowa badanych (51,96%), a 17,65% odmówiła odpowiedzi.

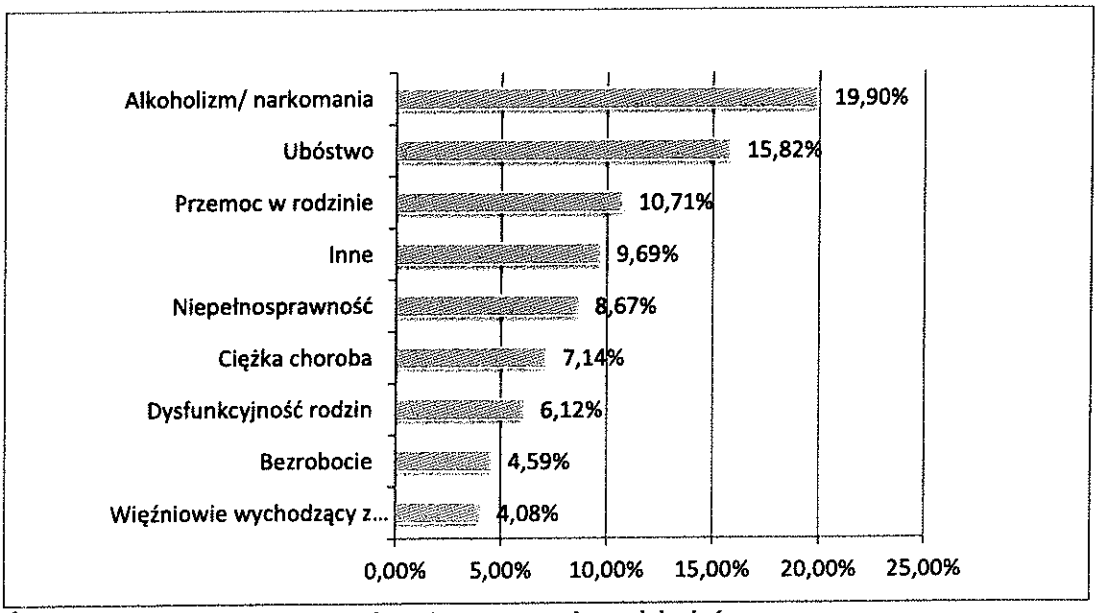
Wykres 19. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Łaziska Górne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Najczęściej wskazywanym powodem, który wpłynął na doświadczenie wykluczenia, był alkoholizm/ narkomania (19,90%). Nieco mniej badanych podkreśliło również ubóstwo (15,82%).

Wykres 20. Z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? -Łaziska Górne

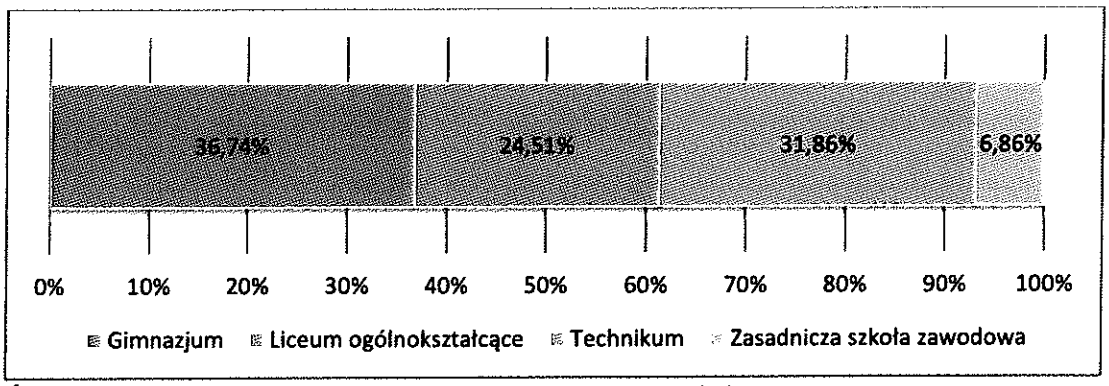


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród uczniów biorących udział w badaniu ponad połowę stanowili mężczyźni (53,43%), nieco mniej kobiety (46,57%). Wszyscy badani byli poniżej 25 roku życia.

Wśród badanych największy odsetek stanowili gimnazjaliści (36,74%), natomiast nieco mniejszy uczniowie techników (31,86%). Prawie 1/5 to licealiści. Najmniejszą grupę stanowili uczniowie zasadniczych szkół zawodowych.

Wykres 21. Szkoły do których uczęszczają respondenci

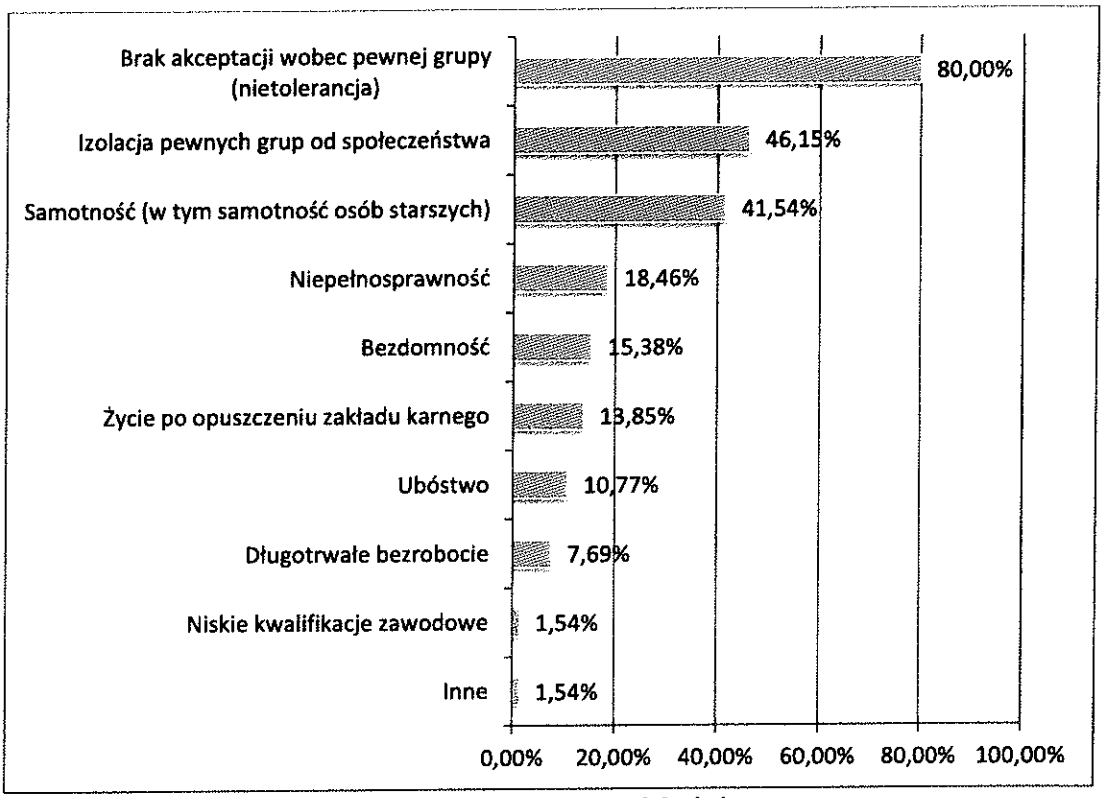


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

4. ORNONTOWICE

Podobnie jak w przypadku badanych z innych miejscowości, uczniowie pojęcie wykluczenie społeczne najczęściej utożsamiają z nietolerancją, czyli brakiem akceptacji grupy (80,00%). Prawie połowa z nich wskazała również na izolację pewnych grup od społeczeństwa (46,15%), a nieco mniej na samotność (41,54%).

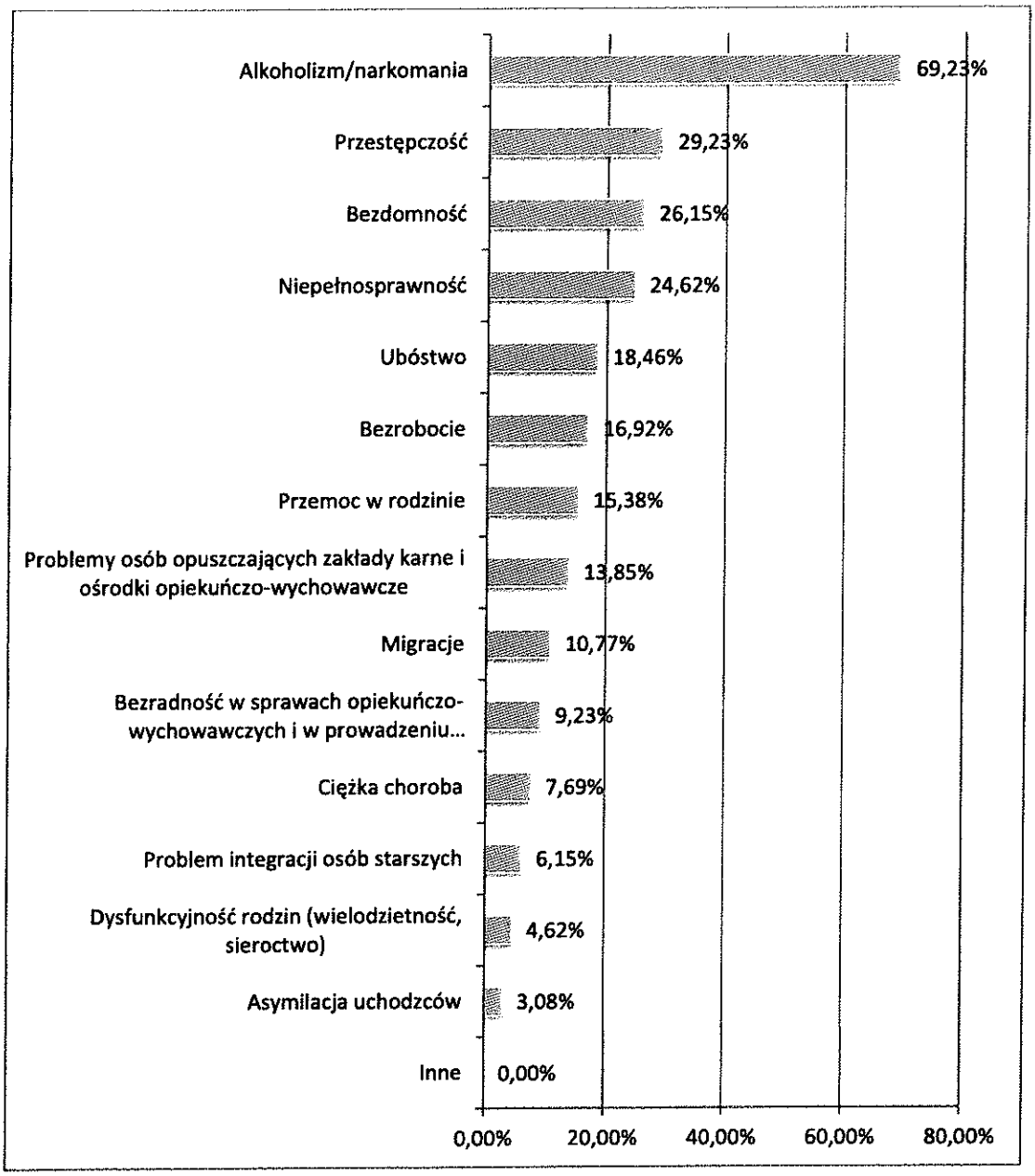
Wykres 22. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Czynnikiem najczęściej powodującym wykluczenie, w opinii uczniów z Ornontowic, jest alkoholizm/ narkomania (69,23%). Wysoki odsetek badanych wskazał również na: przestępczość (29,23%), bezdomność (26,15%) oraz niepełnosprawność (24,62%).

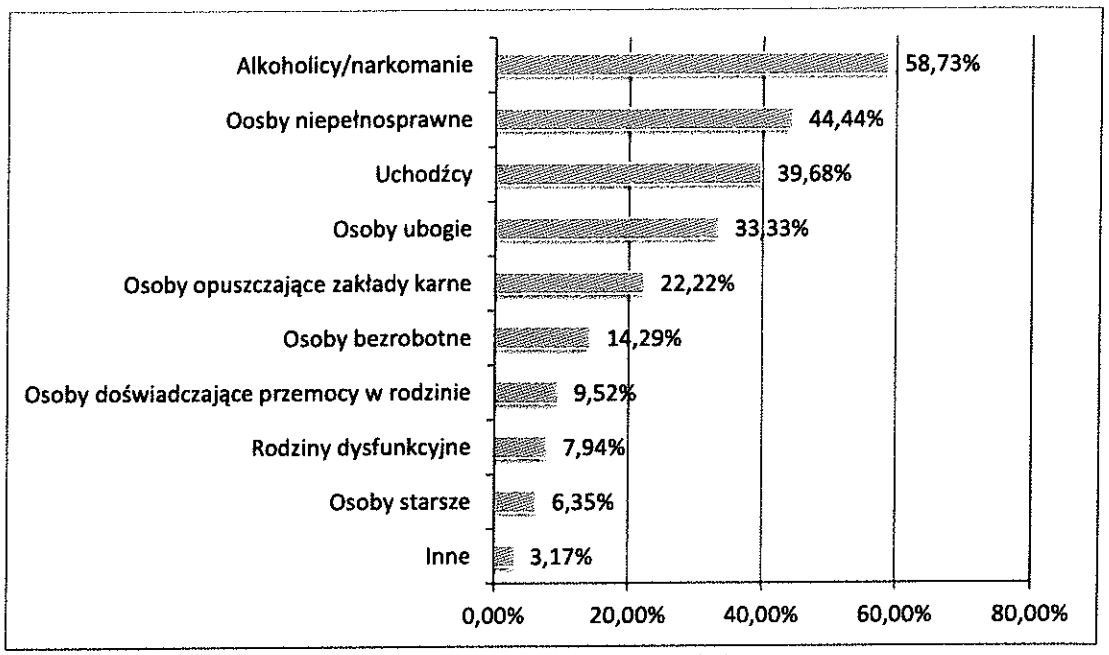
Wykres 23. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród grup społecznych najbardziej narażonych na wykluczenie uczniowie wskazywali najczęściej na alkoholików/ narkomanów (58,73%), osoby niepełnosprawne (44,44%), uchodźców (39,68%) oraz osoby ubogie (33,33%).

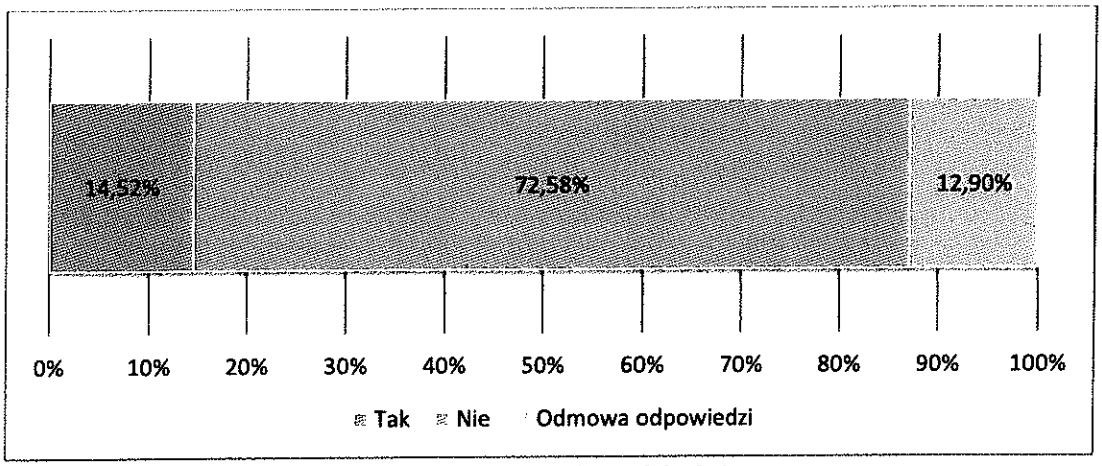
Wykres 24. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

14,52% badanych uczniów zadeklarowało, że doświadczyło kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego. Przeciwnego zdania było 72,58% uczniów.

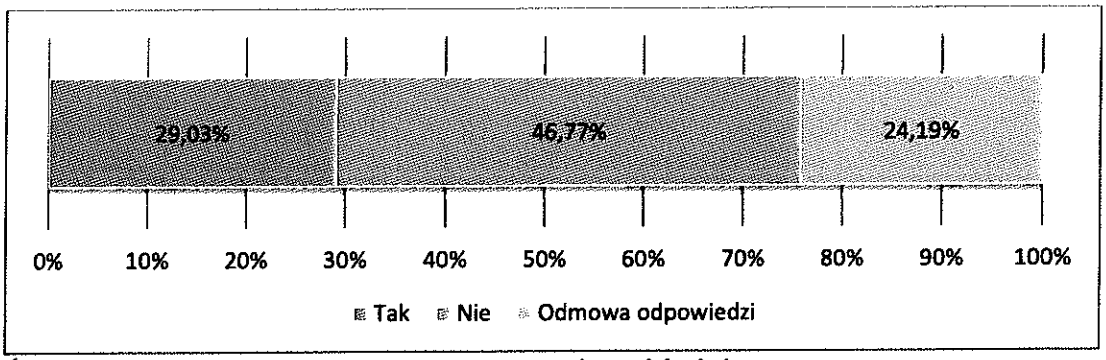
Wykres 25. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

29,03% uczniów uznało, że ktoś z ich otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia. Przeciwnego zdania była mniej niż połowa badanych (46,77%), natomiast prawie ¼ odmówiła udzielenia odpowiedzi (24,19%).

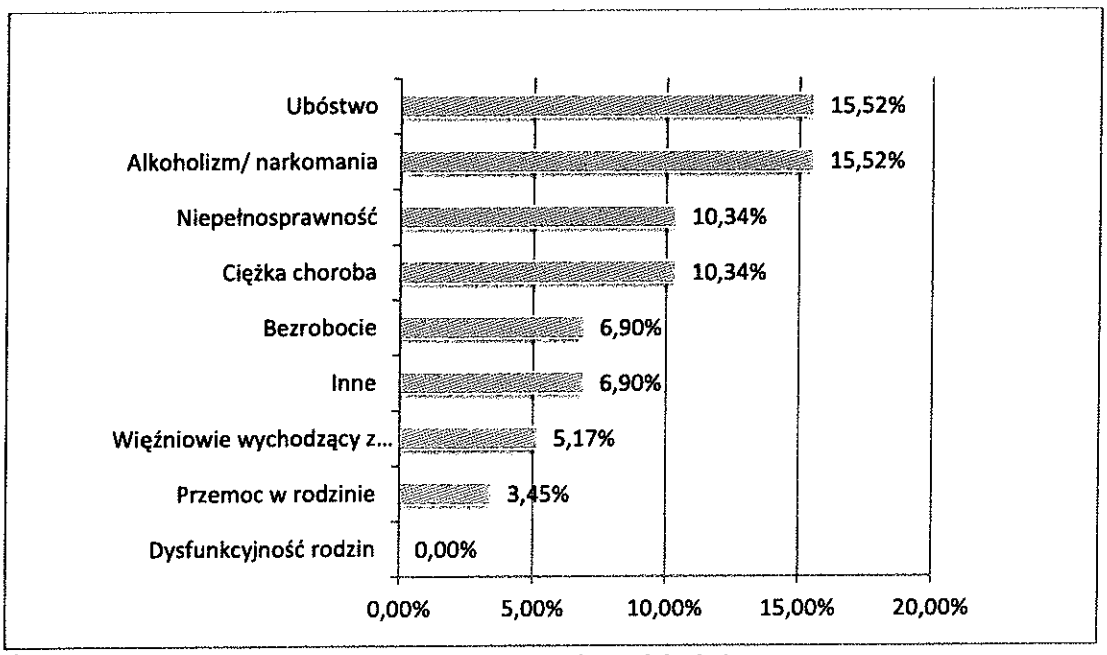
Wykres 26. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Ornontowice



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Najczęściej wskazywaną przyczyną doświadczenia zjawiska wykluczenia przez uczniów lub kogoś z ich otoczenia było ubóstwo (15,52%) oraz niepełnosprawność (15,52%).

Wykres 27. Z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Ornontowice

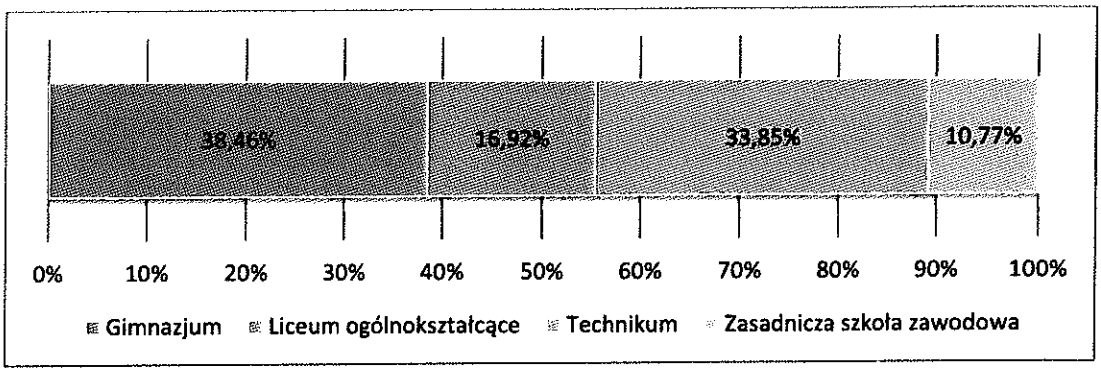


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród uczniów biorących udział w badaniu z terenu Ornontowic ponad połowę stanowiły kobiety (53,12%). Wszyscy respondenci mieli mniej niż 25 lat.

Najbardziej liczną badaną grupą byli gimnazjaliści (38,46%), nieco mniejszą natomiast uczniowie techników (33,85%). Pozostali to uczniowie liceów (16,92%) oraz zasadniczych szkół zawodowych (10,77%).

Wykres 28. Szkoły do których uczęszczają respondenci - Ornontowice

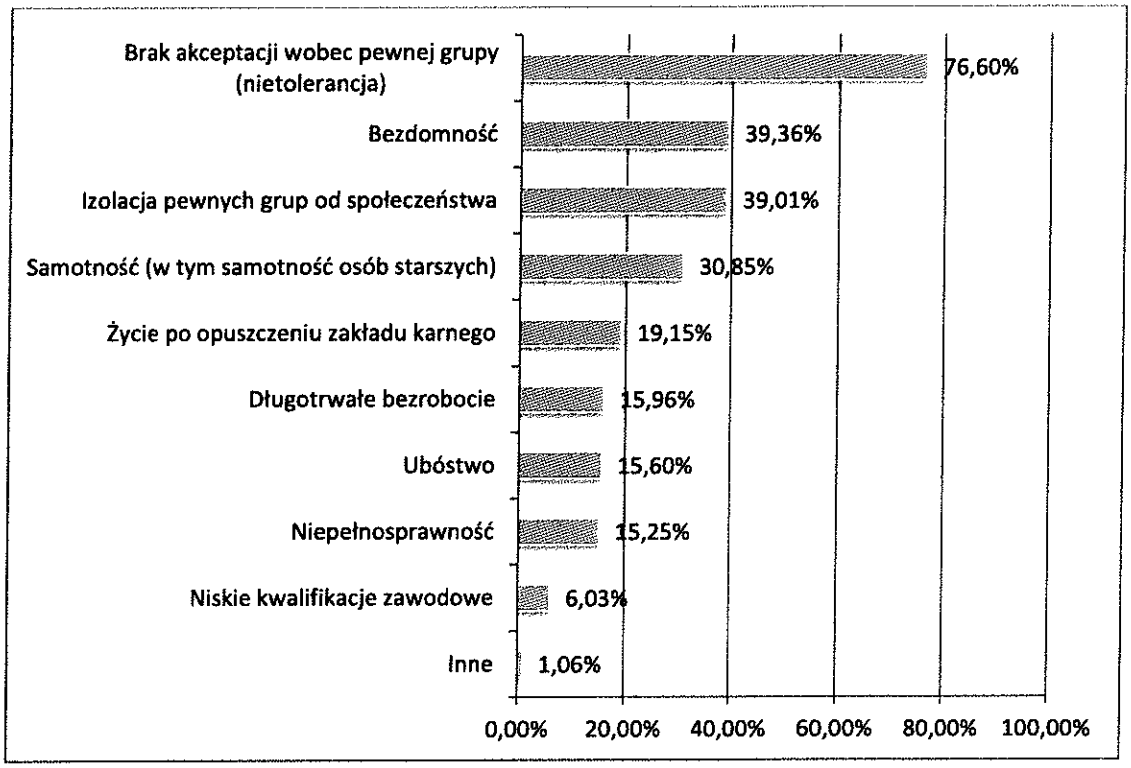


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5. ORZESZE

Uczniowie z terenu Orzesza, podobnie jak respondenci z innych miejscowości, wykluczenie społeczne utożsamiają w największym stopniu z nietolerancją (76,60%). Wysoki odsetek badanych wskazał również na bezdomność (39,36%), izolację pewnych grup od społeczeństwa (39,01%) oraz samotność (30,85%).

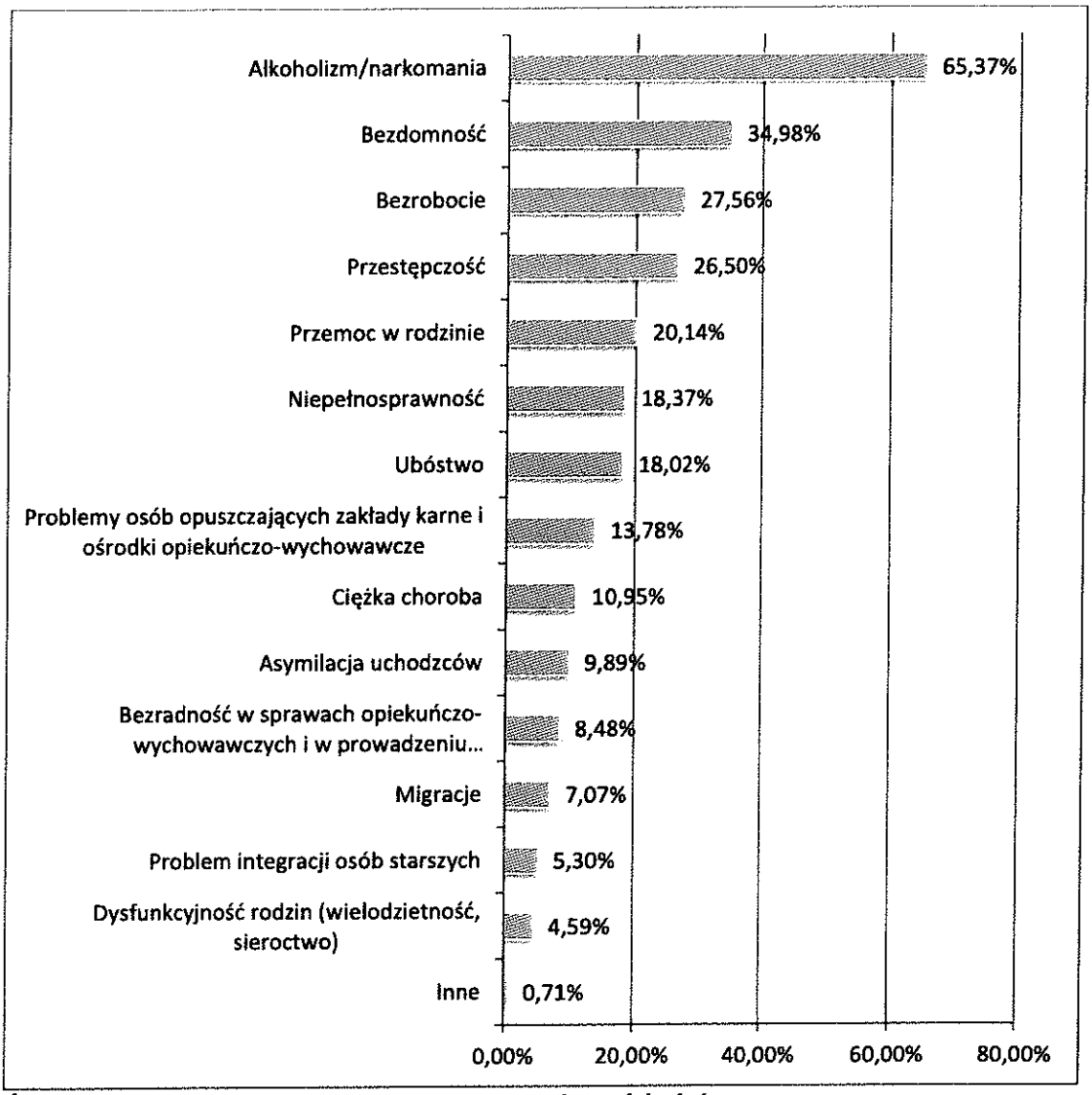
Wykres 29. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród problemów, najczęściej generujących wykluczenie, badani wskazywali na alkoholizm/ narkomanię (65,37%).Ponad 1/3 za istotną uznała także bezdomność (34,98%), nieco mniej natomiast bezrobocie (27,56%) i przestępczość (26,50%).

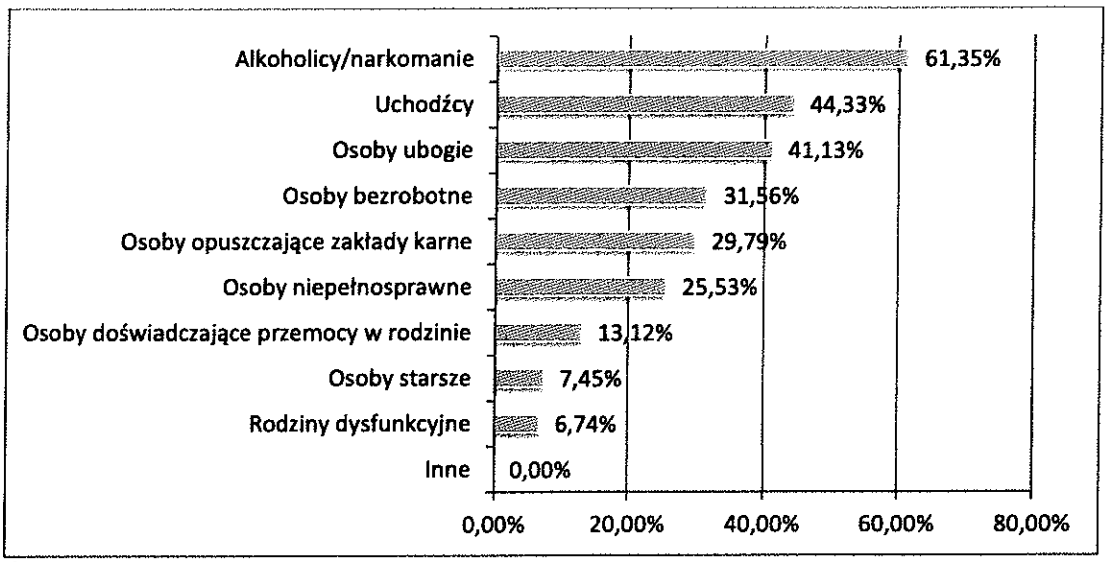
Wykres 30. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zdaniem uczniów grupą najbardziej narażoną na wykluczenie są alkoholicy/ narkomanie (61,35%). Nieco mniejszy odsetek badanych wskazał również na uchodźców (44,33%) oraz osoby ubogie (41,13%).

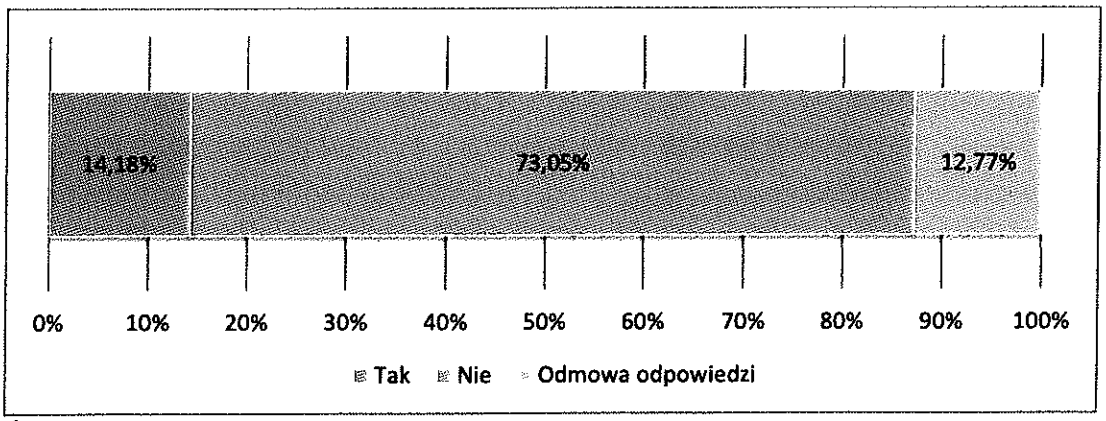
Wykres 31. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

14,18% badanych uczniów zadeklarowało, że doświadczyło kiedyś wykluczenia. Odmiennego zdania było ponad 70% z nich (73,05%).

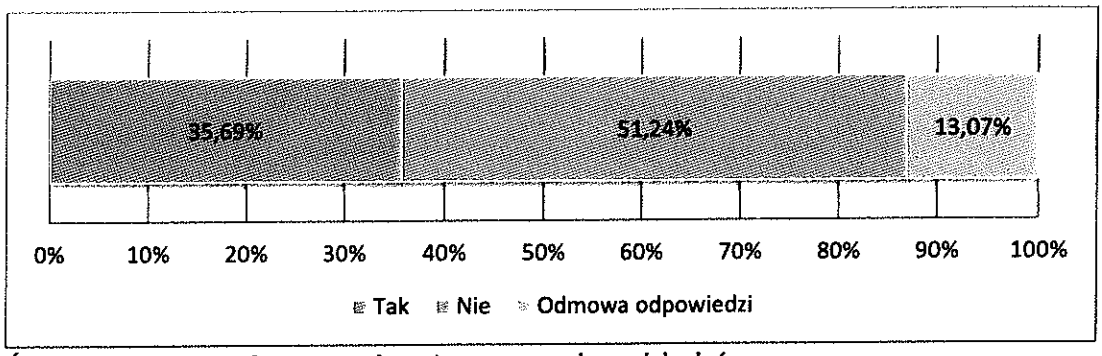
Wykres 32. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W przypadku doświadczenia wykluczenia przez kogoś z otoczenia 35,69% uczniów zadeklarowało, że spotkało się z taką sytuacją. 51,24% było odmiennego zdania, a 13,07% odmówiło udzielenia odpowiedzi.

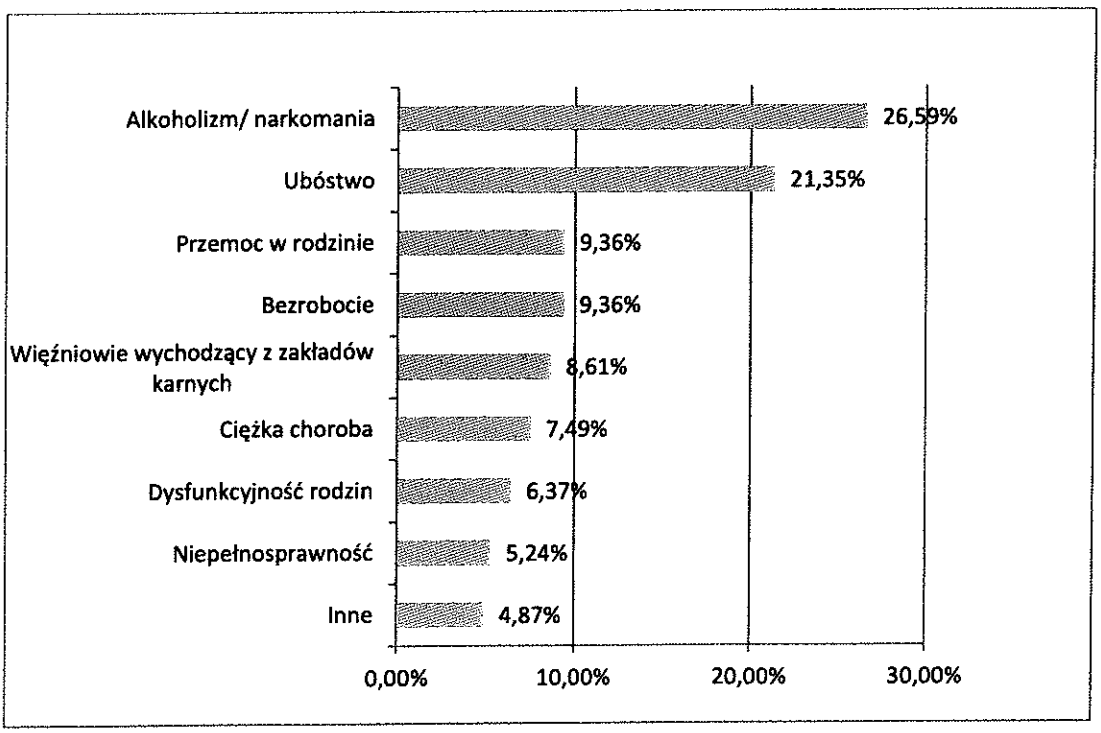
Wykres 33. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Najczęstszym powodem, dla którego uczniowie lub osoby z ich otoczenia doświadczały wykluczenia był alkoholizm/ narkomania (26,58%). Nieco mniej respondentów wskazało na ubóstwo (21,35%).

Wykres 34. Z jakich powodów Ty lub ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Orzesze

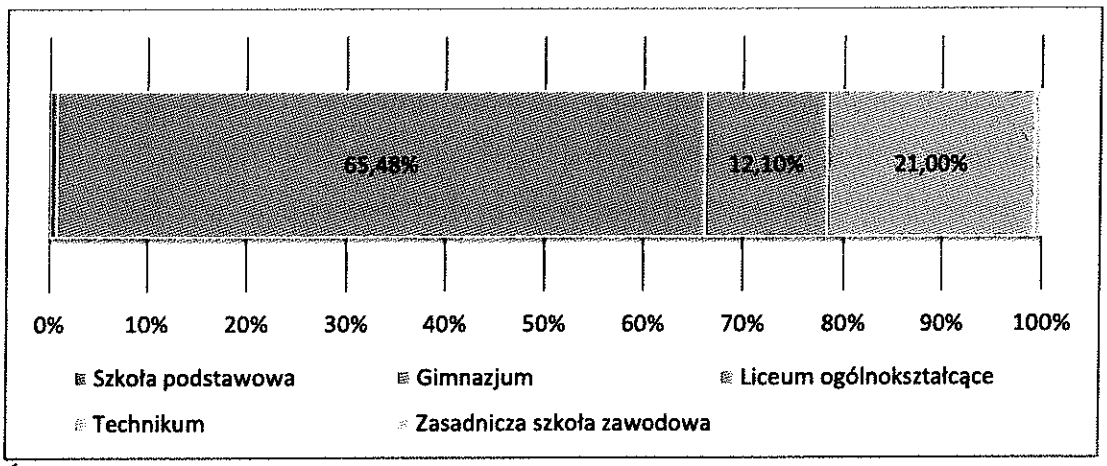


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród ankietowanych uczniów z Orzesza ponad połowę stanowiły kobiety (53,43%). Wszyscy uczniowie byli poniżej 25 roku życia.

Najliczniejszą badaną grupą byli gimnazjaliści (65,48%). Mniejszy odsetek stanowili uczniowie techników (21,00%) oraz liceów (12,10%). Pojedyncze osoby były również uczniami szkół podstawowych (0,71%) oraz zasadniczych szkół zawodowych (0,71%).

Wykres 35. Szkoły do których uczęszczają respondenci - Orzesze



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

6. Spis wykresów

Wykres 1. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Mikołów 3
Wykres 2. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Mikołów 4
Wykres 3 Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Mikołów 5
Wykres 4. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Mikołów 5
Wykres 5. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Mikołów 6
Wykres 6. Z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Mikołów 7
Wykres 9. Szkoła do której uczęszczają respondenci - Mikołów 8
Wykres 10. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Wyry 8
Wykres 11. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Wyry 9
Wykres 12. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Wyry 10
Wykres 13. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Wyry 11
Wykres 14. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Wyry 11
Wykres 15. Z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Wyry 12
Wykres 18. Szkoły do których uczęszczają respondenci - Wyry 12
Wykres 19. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Łaziska Górne 13
Wykres 20. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Łaziska Górne 14
Wykres 21. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Łaziska Górne 15
Wykres 22. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Łaziska Górne 15
Wykres 23. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Łaziska Górne 16

Wykres 24. Z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? -Łaziska Górne 16
Wykres 27. Szkoły do których uczęszczają respondenci 17
Wykres 28. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Ornontowice 18
Wykres 29. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Ornontowice . 19
Wykres 30. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Ornontowice 20
Wykres 31. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Ornontowice 20
Wykres 32. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Ornontowice 21
Wykres 33. Z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Ornontowice 21
Wykres 36. Szkoły do których uczęszczają respondenci - Ornontowice 22
Wykres 37. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? - Orzesze 23
Wykres 38. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? - Orzesze 24
Wykres 39. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? - Orzesze 25
Wykres 40. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego? - Orzesze 25
Wykres 41. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Orzesze 26
Wykres 42. Z jakich powodów Ty lub ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? - Orzesze 26
Wykres 45. Szkoły do których uczęszczają respondenci - Orzesze 27