

**LOKALNE PROGRAMY
ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH**

STUDIA NAD JAKOŚCIĄ ŻYCIA



UNIwersytet IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

Piotr Cichocki, Piotr Jabkowski, Zbigniew Woźniak

**LOKALNE PROGRAMY
ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH**

**Konceptualizacja – diagnoza społeczna
– strategie**



POZNAŃ 2011

Recenzent: dr hab. Piotr Żuk

Koncepcja i opracowanie strategii – Zbigniew Woźniak
Badania, diagnoza, analizy – Piotr Cichocki, Piotr Jabkowski



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Badanie obszarów wykluczenia społeczno-ekonomicznego dla potrzeb strategii rozwiązywania problemów społecznych w wybranych powiatach województwa wielkopolskiego

© Piotr Cichocki, Piotr Jabkowski, Zbigniew Woźniak 2011
This edition © Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2011

Projekt okładki: *Ewa Wąsowska*
Redaktor: *Katarzyna Muzia*
Redaktor techniczny: *Dorota Borowiak*
Łamanie komputerowe: *Reginaldo Cammarano*

ISBN 978-83-232-2384-9

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersytetu IM. ADAMA MICKIEWICZA
61-701 POZNAŃ, UL. FREDRY 10
www.press.amu.edu.pl
Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl
Dział sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl
Wydanie I. Ark. wyd. 12,00. Ark. druk. 9,75

DRUK I OPRAWA: ZAKŁAD GRAFICZNY UAM, POZNAŃ, UL. WIENIAWSKIEGO 1

Spis treści

Wprowadzenie	7
ROZDZIAŁ I	
Rama koncepcyjna strategii rozwiązywania problemów społecznych.....	15
1. Problem społeczny – istota zjawiska	15
2. Marginalizacja – wykluczenie społeczne – bezradność.....	19
3. Wyznaczenie obszaru diagnozy społecznej jako bazy strategii rozwiązywania problemów społecznych	31
ROZDZIAŁ II	
Profile demograficzne, społeczno-ekonomiczne oraz zdrowotne wielkopolskich powiatów	34
1. Demograficzna charakterystyka populacji mieszkańców wybranych powiatów województwa wielkopolskiego – zróżnicowania wewnątrzpowiatowe i międzypowiatowe	34
1.1. Powiat koniński – zróżnicowania międzygminne	37
1.2. Powiat międzychodzki – zróżnicowania międzygminne	39
1.3. Powiat pleszewski – zróżnicowania międzygminne	40
1.4. Powiat śremski – zróżnicowania międzygminne	42
1.5. Powiat turecki – zróżnicowania międzygminne	43
1.6. Powiat wrzesiński – zróżnicowania międzygminne	45
1.7. Powiat złotowski – zróżnicowania międzygminne	46
2. Profile społeczno-ekonomiczne i zdrowotne wielkopolskich powiatów.....	48
2.1. Zasoby kadrowe oraz infrastruktura systemu opieki zdrowotnej.....	48
2.2. Umieralność dorosłych i dzieci	52
2.3. Zasoby kadrowe, infrastruktura systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej	55
2.4. Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	58
2.5. Poziom przestępczości.....	60
3. Podsumowanie i wnioski z analizy danych statystycznych.....	63
ROZDZIAŁ III	
Profile społeczne kategorii wysokiego ryzyka marginalizacji i wykluczenia społecznego w wielkopolskich powiatach	76

ROZDZIAŁ IV

Architektura programów rozwiązywania problemów społecznych na poziomie powiatu.....	105
1. Strategia rozwiązywania problemów społecznych a polityka społeczna.....	105
2. Warstwowa struktura powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych – „skrzynka z narzędziami”	109
3. Mechanizmy i narzędzia wspomagania procesu wdrożeniowego powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych	140
Podsumowanie	144
Literatura	153

Wprowadzenie

Przesłanek konieczności opracowywania krajowych, regionalnych i lokalnych strategii¹ rozwiązywania problemów społecznych należy szukać w zaleceniach Unii Europejskiej, opierając się na których konstruowano ustawodawstwo w państwach członkowskich. Punktem zwrotnym był rok 2000, kiedy Unia Europejska w strategii lizbońskiej określiła problemy społeczne, zwłaszcza ubóstwo i społeczne wykluczenie, jako kluczowe cele polityki społecznej. Konkretyzacją ogólnych zapisów strategii lizbońskiej były przyjęte przez Radę Europejską *cele nicejskie* (grudzień 2000 r.), obejmujące podstawowe działania mające służyć rozwiązywaniu problemów społecznych i integracji społecznej²:

I. Zapewniać dostęp do: pracy, zasobów³, praw, dóbr i usług dla wszystkich. W tym celu należy:

1. Promować dostęp do zatrudnienia stabilnego i dobrej jakości dla wszystkich kobiet i mężczyzn zdolnych do pracy, w szczególności:

- a) tworzyć ścieżki możliwości pracy dla grup najbardziej narażonych poprzez mobilizowanie polityk szkolenia,
- b) rozwijać politykę promującą łączenie pracy zawodowej i życia rodzinnego z opieką nad dziećmi i innymi osobami zależnymi,
- c) wykorzystywać możliwości, jakie niesie w tym względzie gospodarka społeczna (firmy społeczne, praca społeczna, wolontariat itp.).

¹ Strategia oznacza plan zrealizowania określonych celów za pomocą efektywnie wykorzystanych zasobów. Strategia oznacza działania związane z podejmowaniem decyzji, obejmuje istotne dla podejmowania decyzji wzory działania z punktu widzenia celów organizacji, pociąga za sobą rozmieszczenie (dyslokację) zasobów, by osiągnąć cel, ma dystans perspektywiczny, odzwierciedla środki, za pomocą których cele określonej polityki będą osiągnięte, wskazuje drogę wprowadzania jakiegś polityki i osiągania celów w danych warunkach i z wykorzystaniem posiadanych zasobów.

² Presidency Conclusions: Lisbon European Council, 23 and 24 March 2000, §§ 24–34.

³ Zasoby to wszystko, co służy osiągnięciu celów, rozwiązywaniu problemów, eliminowaniu zagrożeń oraz co umożliwia ludziom realizację zadań życiowych, aspiracji lub wartości. Zasoby mogą być bardzo namacalne (*pieniądze, mieszkanie, żywność, opieka domowa i instytucjonalna, transport, odzież*) lub niematerialne w swej istocie (*wiedza, odwaga, pomysłowość, inicjatywa, zachęta, humanizm, miłość* itp.). Zasoby obejmują zatem zarówno konkretne jednostki z ich osobowościowymi i materialnymi walorami, ich najbliższe społeczne otoczenie (*rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi*), jak też instytucje formalne, organizacje i stowarzyszenia (*sektor pozarządowy*) oraz grupy nieformalne (*samopomoc*).

2. Zapobiegać wykluczeniu ze świata pracy poprzez poprawę możliwości zatrudnienia zagrożonych społecznym wykluczeniem poprzez odpowiednie zarządzanie zasobami ludzkimi, lepszą organizację pracy i rozwój kształcenia ustawicznego.

3. Organizować systemy zabezpieczenia społecznego w taki sposób, aby w szczególności:

- a) zagwarantowane zostały niezbędne zasoby pozwalające na godne życie,
- b) przezwyciężane były przeszkody w zatrudnieniu oraz tworzone warunki, aby praca przynosiła przyzwoity dochód oraz była dostępna dla grup o niskim poziomie możliwości zatrudnienia.

4. Wprowadzić politykę, która ma na celu dostępność przyzwoitych i higienicznych mieszkań dla wszystkich, jak również podstawowych usług koniecznych, by żyć normalnie, mając na uwadze lokalne warunki (np. elektryczność, woda, ogrzewanie).

5. Wprowadzić politykę, która ma na celu dostępność opieki zdrowotnej dla wszystkich odpowiednio do ich sytuacji, włączając w to osoby zależne od opieki innych.

6. Rozwijać, z korzyścią dla osób zagrożonych wykluczeniem, usługi i towary, które pozwolą im na skuteczny dostęp do edukacji, wymiaru sprawiedliwości i innych publicznych czy prywatnych usług, takich jak kultura, sport i wypoczynek.

II. Zapobieganie ryzyku wykluczenia – służyć temu powinno:

1. Rozwijanie potencjału społeczeństwa opartego na wiedzy oraz nowych technologiach informacyjnych i komunikacyjnych, dbając o to, by nikt nie został wykluczony, w szczególności osoby niepełnosprawne.

2. Wprowadzanie polityk, które mają zapobiegać kryzysowym sytuacjom życiowym, takim jak zadłużenie, wykluczenie ze szkoły, stanie się bezdomnym.

3. Uruchomienie działań mających na celu zachowanie solidarności w ramach rodziny we wszelkich jej formach.

III. Pomoc najbardziej narażonym (wspieranie najsłabszych) – temu celowi sprzyjać będzie:

1. Promowanie społecznej integracji kobiet i mężczyzn zagrożonych trwałym ubóstwem, na przykład z powodu niepełnosprawności lub należenia do grup o szczególnych problemach integracyjnych.

2. Podejmowanie działań w celu eliminacji wykluczenia dzieci i tworzenie im możliwości społecznej integracji.

3. Podejmowanie wszechstronnych działań z korzyścią dla obszarów dotkniętych wykluczeniem.

Eksperci Unii Europejskiej przełożyli cele nicejskie na zalecenia dla państw członkowskich, w których zobowiązano do podejmowania następujących wysiłków służących poprawie jakości świadczeń i usług społecznych⁴:

1. Gwarantowanie prawa dostępu obywateli do świadczeń i usług społecznych – zwłaszcza grup szczególnego ryzyka socjalnego: ludzi żyjących poniżej minimum egzystencji, rodzin żyjących w ubóstwie, długotrwale bezrobotnych, osób i grup izolowanych lub o niskim statusie edukacyjnym (priorytet: adresowane usługi pakietowe).

2. Promowanie zmian strukturalnych w modelu świadczeń w takim kierunku, by zagwarantowane zostały prawa socjalne podobne do tych, które odnajdujemy w systemie świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych.

3. Wszelkie działania innowacyjne i reformatorskie w sektorze usług społecznych powinny prowadzić do ich decentralizacji, poszerzenia zasobów wśród opiekunów nieformalnych, elastycznej międzysektorowej współpracy oraz zintegrowanego planowania opieki.

4. Poszerzanie oraz koordynacja i integracja zróżnicowanego wachlarza świadczeń i usług realizowanych przez podmioty publiczne, prywatne i pozarządowe ma tworzyć obywatelom możliwość najlepszego wyboru z punktu widzenia ich potrzeb.

5. Przedkładanie aktywnych form stosunków opartych na partnerstwie i partycypacji w zarządzaniu sektorem świadczeń społecznych, zwłaszcza zaś zachęcanie świadczeniobiorców i ich rodzin do współudziału w procesie planowania, zarządzania oraz dystrybucji świadczeń i usług – wszelkie programy społeczne nacelowane być winny na redukcję zależności od systemu wsparcia oraz promowanie samoopieki i samodzielności beneficjentów systemu usługowego.

6. Tworzenie warunków sprzyjających kształceniu i zatrudnianiu profesjonalistów w sektorze świadczeń i usług społecznych.

7. Tworzenie alternatyw organizacyjno-funkcjonalnych stanowiących przeciwagę dla biurokratyzacji sektora usług społecznych.

8. Konieczne jest budowanie standardów i mierników dobrej jakościowo opieki, uprawnień świadczeniobiorców oraz warunków pracy świadczeniodawców.

9. Zachęcanie do oceny programów społecznych, świadczeń i usług jako głównego narzędzia analizy i oszacowania poziomu poprawy ich jakości (miary ilościowe i jakościowe).

Z momentem wejścia naszego kraju do Unii Europejskiej zaczęto opracowywać na poziomie centrum i struktur samorządowych zalecone w 2001 r. państwom członkowskim dwuletnie plany działania na rzecz przeciwdziałania marginalizacji

⁴ Patrz: *Quality in social public services*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Social Public Services Research Group, Dublin 2001, s. 2–3; oraz: Seminar: *Quality in social public services. Results and conclusions. Barcelona 13–14 December 2001*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin 2002, s. 10.

i wykluczeniu, stanowiące integralną część strategii integracji społecznej i rozwiązywania problemów społecznych⁵.

W najnowszej nowelizacji ustawy o pomocy społecznej z dnia 18 marca 2011 r. w art. 16b w następujący sposób określono kierunek i zasady rozwiązywania problemów społecznych⁶:

1. Gmina i powiat opracowują strategię rozwiązywania problemów społecznych, a samorząd województwa strategię w zakresie polityki społecznej.
2. Strategia, o której mowa w ust. 1, zawiera w szczególności:
 - 1) diagnozę sytuacji społecznej;
 - 2) prognozę zmian w zakresie objętym strategią;
 - 3) określenie:
 - a) celów strategicznych projektowanych zmian,
 - b) kierunków niezbędnych działań,
 - c) sposobu realizacji strategii oraz jej ram finansowych,
 - d) wskaźników realizacji działań.

Można zatem powiedzieć, że prace naszego zespołu, kierującego się zaleceniami struktur unijnych, wyprzedziły cytowaną nowelizację, bowiem w listopadzie roku 2010 opracowaliśmy Strategię Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego (odmienną koncepcyjnie i strukturalnie niż powielane przez wiele samorządów różnych szczebli dokumenty tego typu), a następnie przystąpiliśmy do pracy nad prezentowaną modelową Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych na poziomie powiatu. Dzięki temu obie strategie są komplementarne wobec siebie, czyli nie jest możliwe rozwiązywanie problemów społecznych bez odniesienia wielu zagadnień szczegółowych do celów i zadań regionalnej polityki społecznej, natomiast konkretne problemy społeczne powinny być rozwiązywane jak najbliżej miejsc ich występowania.

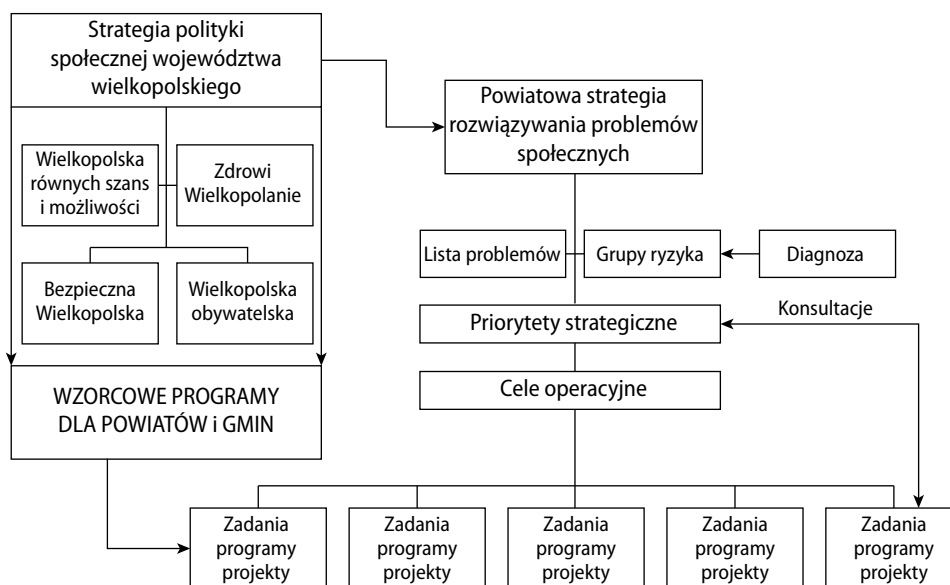
Budowę jakiegokolwiek strategii poprzedza konceptualizacja, czyli osadzenie obszaru i zjawisk, których dotyczy w literaturze przedmiotu (stan wiedzy) oraz diagnoza, której wyniki przesądzać będą o strategicznych celach, zadaniach i narzędziach – strukturę powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych przedstawiono na rysunku.

Projekt „Badanie obszarów wykluczenia społeczno-ekonomicznego dla potrzeb strategii rozwiązywania problemów społecznych w wybranych powiatach województwa wielkopolskiego” był przedsięwzięciem badawczym ukierunkowanym na wskazywanie kompleksowych rozwiązań w zakresie polityki społecznej, głęboko osadzonych w realiach instytucjonalnych i społecznych każdego z ośmiu badanych powiatów. Projekt ma na celu wykonanie porównawczej diagnozy sytuacji społecz-

⁵ Na przykład Krajowy Plan Działania na rzecz Integracji Społecznej na lata 2004–2006. Ministerstwo Polityki Społecznej; Krajowy Program: Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008–2010. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 16 grudnia 2008 r.; Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski do roku 2010. Ministerstwo Polityki Społecznej.

⁶ Dz.U. z 2011 r. Nr 81, poz. 440.

no-ekonomicznej w ośmiu celowo dobranych powiatach województwa wielkopolskiego. Diagnoza ta prowadzić będzie do sformułowania zintegrowanych strategii rozwiązywania problemów społecznych. Strategie takie muszą odpowiadać zarówno na lokalne zapotrzebowania i możliwości na poziomie poszczególnych powiatów, jak również wpisywać się w szersze konteksty strategii wyznaczonych na wyższych poziomach organizacyjnych. Przede wszystkim zaś wymagają one zintegrowania na poziomie wojewódzkim, stanowiącym naturalny układ koordynacyjny dla poszczególnych samorządów lokalnych. Proponowana diagnoza prowadzi do takich zintegrowanych strategii rozwiązywania problemów społecznych dla następujących ośmiu powiatów województwa wielkopolskiego: konińskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, pleszewskiego, śremskiego, tureckiego, wrzesińskiego, złotowskiego.



Rys. Struktura powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych – casus: Wielkopolska

W ramach projektu realizowano zarówno jakościowe, jak i ilościowe zadania badawcze. Podczas badań jakościowych prowadzono indywidualne wywiady pogłębione (IDI) oraz zogniskowane wywiady grupowe (FGI). Wśród respondentów IDI znaleźli się liderzy lokalnych społeczności, kluczowi urzędnicy oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych. Do głównych wątków tematycznych poruszanych w ramach tych wywiadów należały następujące kwestie: instytucjonalna organizacja zarządzania pomocą społeczną, specyfika problemów społecznych występujących na terenie powiatu, kategorie zagrożone wykluczeniem społecznym na terenie powiatu, rozumienie polityki społecznej, zastosowanie modelu polaryzacyjno-dyfuzyjnego rozwoju regionalnego w polityce społecznej. Z drugiej

strony, za pomocą technik jakościowych badano również wybrane kategorie osób zagrożonych wykluczeniem, w przypadku których dotarcie w ramach pomiaru ilościowego okazało się wysoce utrudnione, w szczególności zaś były to osoby po zwolnieniu z zakładu karnego lub innej jednostki penitencjarnej. Wspomniane wywiady grupowe miały natomiast charakter eksploracyjny. Ich celem było przede wszystkim opracowanie narzędzi do pomiarów ilościowych. W każdym z badanych powiatów przeprowadzone były dwa wywiady zogniskowane. Jeden obejmował osoby długotrwale bezrobotne i/lub skrajnie ubogie, drugi natomiast osoby samotnie wychowujące dzieci. Znaczna część respondentów to klienci Ośrodków Pomocy Społecznej lub Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie na terenie badanych jednostek terytorialnych. Poruszana w ramach scenariuszy wywiadów tematyka dotyczyła następujących kwestii: własnej sytuacji życiowej, problemów integracji społecznej, kontaktów z instytucjami pomocy społecznej, uzyskanego wsparcia, oczekiwanej formy wsparcia.

Głównym celem fazy badawczej opierającej się na ilościowych badaniach terenowych jest zebranie wyczerpujących i szczegółowych informacji na temat kategorii osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Interesowały nas kwestie związane z problemami materialnymi, zdrowotnymi i społecznymi osób badanych. Chodziło między innymi o zdiagnozowanie poziomu życia mieszkańców poszczególnych powiatów, jak również o sposób gospodarowania pieniędzmi. Interesowała nas także kwestia związana z oceną badanych, dotyczącą występowania problemów społecznych na danym terenie, a także ich relacje z otoczeniem społecznym. Podlegająca następnie operacjonalizacji do postaci kwestionariusza wywiadu problematyka badawcza obejmowała następujące zagadnienia:

1. Problemy materialne, zdrowotne, społeczne osób zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- poziom życia i sposób gospodarowania pieniędzmi,
- rozmiar poziomu ubóstwa,
- podobieństwa i różnice statusu badanych i ich kręgów społecznych,
- ocena występowania problemów społecznych w powiecie,
- relacje badanych z otoczeniem społecznym.

2. Subiektywna ocena własnej sytuacji życiowej oraz potencjalne trajektorie zmiany:

- ocena zmian zachodzących we własnej sytuacji życiowej,
- samoocena stanu zdrowia,
- sprawność fizyczna w samoocenie badanych,
- samoocena możliwości finansowych,
- ocena poczucia bezpieczeństwa,
- poczucie wpływu na sprawy powiatu, gminy,
- poczucie wpływu na własne życie.

3. Oczekiwania wobec oraz ocena funkcjonowania instytucji opieki społecznej:

- typ placówek służby zdrowia, z których korzystają respondenci,
- traktowanie osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem w placówkach służby zdrowia,
- korzystanie z pomocy społecznej,
- szanse otrzymania zewnętrznego wsparcia materialnego w ocenie osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem.

Zrealizowany projekt badawczy obejmował na tyle szeroki zestaw zagadnień, że przy uwzględnieniu zróżnicowania ze względu na poszczególne kategorie oraz powiaty prezentacja wyników w kontekście niniejszej publikacji możliwa będzie jedynie na wysokim poziomie agregacji. Szczegółowe analizy zostały zawarte w ramach raportów badawczych, które włączono do części diagnostycznych modeli powiatowych strategii rozwiązywania problemów społecznych.

Rama koncepcyjna strategii rozwiązywania problemów społecznych

1. Problem społeczny – istota zjawiska

Przynależność do określonej kategorii i/lub grupy społecznej zobowiązuje do realizowania obowiązujących w niej wzorów społecznych i wchodzenia tym samym w określone role społeczne. Stąd zachowania ludzi, grup społecznych i/lub całych społeczeństw niezgodne z regułami normatywnymi społeczeństwa (moralność, kultura, prawo), zachowania wykraczające poza granice tolerancji społecznej, zachowania społecznie nieakceptowane (sprzeczność/konflikt z wartościami), zachowania zakłócające porządek społeczny, sprzeczne z oczekiwaniami społecznymi mogą prowadzić do:

1. Dewiacji – etymologicznie to *zboczenie z drogi, odchylenie od właściwego kierunku, błędzenie*; to zachowania niepożądane, będące odstępstwem od zbiorowo akceptowanych wzorów społecznych (gdy ukształtowane zostają normy obyczajowe pewnych grup społecznych, sprzeczne z systemem wartości społecznie akceptowanych), zasługujące na nagane/dezaprobatę. Nie są one wyłącznie przejawem jakichś *anormalnych* skłonności wyizolowanych jednostek, zaburzeń psychicznych lub domeną zjawisk z tzw. *marginesu społecznego* – zachowania tego typu mogą być rezultatem: osłabienia więzi społecznych (towarzyszy temu spadek kontroli społecznej), negatywnej socjalizacji, naznaczania społecznego, wzrostu napięcia między aspiracjami i możliwościami ich realizacji, a także konfliktu między kulturowo określonymi celami i barierami w dostępie do nich. To raczej normalna reakcja normalnych ludzi, znajdujących się w szczególnej, niekorzystnej sytuacji środowiskowej; jednostek często wrażliwszych, mniej odpornych i zaradnych życiowo, ludzi uwikłanych w sytuacje życiowe, z ich perspektywy postrzeganych jako kwestie nie do rozwiązania.

Obok dewiacji jednostek/grup wyróżnia się także dewiację instytucjonalną, a więc taki sposób zorganizowania życia zbiorowego, który wywołuje niedogodności, braki, bariery w dostępie do dóbr i usług pewnym kategoriom członków zbiorowości społecznych.

2. Patologii społecznej – biomedyczny rodowód pojęcia (*pathos* etymologicznie oznacza cierpienie) sugeruje swoistego rodzaju *choroby społeczne* obejmujące zachowania jednostek i grup, a także funkcjonowanie instytucji, struktur i systemów społecznych, pozostające nie tylko w zasadniczej sprzeczności z akceptowanym społecznie systemem wartości, lecz na ogół system ten odrzucające, niosące z sobą rozmaite formy społecznego „zła”, wywołującego szkody jednostkowe i zbiorowe (rozwój, postęp, zagrożenie bezpieczeństwa itp.). To występujące w zwiększonym wysyceniu ilościowym destruktywne i autodestruktywne zachowania ludzi, grup lub całych społeczeństw. Zachowania tego rodzaju utożsamiane są często z dewiacją negatywną (zbiór różnorodnych typów dewiacji społecznych), niekiedy traktowane wręcz jako synonim problemów społecznych.

3. Demoralizacji – oznaczającej obniżenie akceptowanego w danej zbiorowości społecznej poziomu ładu moralnego, polegające głównie na łamaniu określonych norm obyczajowych i/lub zasad współżycia społecznego. W skrajnych przypadkach demoralizacja prowadzić może do pojawienia się dezorganizacji społecznej (jeśli dotyczy większej liczby osób).

4. Dezorganizacji społecznej – procesu wywołującego destabilizację funkcjonowania określonej grupy społecznej/szerszych całości społecznych lub jakiegoś systemu społecznego w rezultacie *spadku wpływu istniejących norm postępowania na funkcjonowanie poszczególnych członków grupy – od jednorazowego naruszenia norm do ogólnego rozkładu wszystkich instytucji danej grupy* (Thomas, Znaniecki). Źródłem dezorganizacji może być nierównomierny rozwój: ekonomiczny, społeczny, polityczny i kulturowy, naruszający istniejący ład społeczny (rezultat zmian, różnorodności itp.) – to wynik załamania, rozkładu zasad życia społecznego.

Wzory społecznego działania są w takich społeczeństwach słabe, niejasne, sprzeczne lub nieadekwatne do wymagań wypływających z organizacji całego systemu – struktura systemu nie pozwala osiągać celów uzasadniających jego istnienie, system nie kontroluje swojego zewnętrznego otoczenia (albo nie adaptuje się właściwie do niego), nieadekwatna jest także socjalizacja wobec aktualnego zapotrzebowania społecznego, występują trudności w utrzymaniu spójności grupy (kohezji).

5. Dezintegracji społecznej – złożony w charakterze i przebiegu proces, wskutek którego dochodzi do rozpadu danej grupy społecznej lub jakiegoś systemu społecznego. Rozpad tego rodzaju wywoływany jest najczęściej nasiloną dezorganizacją społeczną. Poszczególne elementy systemu społecznego ulegają rozpadowi, co między innymi przejawia się w zaniku funkcjonalnego skoordynowania systemu

norm społecznych i wartości oraz różnego typu wzorców działania zbiorowego i jednostkowego.

Tak więc zjawiska i stany rzeczy składające się na dewiację i patologię społeczną uruchamiają/uruchamiać mogą niekorzystne procesy społeczne, takie jak: demoralizacja, dezorganizacja i dezintegracja społeczna, stanowiąc razem kompleks zjawisk i procesów generujących problemy społeczne. Problemy społeczne to zatem seria zjawisk:

- 1) o szerokim zasięgu – problemy muszą być postrzegane w kontekście ich wpływu na życie zbiorowe,
- 2) dolegliwych dla ludzi,
- 3) negatywnie ocenianych (przez konkretnych ludzi bądź przez: specjalistów, ekspertów, polityków, opinię publiczną, media itp.),
- 4) wymagających świadomej interwencji różnych podmiotów zbiorowych i indywidualnych, by je zlikwidować lub złagodzić.

Niekorzystna sytuacja, położenie jednostki¹ niekoniecznie stać się muszą na tyle ważne, by uruchamiać działania i zasoby społeczne – nie każda trudna sytuacja jednostkowa staje się *kwestią publiczną*, jednakże ta ostatnia może się przekładać na kłopoty osobiste w życiu konkretnych ludzi (np. *bezrobocie*). Tak więc problem społeczny to seria zjawisk, warunków i sytuacji, które:

- 1) utrudniają albo uniemożliwiają osiągnięcie celów społecznych (np. *zaspokajanie potrzeb – oświata, zdrowie, praca, rozwój społeczny, dostępność świadczeń i usług* itp.),
- 2) zakłócają funkcjonowanie społeczeństwa jako całości lub jakichś jego segmentów – zbiorowości, społeczności, grup społecznych (np.: *korupcja, inne rodzaje przestępczości, uzależnienia, marginalizacja i wykluczenie społeczne* itp.),
- 3) zaburzają równowagę życia społecznego (np. *rozwoły, samobójstwo, choroby cywilizacyjne, konflikty społeczne* itp.).

Istnienie problemów społecznych to dowód funkcjonowania stanów rzeczy wymagających zmiany lub przynajmniej działania w świetle określonego systemu dążeń i wartości, natomiast podstawowym źródłem problemów społecznych jest organizacja społeczeństwa (życia zbiorowego), czyli sposób działania instytucji społecznych w procesie: (1) dystrybucji dóbr i usług, (2) alokacji pracy, (3) podejmowania decyzji społecznie istotnych (np. *reformy, reorganizacje* itp.), (4) zapewniania ochrony i bezpieczeństwa, (5) edukacji młodego pokolenia, (6) udostępniania i upowszechniania informacji, (7) zapewniania opieki zdrowotnej, (8) stanowienia praw i sankcji społecznych dla łamiących porządek normatywny i zasady współżycia społecznego. Podejmując analizy w obszarze problemów społecznych, należy koncentrować uwagę także na nierozpoznanych determinantach społecznych, które są ukrytymi lub uśpionymi problemami społecznymi.

¹ Tzw. *kłopoty osobiste* – dotyczą i ogniskują się wokół konkretnej jednostki i jej najbliższego otoczenia.

Utrzymuje się silna tendencja wśród wielu osób – laików, policjantów, sędziów, prawników, polityków, a nawet badaczy społecznych – do postrzegania problemów społecznych i sposobów ich rozwiązywania prawie wyłącznie z perspektywy psychologicznej (np. *obarcza się jednostkę za bycie biednym bez odniesienia do szerszych uwarunkowań: podziału dochodu narodowego, dziedziczenia niekorzystnej pozycji socjoekonomicznej itp.*). Współcześnie przeważa jednakże podejście ogniskujące uwagę badaczy raczej na strukturze społecznej niż na problemach jednostek.

Pomiarowi poddawane są zarówno *obiektywne*, jak i *subiektywne* aspekty problemów społecznych – w ramach tych pierwszych przyjmuje się, że istnieją:

1) warunki społeczne (np. *bieda, instytucjonalna dyskryminacja, brak dostępu do świadczeń i usług itp.*), które niosą z sobą materialne i psychiczne konsekwencje, straty, uszkodzenia dla pewnej części populacji,

2) zjawiska socjokulturowe, które utrudniają znacznej części obywateli rozwój i możliwości wykorzystania własnego potencjału (*marginalizacja, wykluczenie*),

3) rozbieżności między domniemaniem, iż pewne warunki występują (*demokracja, równość szans i możliwości, sprawiedliwość*) i aktualnymi warunkami, w jakich żyje wielu ludzi.

Zobiektywizowany pomiar problemu społecznego obejmuje zestaw obserwowalnych, empirycznych wskaźników warunków, zjawisk, zachowań konstytuujących problem (*to, co może być postrzegane, opisane i dyskutowane*) opisujących:

1) sytuacje, warunki, zjawiska, zachowania gwałcące społecznie akceptowane normy i wartości,

2) społecznie generowane warunki, sytuacje, zjawiska wywołujące psychiczne i/lub materialne szkody, straty dla pewnego segmentu populacji,

3) sytuacje, warunki, zjawiska, zachowania sygnalizujące wejście na ścieżkę marginalizacji/wykluczenia społecznego.

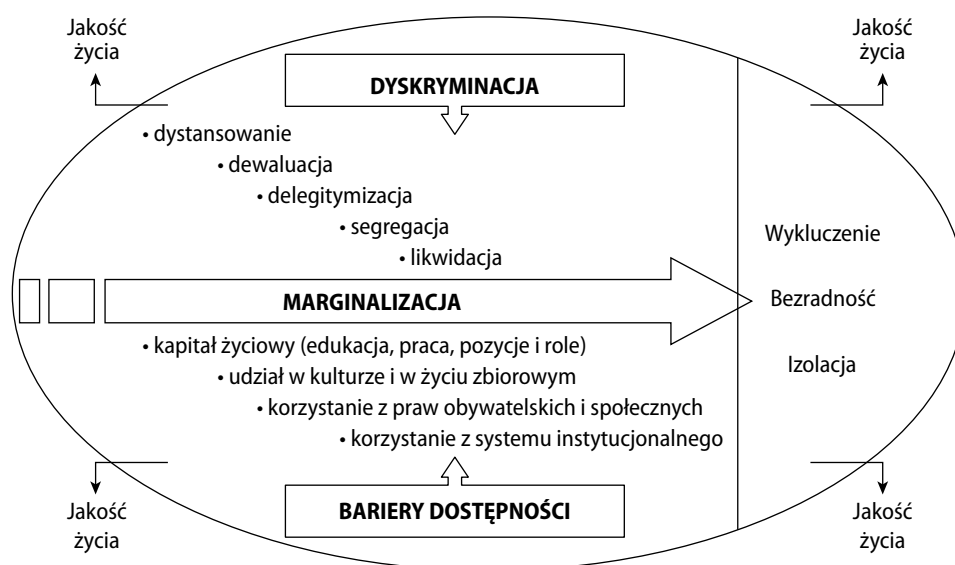
Z perspektywy *subiektywnej* bada się natomiast sposób, w jaki pewne zjawiska, zachowania, zdarzenia i warunki zostają uznane za problemy społeczne (*uzależnienie sposobu definiowania od audytorium i od czasu, w jakim definicja powstaje*) oraz jacy ludzie i jakie grupy społeczne aktywnie wpływają na sposób ich definiowania (*kto definiuje i kto interpretuje przyjęty sposób rozumienia problemu społecznego*). To indywidualna, subiektywna analiza: zjawisk, warunków, zachowań, zdarzeń konstytuujących problem społeczny – *co ludzie myślą o tym, co widzieli i słyszeli*.

Sumując, można powiedzieć, że problemy społeczne są przedmiotem negatywnej oceny społecznej – to coś złego, niepokojącego, szkodliwego, niepożądanego i/lub bulwersującego, któremu towarzyszy domaganie się, żądanie zmian oraz zorganizowane reakcje społeczne lub pewne stany społeczne, a także zachowania (pozytywne/negatywne). Pytanie o istotę i źródła problemów społecznych jest zatem każdorazowo próbą określenia sposobu działania porządku normatywno-strukturalnego w konkretnym społeczeństwie – czyli wskazania: (1) kto jest jego *beneficjentem* (kto korzysta i z czego), (2) kto znajduje się poniżej linii dostępu

do beneficjów (przywilejów, dóbr, usług, świadczeń itp.). Innymi słowy jest próbą odpowiedzi na pytanie: Na ile system społeczny *jest selektywny, stronniczy, niesprawiedliwy, upośledzający, marginalizujący*?

2. Marginalizacja – wykluczenie społeczne – bezradność

W ścisłym związku przyczynowo-skutkowym z problemami społecznymi pozostaje proces marginalizowania położenia i statusu społecznego jednostek/grup, rozumiany jako seria zdarzeń/sytuacji pojawiających się w różnych fazach życiowych, w toku dynamicznego, długotrwałego procesu „wypychania” jednostek/grup na „obrzeża” życia zbiorowego. Większość badaczy jednym tchem wymienia marginalizację i wykluczenie społeczne, sugerując synonimiczność obu terminów lub następstwo/zachodzenie na siebie obu zjawisk i zdarzeń, postrzegając zarazem wykluczenie jako proces. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy należałoby jednakże oddzielać *m a r g i n a l i z a c j ę* (proces/źródło) od *w y k l u c z e n i a* społecznego (stan/rezultat).



Rys. 1. Marginalizacja i wykluczenie społeczne – źródło i konsekwencje problemów społecznych

Źródło: Z. Woźniak

Proces marginalizowania jednostek i grup społecznych charakteryzują:

1) ograniczanie uczestnictwa jednostek/grup w istotnych dla funkcjonowania społecznego sferach życia zbiorowego – w gospodarce (m.in. na rynku pracy),

w sferze spożycia, polityki, kultury (m.in. w dostępie do oświaty i dóbr kulturalnych), w sferze dostępu do usług i świadczeń społecznych, w mieszkalnictwie itp.;

2) stopniowe pozbawianie uprawnień przysługujących innym osobom lub grupom w konkretnym społeczeństwie lub ograniczanie możliwości korzystania z nich;

3) obniżanie pozycji społecznej jednostek/grup odrzucanych na „peryferie” życia zbiorowego w wyniku dominacji jednostek/grup mających władzę w sferach: politycznej, gospodarczej, kulturalnej, medialnej;

4) generowanie odmienności kulturowej jednostek/grup poddanych procesowi marginalizacji w stosunku do szeroko pojętej kultury swego społecznego otoczenia, w sposób uniemożliwiający lub utrudniający wzajemne komunikowanie się;

5) marginalizujące naznaczanie jednostki/grupy w wyniku subiektywnego sądu i postaw pewnych tylko kategorii społecznych, niekoniecznie zgodnych z oceną i działaniami szerszych kręgów społecznych;

6) szeroki zakres – marginalizacja występować może w skali lokalnej, regionalnej, narodowej i międzynarodowej;

7) obiektywny i subiektywny wymiar;

8) mierzalność.

K. Frieske trafnie zauważa, iż

[...] procesy społecznej marginalizacji kojarzyć można/należy z atrofią ważnych instytucji kontroli społecznej (rodzina, sąsiedztwo, system prawny, system edukacyjny itp.).

W konsekwencji oznacza to, że status społeczny jednostek/grup marginalizowanych charakteryzuje: (1) pozbawienie władzy i dostępu w podejmowaniu decyzji, (2) mniej praw – więcej obowiązków, (3) mniej możliwości wyboru – więcej ograniczeń, (4) mniej możliwości ekonomicznych – niższa pozycja ekonomiczna, (5) mniejsze możliwości edukacyjne, zawodowe, rekreacji oraz wypoczynku itp., (6) większe narażenie na skutki społecznych nacisków i kryzysów, (7) dyskryminacja społeczna i prawna, (8) społeczne naznaczanie (piętnowanie) i praktyki dyskryminujące.

Mamy więc do czynienia z kilkoma nakładającymi się wymiarami marginalizacji, stąd uczestnictwo w życiu zbiorowym

[...] może być stopniowalne (jedni uczestniczą bardziej, a inni mniej), a jego niski poziom uznaje się za cechę marginalności – różne mogą być powody niskiego poziomu uczestnictwa, a więc trudno wskazać jeden, który byłby najważniejszy.

Tak więc

[...] znajdując się w niekorzystnym położeniu społecznym możemy mieć równocześnie problemy z podmiotowością, uprawnieniami, wolnością wyboru, pracą, dochodami, edukacją, wypoczyn-

kiem, zabezpieczeniem na niepewną przyszłość, równouprawnieniem i wizerunkiem społecznym. Wiele z kategorii społecznych, o których jest mowa w kontekście wykluczenia społecznego zajmuje właśnie marginalną pozycję w społeczeństwie, albo są spychane ku takiej pozycji².

Marginalizacja jest antynomią partycypacji społecznej – procesu, w ramach którego ludzie wyrażają swoje prawo bycia aktywnym w tworzeniu, rozwijaniu oraz funkcjonowaniu infrastruktury obywatelskiej, normatywno-decyzyjnej i instytucjonalnej, umożliwiającej jednostkom/grupom autentyczne włączenie samych zainteresowanych w definiowanie kwestii mających wpływ na decyzje dotyczące ich życia oraz w realizację potrzeb i aspiracji członków społeczności. Celem partycypacji jest dążenie do uzyskania zgody społecznej, doprowadzenie/dopuszczenie do debaty publicznej, przyznanie prawa do opozycji wobec działań władz publicznych, aż po bezpośredni udział w decyzjach administracyjnych (politycznych, w procesie stanowienia prawa itp.). Wśród form partycypacji wyróżnić można wkład materialny lub pracę, właściwe struktury organizacyjne, uprawomocnienie dla członków zbiorowości do zarządzania własnymi sprawami (zaspokajanie potrzeb, rozwiązywanie problemów) oraz udział w procesie planowania, decyzjach i działaniach, uznanych przez zainteresowanych za istotne z punktu widzenia ich potrzeb.

Marginalizacja społeczna oznacza zatem spadek znaczenia jakiejś grupy/kategorii społecznej w społeczeństwie/społeczności w związku z osłabieniem/utrata pozycji i/lub funkcji, prezentowaniem poglądów i/lub podejmowaniem zachowań nieakceptowanych przez większość – skutkować to może niezdolnością/nieemożnością uczestnictwa w głównym nurcie życia publicznego – w: gospodarce, polityce, kulturze oraz życiu społeczności. Z tychże względów marginalizacja prowadzić może do wykluczenia społecznego, które przejawia się niepodejmowaniem/wypadaniem ze zwyczajowej i społecznie akceptowanej drogi życiowej; a także brakiem i/lub ograniczeniem możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych elementów infrastruktury społecznej, instytucji publicznych i różnych rynków dostępnych dla innych obywateli³.

Zdaniem K. Frieskego, termin *społeczne wykluczenie* pojawił się w latach 70. XX w., kiedy posłużył opisaniu

[...] nieszczelności francuskiego systemu zabezpieczenia społecznego, zrobiło to oszałamiającą karierę w biurokratycznych establishmentach ówczesnej Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej a następnie znakomicie zakorzeniło się w języku urzędników Komisji Europejskiej. [...] W ślad za biurokratycznym frazesem poszły pieniądze funduszy strukturalnych⁴ zaś termin „social

² R. Szarfenberg (2008). *Pojęcie wykluczenia społecznego*. Instytut Polityki Społecznej, Uniwersytet Warszawski, <www.ips.uw.edu.pl/rszarf/> (wersja 1.1, 14.03.08), s. 8 i 9.

³ Nieco zmodyfikowana wersja definicji zaproponowanej przez Zespół Zadaniowy ds. Reintegracji Społecznej, który przygotował Narodową Strategię Integracji Społecznej dla Polski.

⁴ W latach 2007–2013 środki Europejskiego Funduszu Społecznego „finansować będą wyłącznie działania Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki PO KL [...] Przeglądając dalej stosowne dokumenty dowiadujemy się też, że [...] całość kwoty, jaką przewidziano na realizację Programu, wynosi prawie

exclusion” trafił również do języka akademickich nauk społecznych zastępując znany z socjologicznej klasyki termin „społeczna marginalność” [i/lub spotykaną w publikacjach amerykańskich] underclass⁵.

Tabela 1. Wskaźniki wykluczenia społecznego w punktach procesów marginalizujących jednostkę/grupę

Wykluczenie społeczne	
Problemy	Wskaźniki
1. Z uczestnictwem, partycypacją w życiu społecznym lub zbiorowym	1. Brak/niezdolność/niemożność/trudności w społecznym „zakorzenianiu”. 2. Deficyty uczestnictwa – funkcjonowanie poza głównym nurtem życia zbiorowego. 3. Brak/zakłócenia w integracji ze społeczeństwem/społecznościami jako rezultat: a) barier, b) deficytów infrastrukturalnych, c) deficytów motywacyjnych, d) możliwości/zasobów/sposobów ograniczania/przeciwdziałania marginalizacji i jej skutkom.
2. Z dostępem do: a) systemów społecznych, b) zasobów, c) dóbr publicznych, d) instytucji, decydujących o partycypacji społecznej	1. Brak/ograniczenie/utrudnienie dostępności do: a) systemu edukacji, b) systemu zabezpieczenia społecznego. 2. Brak/ograniczenie/utrudnienie dostępności do rozmaitych rynków: a) pracy, b) konsumpcji, c) świadczeń i usług socjalnych. 3. Poziom motywacji do uczestnictwa w systemach społecznych, infrastrukturalnych.
3. Z korzystaniem przez jednostki/grupy z pełni praw społecznych (warunek uczestnictwa w życiu społeczeństwa/społeczności, aby było ono w ogóle możliwe	1. Odmowa/ograniczenia w realizacji przysługujących praw. 2. Zakres podmiotowy ograniczonych/utraconych praw społecznych. 3. Zakres przedmiotowy ograniczonych/utraconych praw społecznych. 4. Bariery w realizacja praw społecznych.
4. Powiązanie z ubóstwem i deprycją	1. Formy/zakres/źródła ubóstwa. 2. Poziom materialnej deprywacji a ograniczanie/utrudnianie partycypacji. 3. Ubóstwo a wykluczenie społeczne i/lub wykluczenie wymuszone jako przyczyna wejścia w spiralę ubóstwa.

11,5 mld euro, w tym wkład finansowy EFS to ponad 9,7 mld euro”. Najbardziej pobieżne wyliczenie wskazuje zatem, że w latach 2007–2013 koszty borykania się ze zjawiskami opisanymi dość enigmatycznie jako ‘społeczne wykluczenie’ wyniosą około 7 mld złotych (Frieske 2008, s. 1).

⁵ K. Frieske (2008). *Społeczna marginalność jako koszt systemowy*, [w:] M. Jarosz (red.), *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny i etniczny*. Warszawa: ISP PAN, s. 12.

Definicje sytuują na ogół wykluczenie społeczne w następujących punktach procesów marginalizujących jednostkę/grupę, wywołujących i multiplikujących problemy: (1) z uczestnictwem/partycypacją w życiu społecznym/zbiorowym – deficyty uczestnictwa; brak, niezdolność, niemożność, trudności w społecznym zakorzenianiu się; włączaniu w życie zbiorowe, integracji ze społeczeństwem/społecznościami (źródła oraz skutki barier i deficytów; brak możliwości i sposobów ograniczania/przeciwdziałania marginalizacji i jej skutkom); (2) z dostępem do zasobów, dóbr publicznych, instytucji i systemów społecznych decydujących o partycypacji społecznej (*brak, ograniczenie, utrudnienie dostępności do rozmaitych rynku – zwłaszcza rynku pracy i konsumpcji – systemu edukacji, systemu zabezpieczenia społecznego itp.*); (3) z korzystaniem przez jednostki/grupy z pełni praw społecznych – to istotny warunek uczestnictwa w życiu społeczeństwa/społeczności, aby było ono w ogóle możliwe (*odmowa/ograniczenia w realizacji; niepełny zakres podmiotowy i przedmiotowy praw społecznych, bariery i nieskuteczna ich realizacja*); (4) z ubóstwem i depryzacją – wykluczenie społeczne jest powiązane w sposób istotny z występowaniem ubóstwa, które może co prawda ograniczać/utrudniać współdziałanie w życiu zbiorowym (*partycypację społeczną*), ale nie można postawić znaku równości między ubóstwem a wykluczeniem społecznym: osoby ubogie nie muszą być wykluczone i odwrotnie – osoby wykluczone niekoniecznie są ubogie. Jeśli wykluczenie to wymuszone, ograniczone uczestnictwo, wówczas ubóstwo jest tym, co je powoduje.

Wprowadzenie elementu motywacyjnego do zagadnień związanych z uczestnictwem społecznym (tab. 2) wiąże się z dokonywanymi wyborami: ludzie na ogół wybierają to, czego chcą i nie wybierają tego, czego nie chcą – jeżeli „wybierają” to, czego nie chcą, to najprawdopodobniej jest to spowodowane przymusem. Rodzi się zatem pytanie, dlaczego ludzie chcą w coś uczestniczyć, a w coś innym nie chcą. Zgodnie z podstawową zasadą wymiany społecznej (hipoteza racjonalnego wyboru) jednostki chcą przede wszystkim tego, co przynosi im większą nadwyżkę korzyści nad kosztami (zysk), a unikają tego, co wiąże się z nadwyżką kosztów nad korzyściami (strata).

T a b e l a 2. Zdolność i motywacja do uczestnictwa

Czy występuje zdolność/możliwość uczestnictwa?	Czy występuje motywacja do uczestnictwa?	
	tak	nie
Tak	mamy zdolność do uczestnictwa i chcemy uczestniczyć	mamy zdolność do uczestnictwa, ale nie chcemy uczestniczyć
Nie	nie mamy zdolności do uczestnictwa, ale chcemy uczestniczyć	nie mamy zdolności do uczestnictwa i nie chcemy uczestniczyć

Źródło: R. Szarfenberg (2008). *Pojęcie wykluczenia społecznego*. Instytut Polityki Społecznej, Uniwersytet Warszawski, <www.ips.uw.edu.pl/rszarf/> [wersja 1.1, 14.03.08], s. 8

Także autorzy Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski (NSIS – 2003) przyjęli, iż wykluczenie społeczne to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a w szczególności dla osób ubogich (tab. 3).

T a b e l a 3. Wymiary i cechy wykluczenia społecznego

Wykluczenie społeczne	
Wymiary wykluczenia	Cechy wykluczenia społecznego
1. Indywidualny (np. zły stan zdrowia i/lub sprawności, niski status edukacyjny, niski poziom osiągnięć itp.).	1. Często spowodowane jest brakiem zasobów – ma aspekty mierzone zarówno wskaźnikami pieniężnymi, jak i pozapieniężnymi.
2. Grupowy (koncentracja cech wykluczających w szczególnych grupach ryzyka: ludzie starzy, osoby niepełnosprawne, mniejszości etniczne itp.).	2. Przejawia się w wielowymiarowej deprivacji o różnych stopniach natężenia – utrwalanie się niekorzystnej sytuacji w sferze potrzeb i uprawnień społecznych wywołują może syndrom „błędnego koła” i być przekazywane międzypokoleniowo.
3. Społeczny (bezdomność, przestępczość, niefortunna młodość itp.).	3. Charakteryzuje się deficytami uczestnictwa (o różnym stopniu natężenia) w głównym nurcie społeczeństwa i dostępu do zasadniczych systemów społecznych (rynek pracy, zabezpieczenie społeczne, edukacja, opieka zdrowotna).
4. Ekonomiczny (długotrwałe bezrobocie, gospodarstwa domowe osób bezrobotnych, niski dochód, ubóstwo itp.).	4. Może oznaczać zerwanie więzi z rodziną i ze społeczeństwem.
5. Sąsiedzki (stan sanitarno-higieniczny mieszkań/domów, degradacja środowiskowa itp.).	5. Może powodować utratę poczucia tożsamości i celu w życiu.
6. Polityczny (brak praw politycznych, alienacja/brak zaufania do rządzących i rządzonych itp.).	6. Wiąże się z pozbawieniem lub nierealizowaniem uprawnień socjalnych.
7. Przestrzenny (koncentracja i/lub marginalizacja grup wrażliwych).	7. Wykazuje tendencję do samoutrwalania się z możliwością „dziedziczenia”.

Zródło: R. Levitas, Ch. Pantazis, E. Fahmy, D. Gordon, E. Lloyd, D. Patsios (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Bristol: Department of Sociology and School for Social Policy – Townsend Centre for the International Study of Poverty – Bristol Institute for Public Affairs, University of Bristol, s. 30–32; na podstawie: J. Andersen, A. Bruto da Costa, C. Chigot, K. uffy, S. Mancho, M. Mernagh (1994). *The contribution of Poverty 3 to the understanding of poverty, exclusion and integration*, [w:] *Poverty 3: The Lessons of the Poverty 3 Programme*. European Economic Interest Group, Animation and Research, Lille, s. 10–11

Wykluczenie oznacza niepodejmowanie zwyczajowej i społecznie akceptowanej drogi życiowej lub wypadanie z niej – dotyczy osób, rodzin lub grup ludności, które:

- 1) żyją w niekorzystnych warunkach ekonomicznych (ubóstwo materialne),
- 2) zostają dotknięte niekorzystnymi procesami społecznymi, wynikającymi z masowych i dynamicznych zmian rozwojowych, np.: deindustrializacji, kryzysów, gwałtownego upadku branż czy regionów,
- 3) nie zostały wyposażone w kapitał życiowy umożliwiający im: normalną pozycję społeczną, odpowiedni poziom kwalifikacji, wejście na rynek pracy lub za-

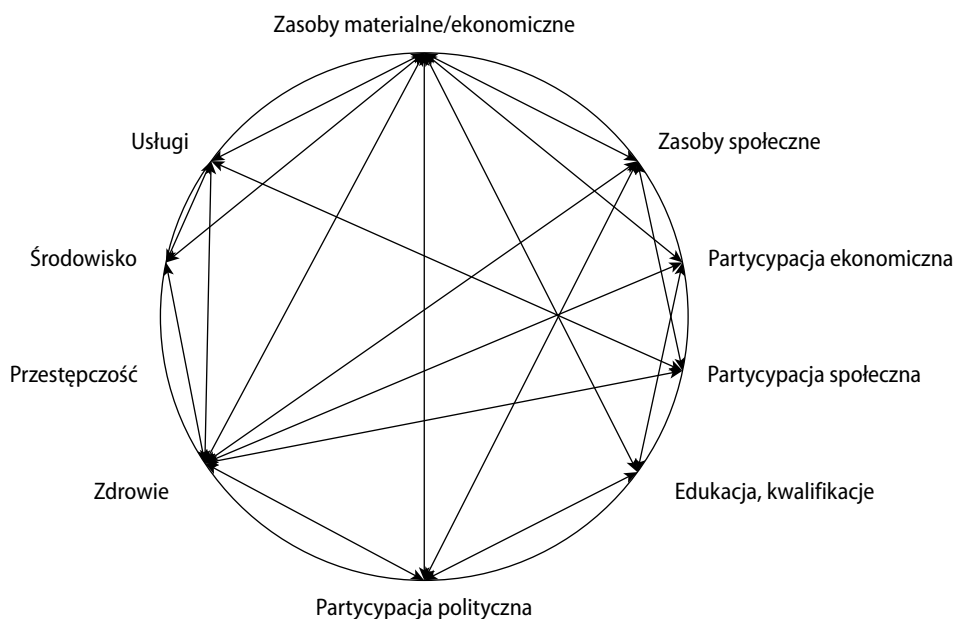
łożenie rodziny, co dodatkowo utrudnia dostosowywanie się do zmieniających się warunków społecznych i ekonomicznych,

4) nie mają dostępu do odpowiednich instytucji pozwalających na wyposażenie w kapitał życiowy, jego rozwój i pomnażanie, co ma miejsce w wyniku niedorozwoju tych instytucji, spowodowanego brakiem priorytetów, środków publicznych, niską efektywnością funkcjonowania,

5) doświadczają przejawów dyskryminacji, zarówno wskutek niedorozwoju właściwego ustawodawstwa, jak i kulturowych uprzedzeń oraz stereotypów,

6) mają cechy utrudniające im korzystanie z powszechnych zasobów społecznych ze względu na ograniczenie sprawności, uzależnienia, długotrwałą chorobę albo inne cechy indywidualne,

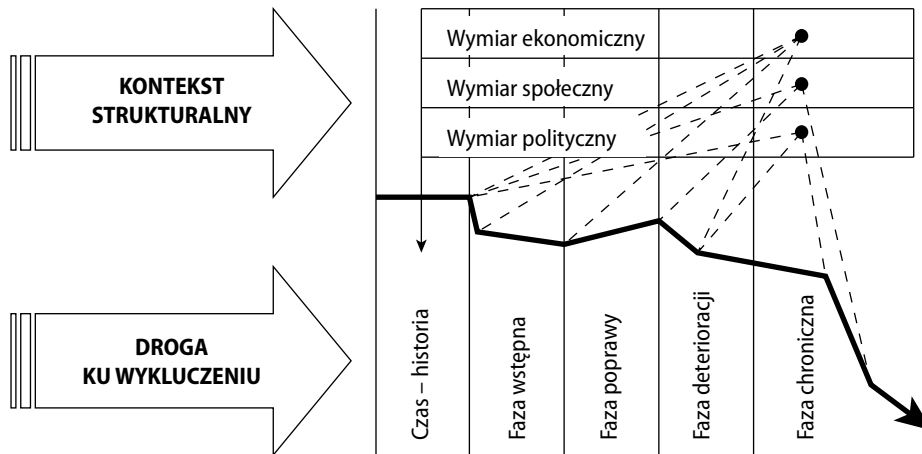
7) są przedmiotem destrukcyjnego działania innych osób, na przykład przemocy, szantażu, indoktrynacji.



Rys. 2. Relacje przyczynowo-skutkowe między domenami wykluczenia społecznego

Źródło: R. Levitas, Ch. Pantazis, E. Fahmy, D. Gordon, E. Lloyd, D. Patsios (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Bristol: Department of Sociology and School for Social Policy – Townsend Centre for the International Study of Poverty – Bristol Institute for Public Affairs, University of Bristol, s. 119

Można zatem przyjąć, że wykluczenie społeczne stanowi rezultat (wypadkową) serii zdarzeń/sytuacji pojawiających się w różnych fazach dynamicznego, długotrwałego procesu „wywłaszczania” jednostek/grup z obywatelstwa i „wypychania” ich na margines życia zbiorowego (rys. 2) – to zjawisko, które ma kumulatywny charakter (rys. 3).



Rys. 3. Kumulacyjny charakter wykluczenia społecznego

Źródło: J. Millar (2007). *Social exclusion and social policy research: defining exclusion*, [w:] D. Abrams, J. Christian, D. Gordon (red.), *Multidisciplinary handbook of social exclusion research*. Oxford: Wiley-Blackwell, s. 12

W literaturze przedmiotu znaleźć można cztery hipotezy na temat źródeł wykluczenia społecznego. Przyjmuje się, że przyczyny wykluczenia społecznego tkwią w:

1) samych wykluczonych i ewentualnie ich bliskich, spowodowane są ich wewnętrznymi deficytami (np.: brak lub niewystarczający poziom wykształcenia, zły stan zdrowia i sprawności, niedostateczny dynamizm i elastyczność wobec zmian; brak woli, lenistwo, wady genetyczne, źli rodzice itd. – dobrowolne wycofanie się z uczestnictwa w społeczeństwie z powodów politycznych lub innych też jest przyczyną po stronie wykluczonego, ale takie sytuacje rzadko uznaje się za przypadki wykluczenia społecznego);

2) innych ludziach, którzy wykluczają, żeby zachować swoją uprzywilejowaną pozycję; wykluczeni są ofiarami tych, którzy w ten sposób poprawiają swoją własną pozycję, w ich złośliwych działaniach, w egoizmie;

3) samej konstrukcji i fundamentach ładu społecznego – świat społeczny jest zbyt ekskluzywny, za mało dostępny, utrzymanie w nim porządku wymaga wykluczenia zbyt wielu;

4) poza wykluczonymi oraz poza dobrze działającą i zorganizowaną społecznością – to bezosobowe procesy (np. polityczne, gospodarcze), które przekształcają świat społeczny, w wyniku czego pewne struktury, pozycje, role oraz instytucje znikają na zawsze i trzeba generować w ich miejsce nowe elementy ładu społecznego, co wiąże się z poszerzeniem liczby wykluczonych.

Dwie ostatnie przyczyny marginalizacji i wykluczenia społecznego lokują je w procesach politycznych, które we współczesnym społeczeństwie rodzą rosnącą zależność pojedynczego obywatela od polityki. Powoduje to, że plany, konieczności,

sukcesy i porażki polityczne przekładają się wprost na losy poszczególnych jednostek. Rolą polityki jest/powinna być zatem troska o tworzenie godnych warunków życia zbiorowego oraz określenie, co to oznacza i jak to osiągnąć – polityka, bazując na jakimś jednym podsystemie (rynek pracy, edukacja, zdrowie, pomoc społeczna itp.), musi jednak działać na rzecz całego społeczeństwa, pełniąc pewną globalną rolę przy coraz bardziej ograniczonych możliwościach działania i kurczących się zasobach (opcja: równoważenia potrzeb i możliwości).

Wykluczenie społeczne to obiektywna, jak i subiektywna cecha ludzkiego życia. W sensie obiektywnym charakteryzuje się materialną deprivacją oraz naruszeniem/nierespektowaniem praw społecznych i socjalnych (włączając w to prawa zatrudnionych i bezrobotnych). Natomiast jako zjawisko subiektywne cechuje się poczuciem społecznej niższości lub utratą wcześniejszego statusu społecznego (UNDP). Wykluczenie społeczne w skrajnej postaci prowadzi do bezradności, a więc do stanu, w którym jednostki mają poczucie utraty osobistej kontroli nad własnym życiem (*nad zdarzeniami, sytuacjami i sprawami życiowymi*), bezsilności. To także przejaw braku równowagi w relacjach z otoczeniem, co w ostatecznym rozrachunku skutkować może izolacją społeczną⁶.

Bezradnym jest się wtedy, gdy nie ma *dobrego wyboru* – pozostaje wówczas wybrać jakąś *niedobrą*, źle rokującą ewentualność. W takich sytuacjach narasta w ludziach przekonanie, iż cokolwiek zrobią i tak nie ma to wpływu na to, co się im przydarza. Bezradność sygnalizuje nieumiejętność radzenia sobie w danej sytuacji, jest przejawem przekonania o braku wystarczającej wiedzy do pokonania zaistniałych problemów, braku wiary w skuteczność opracowanych przez siebie dróg wyjścia oraz braku pomysłu na akceptowalne wyjście z trudnej sytuacji, prowadzącym do zaniechania działania lub podjęciem działania z góry skazanego na niepowodzenie. Bezradność występuje niezależnie od stanu rzeczywistej lub pozornej bezsilności i jest wypadkową:

- 1) wcześniejszych zdarzeń i doświadczeń życiowych (*bezrobocie, uzależnienia, dewiacje i patologie, choroby, niesprawność, uzależnienia, ubóstwo* itp.),
- 2) głębokości doznanych „urazów”,
- 3) poprzednich wzorów przystosowania i skuteczności podjętych działań,
- 4) aktualnych sposobów dostosowywania się do wymagań wynikających z konkretnej, bieżącej sytuacji,
- 5) dostępności i zasobów wsparcia w środowisku społecznym.

Bezradności jednostek/grup sprzyjać/towarzyszyć mogą lub ją pogłębiać istniejące rozwiązania prawne, dysfunkcjonalność instytucji oraz globalne lub środowiskowe normy, wzory zachowań i komunikacji społecznej (swoista *bezradność instytucjonalno-normatywna*). Nieefektywny system instytucji (*słabe państwo, brak*

⁶ Proponowany sposób rozumienia bezradności bliski jest koncepcjom M. Seligmmana (*Optymizmu można się nauczyć: jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina) oraz S. Kluczyńskiej (*Aby chciało się chcieć. Teoria wyuczonej bezradności*. Niebieska Linia 1999, 5).

polityki społecznej, niedomagania systemu wsparcia) potęgować może występujące u jednostek poczucie bezsilności i braku równowagi w relacjach z otoczeniem. W takiej sytuacji jednostki mogą zbyt łatwo zrezygnować z zachowanej jeszcze pewnej części kontroli nad zdarzeniami życiowymi (*swejej autonomii i niezależności*), co grozi zerwaniem związków ze społecznością, poczuciem osamotnienia, a w ostatecznym rozrachunku sprzyjać może generowaniu *roszczeniowości* i „wpychaniu” całych rzesz ludzi w proces prowadzący do wyuczonyj bezradności. W takich sytuacjach ludzie mogą łatwo zrezygnować z zachowanej jeszcze pewnej części kontroli nad zdarzeniami życiowymi (*swejej autonomii i niezależności*), co grozi: (1) zerwaniem związków ze społecznością, (2) osamotnieniem, (3) wykluczeniem i marginalizacją, (4) izolacją społeczną, (5) wyuczoną bezradnością (wielokrotne porażki przekonują, iż nie można odnieść sukcesu – następuje poddanie się, zaprzestanie działania i to mimo pojawiających się sprzyjających okoliczności). Konsekwencją takiego stanu rzeczy są, z jednej strony⁷, deficyty poznawcze – uogólnione przekonanie, iż nie ma takich sytuacji, w których możliwy jest wpływ na bieg zdarzeń, a z drugiej strony – deficyty motywacyjne: bierność, rezygnacja, brak działań zmierzających do zmiany własnej sytuacji, deficyty emocjonalne: stany apatii, lęku, depresji, uczucie zmęczenia, niekompetencji, wrogości. Ludzie szybko uczą się bezradności, czyli poczucia, że ich osobista kontrola biegu wydarzeń i wpływ na sytuację są nieefektywne⁸ – w związku z tym mogą oczekiwać obniżonej kontroli w przyszłości. **Wyuczona bezradność jest poddaniem się, zaprzestaniem działania, które wynika z przekonania, że cokolwiek się zrobi, nie będzie to miało żadnego znaczenia; w ostatecznym rachunku może zatem być/jest wyuczonym sposobem na przetrwanie w społeczeństwie/społeczności/grupie, polegającym na utwierdzaniu siebie, otoczenia społecznego i rozmaitych instytucji w tym, że wskutek określonego sposobu organizacji życia społecznego, nierówności szans, dyskryminacji bądź z innej istotnej przyczyny jednostka nie może samodzielnie rozwiązywać własnych spraw/kłopotów życiowych (*negatywny skutek wielokrotnych prób rozwiązania problemu*), a więc potrzebuje wsparcia i opieki państwa (m.in. *za pośrednictwem pomocy społecznej*). Człowiek uczy się bezradności w ścisłym powiązaniu z poczuciem alienacji (*silne, negatywne emocje; mała kontrolowalność sytuacji, uniemożliwianie realizacji celów itp.*). Bezradnością można się także „zarazić” (przejąć) od innych osób ze swojego najbliższego otoczenia lub grup odniesienia (*naśladownictwo, modelowanie*).**

Długotrwały stan bezradności skutkuje pojawieniem się efektu tzw. *błędnego koła*, w wyniku internalizacji i utrwalania następujących cech oraz zachowań: (1) fatalizm, (2) orientacja na teraźniejszość, (3) konkretność, (4) nieufność – ule-

⁷ S. Kluczyńska, dz. cyt., s. 2.

⁸ Klasyczna definicja Seligmana z 1972 r. głosi, że wyuczona bezradność to utrwalenie przekonania o braku związku przyczynowego między własnym działaniem (reakcją) a jego konsekwencjami (wzmocnieniem).

ganie stereotypom, plotkom, pogłoskom, (5) autorytaryzm, (6) fundamentalizm, konserwatyzm oraz skłonność do biegunowego postrzegania świata i zdarzeń, (7) skargliwość i skłonność do obwiniania innych za stan spraw własnych i sytuację życiową, (8) wieloproblemowość, (9) niezdolność do samodzielnego rozwiązywania własnych problemów, (10) absorbowanie wielu instytucji, które z czasem mogą ujawniać niechęć wobec petenta/klienta, (11) anarchizujący indywidualizm – wysiłki kierowane na własne przetrwanie, aż do zaniku odpowiedzialności za siebie i bliskich.

W społeczeństwach, w których narasta przekonanie, że władza służy przede wszystkim wąskiemu grupom interesu i wykorzystywana jest do manipulowania świadomością społeczną, tworząc fałszywy obraz zaspokajania potrzeb oraz reprezentowania interesów wszystkich segmentów społeczeństwa w taki sam sposób i na podobnym poziomie, częściej stosuje się represję wobec zachowań i zjawisk niemających akceptacji większości niż prewencję i resocjalizację⁹. Zwiększa to ryzyko marginalizacji społecznej i poszerzanie się enklaw ludzi wykluczonych.

Istotną kwestią – a nie tylko zabiegiem technicznym – jest dobór kategorii społecznych, które wyczerpują definicyjne kryteria wykluczenia społecznego. Jak trudne to zadanie, niech świadczą funkcjonujące w literaturze, ustalone w toku polskich i międzynarodowych badań zróżnicowane kategorie społeczne, uznane za podatne i/lub zagrożone wykluczeniem społecznym (tab. 4).

T a b e l a 4. Kategorie społeczne wrażliwe i/lub zagrożone wykluczeniem społecznym – świat i Polska

Kategorie społeczne uznawane za zagrożone wykluczeniem społecznym^a	
1. Długotrwale bezrobotni i bezrobotni z krótkimi okresami zatrudnienia.	13. Rasowe, religijne, językowe i etniczne mniejszości.
2. Zatrudnieni w niepewnych warunkach i na miejscach pracy niewymagających kwalifikacji (starsi pracownicy, niechronieni kodeksem pracy).	14. Cudzoziemcy, uchodźcy i imigranci, zwłaszcza bez możliwości komunikowania się w języku kraju pobytu.
3. Nisko opłacani pracownicy i ubodzy.	15. Kobiety.
4. Chłóbstwo bez ziemi.	16. Pozbawieni praw obywatelskich.
5. Osoby bez kwalifikacji, analfabeci, mający trudności w nauce, przerywający edukację.	17. Odbiorcy pomocy społecznej.
6. Chorujący przewlekle, niesprawni intelektualnie, z zaburzeniami psychicznymi i z ograniczeniem sprawności fizycznej oraz ich opiekunowie.	18. Potrzebujący wsparcia, ale nie uprawnieni do pomocy społecznej.
7. Uzależnieni od substancji psychoaktywnych.	19. Mieszkańcy zdegradowanych obszarów miejskich – w tym mieszkańcy budynków nadających się do generalnego remontu lub wyburzenia albo mieszkający w złym, ryzykownym sąsiedztwie.

⁹ T. Atlee (2002). *Principles of public participation*. The International Association for Public Participation – The Community Development Society (2.09.2002), s. 1.

Kategorie społeczne uznawane za zagrożone wykluceniem społecznym^a	
8. Przesłpccy, więżniowie, ludzie z kryminalną przesołnością, opuszczający zakłady karne.	20. Osoby, których poziom konsumpcji jest poniżej potrzebnego do przetrwania (głodujący, bezdomni, Czwarty Świat).
9. Rodzice samotnie wychowujący dzieci.	21. Osoby z nieaprobowanymi, dewiacyjnymi stylami (nadużywający alkoholu lub narkotyków, przespccy, inaczej ubrani, posługujący się slangiem, „grypserką”, subkultury, sekty).
10. Wykorzystywane dzieci wychowujące się w rodzinach problemowych.	22. Przemieszczający się w dół struktury społecznej – ubodzy, bezdomni.
11. Młodzież, szczególnie bez doświadczeń zawodowych lub dyplomów szkolnych.	23. Społecznie izolowani, bez przyjaciół i rodziny.
12. Dzieci – zwłaszcza pracujące, sieroty, z rodzin niepełnych i/lub wielodzietnych.	24. Seniorzy, zwłaszcza „sędziwi starcy”, izolowani i zależni.
Kategorie społeczne podatne na wykluczenie społeczne w Polsce^b	Kategorie społeczne poważnie zagrożone wykluczeniem społecznym w Polsce^c
1. Dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych.	1. Dzieci i młodzież wypadająca z systemu szkolnego.
2. Dzieci wychowujące się poza rodziną.	2. Osoby długookresowo bezrobotne.
3. Kobiety samotnie wychowujące dzieci.	3. Opuszczający zakłady karne.
4. Kobiety pozostające poza rynkiem pracy.	4. Niektóre kategorie ludności wiejskiej: pracownicy byłych Państwowych Gospodarstw Rolnych, chłopi nieprodukujący na rynek.
5. Ofiary patologii życia rodzinnego.	5. Osoby zagrożone eksmisją z zamieszkiwanych lokali.
6. Osoby o niskich kwalifikacjach.	6. Imigranci zarobkowi wchodzący do szarej strefy zatrudnienia.
7. Osoby bezrobotne.	7. Osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków.
8. Żyjący w bardzo trudnych warunkach mieszkaniowych.	8. Osoby należące do romskiej mniejszości etnicznej.
9. Niepełnosprawni i chronicznie chorzy.	9. Imigranci utrzymujący się z pracy nielegalnej.
10. Osoby chorujące psychicznie.	10. Bezdomni.
11. Starsze osoby samotne.	
12. Opuszczający zakłady karne.	
13. Imigranci.	
14. Osoby należące do romskiej mniejszości etnicznej.	

Zródło: ^aH. Silver (1995). *Reconceptualizing social disadvantage: Three paradigms of social exclusion*, [w:] G. Rogers, Ch. Gore, J.B. Figueiredo (red.), *Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses*. Genewa: International Institute for Labour Studies, International Labour Organization, s. 74–75; R. Steel (2004). *Involving Marginalised and Vulnerable People in Research: A Consultation Document*. INVOLVE: Promoting public involvement in NHS, public health, and social care research, s. 2; ^{b, c}Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski (2003). Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Zespół Zadaniowy ds. Reintegracji Społecznej

3. Wyznaczenie obszaru diagnozy społecznej jako bazy strategii rozwiązywania problemów społecznych

Rozważania poczynione w poprzednim podrozdziale skłaniają do wniosku, iż budowanie programów wchodzących w skład strategii rozwiązywania problemów społecznych należy oprzeć na obiektywnych uwarunkowaniach tychże problemów (*profile socjoekonomiczne i zdrowotne powiatu*), nie rezygnując z informacji pochodzących od: mieszkańców, grup ryzyka socjalnego, władz i organizacji pozarządowych (*perspektywa subiektywna problemów społecznych*).

Przyjęcie obu perspektyw wynika z faktu, iż kurczą się proste rezerwy w zasobach służących zaspokajaniu potrzeb i rozwiązywaniu problemów społecznych (*finanse, zasoby materialne*). Coraz ważniejsza staje się odpowiedź na pytanie: Co JA – TY, co MY (a nie tylko instytucje formalne) możemy zrobić, by wyprzedzić zdarzenia oraz pomóc sobie i innym? To pytanie o zasoby, jakie tkwią w nas samych, o to, co służy samoopiece i samopomocy.

Nadchodzi czas aktywnych obywateli, stąd wśród form przeciwdziałania i rozwiązywania problemów społecznych znaleźć się muszą takie działania, jak:

1) diagnoza zagrożeń dla spójności społecznej¹⁰ i bezpieczeństwa socjalnego¹¹ z inwentaryzacją grup wrażliwych, kategorii szczególnego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego i/lub demoralizacji oraz patologii społecznej;

2) debata publiczna o mechanizmach powstawania i przeciwdziałania problemom społecznym i ich skutkom;

¹⁰ Społeczeństwo spójne to wspólnota wolnych, wspierających się nawzajem ludzi, którzy dążą do tych wspólnych celów metodami demokratycznymi – społeczeństwo jest spójne wtedy, gdy *ludzie biorą wzajemną odpowiedzialność za siebie*. Wśród zagrożeń dla spójności społecznej wymienia się między innymi takie zjawiska, zaliczane do problemów społecznych, jak: zmieniające się formy zatrudnienia, niestabilność i nietrwałość systemu zabezpieczenia społecznego, podupadanie zbiorowości terytorialnych i/lub obszarów funkcjonalnych w ich ramach, demoralizację, przestępczość itp., co sprawia, że wśród ludzi spada poczucie bezpieczeństwa, wzmocnione przez nowe zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem, takie jak niewystarczający dostęp do nowych technologii informatycznych i komunikacyjnych i/lub do prywatyzowanych przedsiębiorstw użyteczności publicznej (np. komunikacja masowa, wodociągi, dostarczanie energii itp.).

¹¹ Przez bezpieczeństwo socjalne proponuję rozumieć przede wszystkim możliwość i gwarancję zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych jednostki/grupy społecznej. Współczynnik bezpieczeństwa socjalnego stanowi wypadkową zasobów – ludzkich, materialnych, strukturalnych, organizacyjnych i funkcjonalnych – jakimi konkretny system społeczny dysponuje, a także zdolności adaptacyjnych i potencjału leżącego poza jednostką i podsystemem rodzinnym, w postaci zasięgu oraz sieci powiązań społecznych, zaplecza instytucjonalnego, systemu zabezpieczeń społecznych i innych form wsparcia społecznego. Bezpieczeństwo socjalne jednostki nie może jednakże być wyłącznie skutkiem świadczeń ze strony społeczeństwa/państwa, ale musi wynikać także z odpowiedzialności człowieka za przyszłość swoją/rodziny oraz zdolności do rezygnacji z części bieżących korzyści na rzecz zaspokajania przyszłych potrzeb, a także prowadzenia takiego trybu życia, który minimalizuje różnego rodzaju zagrożenia (*egzystencjalne, zdrowotne, prawne* itp.).

3) programy edukacyjne przygotowujące do samoopieki i samopomocy oraz promujące i upowszechniające pomoc wzajemną;

4) promowanie współdziałania i partnerstwa międzysektorowego w działaniach interwencyjnych, pomocowych i edukacyjnych (*sektor publiczny, prywatny i ochotniczy*);

5) tworzenie mapy zasobów i dobrych przykładów współpracy między sieciami społecznymi na rzecz wsparcia ludzi/grup wrażliwych;

6) rozwijanie systemu instytucji obywatelskich (w tym poradnictwa obywatelskiego) sprzyjającego:

- *włączaniu* coraz większych segmentów społeczności w proces podejmowania decyzji w sprawach ich dotyczących,
- *zwiększaniu* możliwości ich działania w kluczowych dla życia społecznego obszarach,
- tworzeniu i *poszerzaniu* struktur mediacyjnych.

7) sygnalizowanie/monitorowanie potrzeb legislacyjnych służących rozwiązywaniu problemów społecznych.

Formy przeciwdziałania i rozwiązywania problemów społecznych wymagają także „obudowy” środowiskowej, która: (1) daje szansę wyjścia naprzeciw podstawowym potrzebom ludzi (żywność, schronienie, bezpieczeństwo, kontakt społeczny, system instytucjonalny itp.), (2) zakreśla pole działania umożliwiającego wykorzystanie potencjału jednostki, przeciwdziałając marginalizacji, wykluczeniu i bezradności społecznej, (3) stwarza szansę większej kontroli biegu życia i wyboru.

Dotychczasowe rozważania skłaniają do przyjęcia założenia, iż kwestie związane z problemami społecznymi – zwłaszcza powiązane z marginalizacją i wykluczeniem społecznym – analizować należy w wielowymiarowej perspektywie badawczej: (1) jako komponentu kształtującego ogólny poziom jakości życia jednostki (*perspektywa znaczącej domeny jakości życia*¹²), (2) realizacji podmiotowego i przedmiotowego zakresu praw obywatelskich oraz uczestnictwa w życiu zbiorowym (*perspektywa normatywna*), (3) dostępności zasobów, systemów społecznych i instytucjonalnych, ludzi oraz dóbr publicznych jako czynników generujących zagrożenie wykluczeniem i obniżających jakość życia (*perspektywa infrastrukturalna*), (4) przez pryzmat zmiennych wpływających na poziom zagrożenia marginaliza-

¹² Jakość życia rozumiana jest jako ogół cech i właściwości zróżnicowanych środowiskowo oraz zmieniających się pod wpływem konkretnych warunków i położenia, które decydują o zdolności zaspokojenia potrzeb, realizacji celów osobistych i funkcjonowania jednostek w czterech poziomach aktywności: fizycznym, materialnym, społecznym i emocjonalno-intelektualnym. Mówiąc o jakości życia, odwołujemy się, z jednej strony, do przyjemności w realizowaniu zamierzeń, celów, pragnień i aspiracji, a z drugiej do możliwości jednostki. Przyjemność ma dwa elementy – doświadczanie satysfakcji (zadowolenia) lub posiadanie (osiąganie) pewnych cech, dóbr i wartości. Z kolei możliwości są wypadkową dostępności (sposobności) i ograniczeń, na jakie napotyka jednostka w swoim życiu oraz odzwierciedlają one interakcję czynników osobistych i środowiskowych w procesie zaspokajania potrzeb.

cją i wykluczeniem oraz na zdolność niezależnego funkcjonowania (*perspektywa funkcjonalna*).

Formy przeciwdziałania i rozwiązywania problemów społecznych wymagają także „obudowy” środowiskowej, która: (1) daje szansę wyjścia naprzeciw podstawowym potrzebom ludzi (pożywienie, odzienie, schronienie, bezpieczeństwo, kontakt społeczny, instytucjonalny system pomocowy itp.), (2) zakreśla pole działania umożliwiającego wykorzystanie potencjału jednostki, przeciwdziałając marginalizacji, wykluczeniu i bezradności społecznej, (3) stwarza szansę większej kontroli biegu życia i wyboru.

Zatem, prace nad opracowaniem programów rozwiązywania problemów społecznych obejmować winny: (1) odtworzenie i przegląd aktualnie realizowanej polityki, strategii oraz programów w sferze socjalnej, (2) i n w e n t a r y z a c j ę podstawowych problemów i potrzeb społeczności, opartą na analizie: sytuacji demograficznej, zdrowotnej, socjalnej oraz z uwagi na: zasoby, dostępność, funkcjonowanie infrastruktury społecznej; (3) życia społeczności w związku z nieprawidłowym i/lub nieefektywnym funkcjonowaniem instytucji infrastruktury społecznej; (4) stanu posiadania, dostępności i funkcjonowania infrastruktury społecznej; (5) sformułowanie wariantowych/alternatywnych celów/zadań z zakresu polityki społecznej/polityk szczegółowych; (6) wyznaczenie nowych kierunków służących rozwojowi społeczności i jej mieszkańców i/lub korekt lokalnej polityki społecznej na podstawie ujawnionych obszarów zagrożonych dysfunkcjonalnością; (7) wskazanie realizatorów i dostępnych form działania związanych z powiatowymi programami społecznymi (zasoby); (8) budowanie otwartego systemu informacyjnego; (9) przegląd i korekta/rewizja programów strategicznych, uwzględniająca zmieniające się warunki funkcjonowania społeczności; (10) monitoring i bilansowanie realizacji polityki społecznej/polityk szczegółowych z punktu widzenia osiągnięcia założonych celów/zadań strategii (relacja: nakłady–efekty). Tak więc kolejnym zadaniem poprzedzającym opracowanie ostatecznego dokumentu strategii rozwiązywania problemów społecznych jest wykonanie czterech pierwszych kroków z powyższej listy działań.

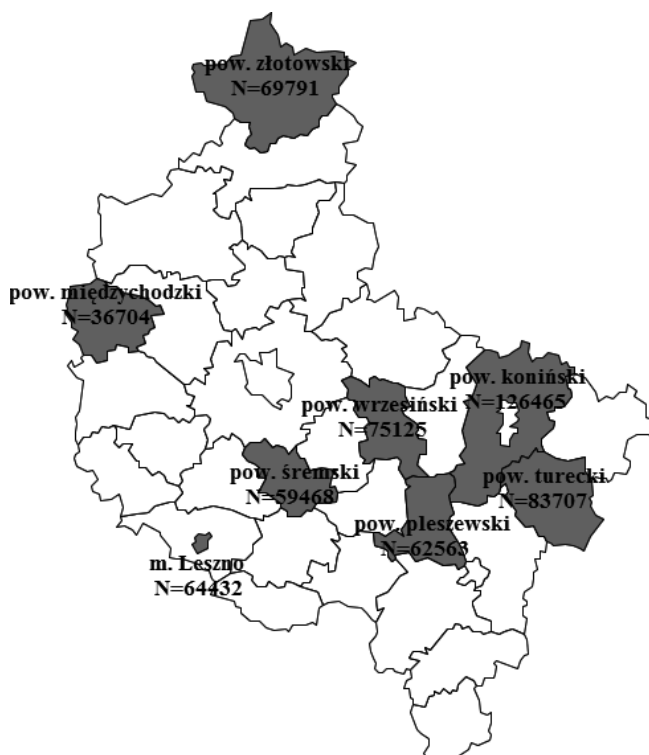
Profile demograficzne, społeczno-ekonomiczne oraz zdrowotne wielkopolskich powiatów

Pierwszym krokiem przygotowującym strategię powiatowe była, w naszym przypadku, diagnoza sytuacji zastanej, czyli swoisty bilans otwarcia, poprzedzający i wspomagający wybór odpowiedniej strategii postępowania. Diagnoza miała służyć identyfikacji aktualnych oraz potencjalnych problemów i potrzeb w regionie, w ramach wybranych obszarów (demografia, zdrowie, warunki życia, infrastruktura społeczna, przestępczość), a także uwidocznienie zagrożone dysfunkcyjnością dziedziny życia społeczności. W ramach niniejszego rozdziału przedmiotem analizy uczyniono obiektywne charakterystyki demograficzne i społeczno-ekonomiczne poszczególnych powiatów na tle danych odnoszących się do całego województwa wielkopolskiego. W przeważającej mierze analizy te opierają się na wskaźnikach statystycznych dostępnych w ramach statystyki publicznej. Natomiast ze względu na problemy ze spójnością oraz porównywalnością danych zrezygnowano z systematycznego wykorzystania innych wskaźników obiektywnych, zebranych w ramach prowadzonego projektu badawczego. Owe pozostałe wskaźniki podlegają wykorzystaniu w innych częściach niniejszej publikacji, były również brane pod uwagę przy opracowaniu strategii dla poszczególnych powiatów. Obraz sytuacji określony przy użyciu tych danych pozwoli przedstawić wyniki badań opinii społecznej prezentowanych w ramach kolejnych rozdziałów.

1. Demograficzna charakterystyka populacji mieszkańców wybranych powiatów województwa wielkopolskiego – zróźnicowania wewnątrzpowiatowe i międzypowiatowe

Według danych GUS z roku 2010 największą jednostką terytorialną spośród ośmiu powiatów będących przedmiotem analiz w opisywanych badaniach był powiat ko-

niński (bez miasta Konin), w którym zameldowanych było 126 465 osób, natomiast najmniejszym – pod względem wielkości populacji – powiat międzychodzki, który zamieszkiwało 36 704 osób. Dokładne zestawienie liczby ludności rozpatrywanych powiatów z ich położeniem w strukturze przestrzennej województwa wielkopolskiego przedstawiono na rysunku 1.



Rys. 1. Liczba ludności w badanych powiatach

Od roku 2000 do 2010 w siedmiu z ośmiu badanych powiatów wzrastała liczba ludności – jedynie w powiecie tureckim odnotowano jej ubytek. Wartości statystyk zamieszone w Banku Danych Lokalnych, prowadzonych przez GUS, ukazują także, że w roku 2010 badane powiaty cechował dodatni przyrost naturalny. Najwyższa wartość przyrostu naturalnego odnotowana została w powiecie wrzesińskim (3,7‰), z kolei najniższa w konińskim (1,7‰) oraz tureckim (1,9‰). W powiecie tureckim odnotowano ponadto znaczny ubytek ludności, spowodowany procesami migracyjnymi, co przełożyło się na najniższą, w zestawieniu ośmiu powiatów, wartość wskaźnika przyrostu rzeczywistego ludności (wzrost jedynie o 0,2‰). Z drugiej strony, chociaż powiat koniński charakteryzował się najniższym przyrostem naturalnym, w połączeniu z najwyższym dodatnim saldem migracji, to właśnie w tej

jednostce terytorialnej rzeczywisty przyrost ludności był największy. Warto zwrócić również uwagę na ujemne saldo migracji (odpływ migracyjny ludności) w powiecie złotowskim (-2,8‰), co stanowi wartość znacząco niższą niż odpowiadająca dla całego województwa wielkopolskiego (-0,3‰).

W badanych powiatach zauważalne są dość znaczne dysproporcje w wartościach wskaźników obciążenia demograficznego ludności. Na szczególną uwagę zasługuje w tym względzie miasto Leszno, które w zestawieniu ośmiu powiatów charakteryzuje się zdecydowanie najwyższą wartością wskaźnika liczby osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na każde 100 osób w wieku przedprodukcyjnym (86 os. w wieku poprodukcyjnym przypada tu na każde 100 os. w wieku przedprodukcyjnym). Zdecydowana nadwyżka osób starszych jest jednak charakterystyczna nie tylko dla Leszna, ale również dla innych wielkopolskich miast na prawach powiatów grodzkich. Co więcej, w Lesznie procesy starzenia się populacji są i tak stosunkowo najmniej zaawansowane, to znacznie większe obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym notuje się w Kaliszu, Koninie czy w Poznaniu. Na przeciwnym biegunie znajduje się powiat koniński, który charakteryzuje się stosunkowo najmłodszą strukturą wiekową populacji – na każde 100 osób w wieku przedprodukcyjnym przypadają tutaj dokładnie 63 osoby w wieku poprodukcyjnym. Wartości drugiego ze wskaźników opisujących strukturę wiekową ludności – stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym – wykazuje już dużo mniejsze zróżnicowanie międzypowiatowe. W 2010 r. najniższą wartość odnotowano w powiecie śremskim, gdzie na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 20,8 osób w wieku poprodukcyjnym, a najwyższą w powiecie tureckim (24,5) oraz w Lesznie (24,7). Warto również zwrócić uwagę na to, że w roku 2010 w siedmiu z ośmiu badanych powiatów odsetek osób w wieku powyżej 70. roku życia był niższy niż przeciętnie w całym województwie (8,8%), wyjątkiem jest powiat turecki (9,1%).

Podsumowując, należy stwierdzić, że na tle wartości występujących w całym województwie wielkopolskim sytuacja demograficzna rozpatrywanych powiatów jest dosyć korzystna (trzy powiaty o najlepszej sytuacji demograficznej to powiaty: koniński, śremski oraz złotowski). W tych jednostkach terytorialnych odnotowano niskie obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym, a zarazem dość znaczny jest udział w całej populacji osób w wieku przedprodukcyjnym. Co więcej, wskaźniki przyrostu naturalnego w tych powiatach przyjmują wartości zdecydowanie powyżej wojewódzkiej przeciętnej. Najmniej korzystna sytuacja demograficzna wyróżnia natomiast powiat turecki oraz miasto Leszno, które mają niskie wskaźniki przyrostu rzeczywistego ludności, a ponadto relatywnie wysokie obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym. Z analizy zmian wartości poszczególnych wskaźników w czasie wynika, że we wszystkich badanych powiatach lata 2000–2010 charakteryzują się

znaczącym zmniejszeniem liczebności kategorii osób w wieku przedprodukcyjnym i jednoczesnym zwiększeniem udziału osób w wieku poprodukcyjnym.

1.1. Powiat koniński – różnicowania międzygminne

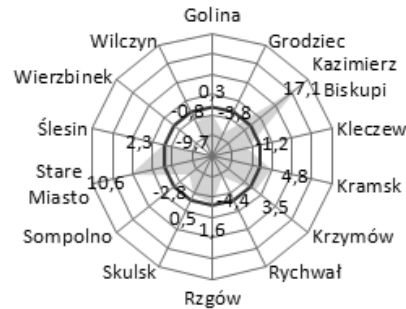
W powiecie konińskim największą jednostką administracyjną jest gmina Ślesin, licząca ponad 13 tys. mieszkańców, a najmniejszą gmina Grodziec, o populacji nieco powyżej 5 tys. mieszkańców. W roku 2010 gminy wchodzące w skład powiatu konińskiego charakteryzowały się dodatnim przyrostem naturalnym, wynoszącym odpowiednio od 1,1‰ w gminie Golina oraz 1,6‰ w gminie Kramsk do 6,3‰ w gminie Grodziec oraz 6,7‰ w gminie Stare Miasto. Jeszcze większe różnicowanie międzygminne w powiecie konińskim odnotowane zostało w zakresie salda migracji. Największy ubytek migracyjny ludności zauważyć można w gminie Wierzbinek (-9,7‰), a także w gminie Rychwał (-4,4‰). Z kolei napływem migracyjnym ludności charakteryzuje się gmina Stare Miasto (10,6‰) oraz Kazimierz Biskupi (17,1‰). Te dwie jednostki terytorialne wyróżniają się też najwyższą wartością wskaźnika przyrostu rzeczywistego, wynoszącą odpowiednio 17,3‰ i 22,4‰. Największy rzeczywisty ubytek ludności został zaobserwowany w gminie Wierzbinek (ponad 6 os. na każdy 1 tys. mieszk.) oraz gminie Sompolno (przyrost rzeczywisty -0,6‰).

Przyglądając się strukturze wiekowej populacji mieszkańców gmin wchodzących w skład powiatu konińskiego, można zaobserwować, że odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym waha się od 21,9% w gminie Golina do 25,1% w gminie Wierzbinek. Należy zwrócić uwagę, że są to wartości znacznie wyższe niż odpowiedni wskaźnik dla całego województwa wielkopolskiego (nieco powyżej 20 pp.). Ukazuje to, że w gminach powiatu konińskiego populacje mieszkańców są „młodsze” od populacji mieszkańców województwa w ogóle. Z kolei udział najstarszej kategorii wiekowej – osób w wieku poprodukcyjnym – w całej populacji był najwyższy w gminach Skulsk (15,7%) oraz Grodziec (15,6%), a najniższy w Starym Mieście (11,7%), Kazimierzu Biskupim (12,3%) i Golinie (13,1%).

Opisane różnice pomiędzy poszczególnymi gminami powiatu konińskiego w udziale poszczególnych kategorii wiekowych mieszkańców ukazują dodatkowo wskaźniki obciążenia demograficznego ludności. Liczba osób w wieku poprodukcyjnym, jaka przypada na 100 osób w wieku produkcyjnym, osiągnęła najwyższy poziom w gminie Grodziec (25,7) oraz Skulsk (25,3), najniższy natomiast w gminie Stare Miasto (18,4) i Kazimierz Biskupi (19,1). Gminy Grodziec i Skulsk charakteryzuje również relatywnie wysoki udział osób w wieku 70 lat i więcej (odpowiednio 10,2% i 9,5%). Z kolei najmniej licznie ta kategoria populacji reprezentowana jest w gminie Stare Miasto (6,9%) oraz Kazimierz Biskupi (7,4%).



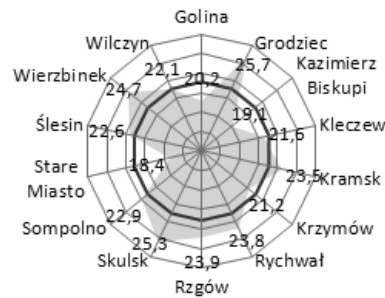
Wykres 1. Wskaźnik przyrostu naturalnego – pow. koniński



Wykres 2. Wskaźnik salda migracji – pow. koniński



Wykres 3. Wskaźnik przyrostu rzeczywistego – pow. koniński



Wykres 4. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – pow. koniński

Z analizy struktury wiekowej populacji poszczególnych gmin, prowadzonej z uwagi na płeć mieszkańców, wynika, że w przypadku mężczyzn zdecydowanie liczniej reprezentowane są kategorie osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, z kolei w populacji kobiet liczniejsza jest najstarsza kategoria, to znaczy kobiety w wieku poprodukcyjnym. Jest to zjawisko występujące we wszystkich badanych gminach niezależnie od powiatu. Nadwyżka kobiet w wieku poprodukcyjnym związana jest oczywiście z typowymi zjawiskami dla większości populacji, to jest z długością życia kobiet przewyższającą przeciętną długość życia mężczyzn oraz z wcześniejszym wiekiem emerytalnym kobiet (co się z tym wiąże – z wcześniejszym zakwalifikowaniem do kategorii osób w wieku poprodukcyjnym). Warto jednak zwrócić uwagę na zróżnicowanie skali tego zjawiska w poszczególnych gminach, bowiem różnica między odsetkiem osób w wieku przedprodukcyjnym z uwagi na płeć wynosiła jedynie 0,7 pp. w Kazimierzu Biskupim (23,5% dla mężczyzn i 22,8% dla kobiet), natomiast w gminie Stare Miasto osiągnęła 2,9 pp. (25,8% dla mężczyzn oraz 22,9% dla kobiet).

1.2. Powiat międzychodzki – zróżnicowania międzygminne

W najmniejszym z omawianych powiatów – międzychodzki – spośród czterech gmin wchodzących w jego skład największą jednostką terytorialną jest gmina Międzychód (18 420 mieszk.), następnie Sieraków (8780) oraz Kwilcz (6164), natomiast najmniej liczna jest populacja mieszkańców gminy Chrzypsko Wielkie (3340). W roku 2010 w gminach powiatu międzychodzkiego najwyższy przyrost naturalny odnotowano w gminach Sieraków oraz Kwilcz (po 3,4‰), natomiast najniższy w gminie Chrzypsko Wielkie (-2,1‰). Nieco odmiennie rozkładały się wartości salda migracji, to znaczy ujemne wartości odnotowano w Kwilczu (-3,1‰) oraz Międzychodzie (-1,4‰), a dodatnie w gminach Sieraków (4,1‰) i Chrzypsko Wielkie (3,9‰). Zestawienie wartości wskaźników przyrostu naturalnego oraz salda migracji ukazują, że w gminie Sieraków odnotowano najwyższą wartość przyrostu rzeczywistego ludności (7,5‰), natomiast w gminach Międzychód i Kwilcz rzeczywiste zmiany liczby ludności były bliskie zeru.

Struktura wiekowa ludności poszczególnych gmin w powiecie międzychodzki wykazuje dość duże podobieństwo międzygminne, szczególnie analizując udział osób w wieku przedprodukcyjnym w liczebności mieszkańców ogółem. Wartość odpowiedniego wskaźnika wahała się tam od 21,0% w gminie Międzychód do 22,8% w gminie Kwilcz. Nieco większe dysproporcje wewnątrzpowiatowe zaobserwowano w udziale osób w wieku produkcyjnym w ogóle mieszkańców poszczególnych gmin, choć – co warto podkreślić – różnice nie przekroczyły 5 pp. Najniższa wartość wskaźnika wyniosła 61,5% i została odnotowana w gminie Chrzypsko Wielkie, natomiast największą część populacji osoby w wieku produkcyjnym stanowiły w gminie Międzychód (65,9%). Ponadto, udział osób w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem kształtował się od 11,4% w gminie Kwilcz do 16,6% w gminie Chrzypsko Wielkie.



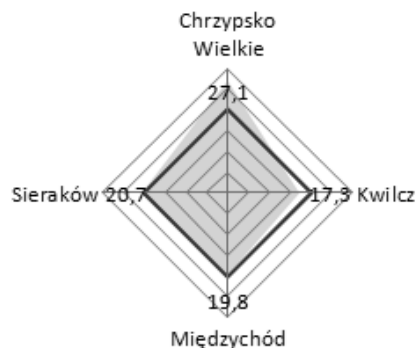
Wykres 5. Wskaźnik przyrostu naturalnego – pow. międzychodzki



Wykres 6. Wskaźnik salda migracji – pow. międzychodzki



Wykres 7. Wskaźnik przyrostu rzeczywistego – pow. międzychodzki



Wykres 8. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – pow. międzychodzki

Najwyższe obciążenie demograficzne ludnością w wieku poprodukcyjnym odnotowano w gminie Chrzypsko Wielkie (na 100 os. w wieku produkcyjnym przypada tutaj 27,1 os. w wieku poprodukcyjnym), natomiast wartość najniższą w gminie Kwilcz (17,3 os. w wieku poprodukcyjnym na 100 os. w wieku produkcyjnym). Znajduje to także swoje potwierdzenie w udziale osób w kategorii wiekowej 70 lat i więcej w populacji ogółem poszczególnych gmin powiatu międzychodzkiego (największy odsetek odnotowano w gminie Chrzypsko Wielkie – 11,9% ludności ogółem, natomiast w gminie Kwilcz udział mieszkańców należących do tej kategorii wiekowej był prawie dwukrotnie niższy – 6,7%).

1.3. Powiat pleszewski – różnicowania międzygminne

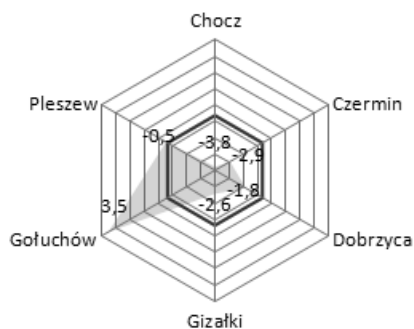
Najliczniejszą jednostką administracyjną w powiecie pleszewskim jest gmina miejsko-wiejska Pleszew, licząca 29 977 mieszkańców. Pozostałe gminy są już kilkukrotnie mniejsze, przy czym trzy gminy charakteryzują się najniższą liczbą ludności (Gizałki – 4663 mieszk., Chocz – 4645 oraz Czermin – 4839). W gminach Gołuchów i Gizałki odnotowano najwyższe wartości przyrostu naturalnego mieszkańców (odpowiednio 5,3‰ oraz 5,8‰). Najniższy przyrost naturalny zaś zauważono w gminie Chocz, a także Czermin (odpowiednio –0,6‰ oraz 0,6‰). Co więcej, te dwie gminy charakteryzują się również ujemnym saldem migracji (–4,4‰ oraz –2,3‰), a to przekłada się na ujemny przyrost rzeczywisty ludności tych gmin.

Odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym w większości gmin powiatu pleszewskiego wyniósł około 23% ludności ogółem (skrajne wartości odnotowano w gm. Pleszew – 20,7% oraz, na drugim biegunie, w gm. Gizałki – 25,2%), z kolei

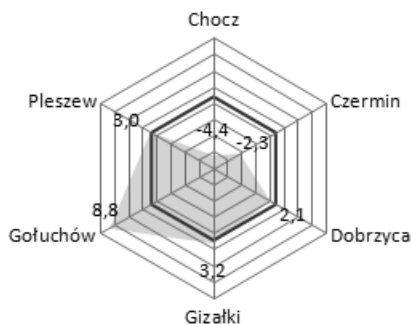
udział kategorii osób w wieku produkcyjnym stanowił około 64% mieszkańców poszczególnych gmin. Największy udział ludności w wieku poprodukcyjnym w populacji ogółem mieszkańców gmin powiatu pleszewskiego odnotowano w gminie miejsko-wiejskiej Pleszew (14,7%), natomiast najmniejszy w gminach Czermin i Gizałki (13,1%).



Wykres 9. Wskaźnik przyrostu naturalnego – pow. pleszewski



Wykres 10. Wskaźnik salda migracji – pow. pleszewski



Wykres 11. Wskaźnik przyrostu rzeczywistego – pow. pleszewski



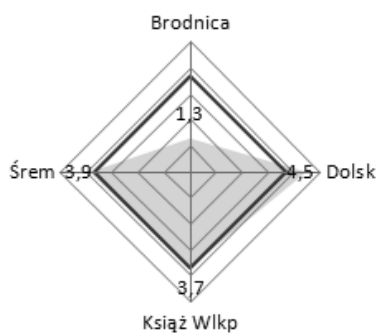
Wykres 12. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – pow. pleszewski

Wartości wskaźników obciążenia demograficznego oddają wspomniane wielkości udziału w populacji poszczególnych kategorii wiekowych mieszkańców gmin. Najwyższe obciążenie ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku poprodukcyjnym występuje w gminie Pleszew (22,8), najniższe natomiast w gminie Czermin (20,6). Podobnie, kategoria osób powyżej 70. roku życia najliczniej reprezentowana była w gminie Pleszew (8,5%), natomiast najmniej licznie w gminie Gołuchów (7,6%).

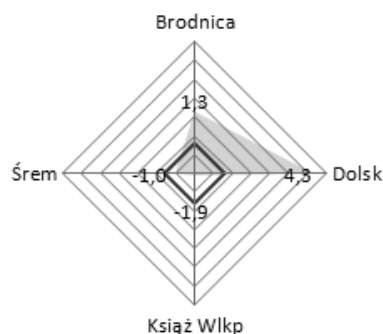
1.4. Powiat śremski – różnicowania międzygminne

W powiecie śremskim pod względem wielkości populacji dominuje gmina miejsko-wiejska Śrem, licząca 40 464 mieszkańców (wg GUS z 2010). Pozostałe jednostki administracyjne są znacznie mniejsze – zamieszkuje je odpowiednio 4682 osób w gminie Brodnica, 5829 w gminie Dolsk oraz 8493 w gminie Książ Wielkopolski. W roku 2010 we wszystkich gminach składających się na powiat śremski odnotowano dodatni przyrost naturalny. Skala tego zjawiska liczona na każde 1000 mieszkańców ukazuje, że stosunkowo najniższy poziom przyrostu naturalnego odnotowano w Brodnicy (1,3‰), a najwyższy w Dolsku (4,5‰). Gmina Dolsk charakteryzuje się także najwyższym, spośród gmin powiatu śremskiego, saldem migracji (4,3‰), natomiast w gminach Śrem oraz Książ Wielkopolski odnotowano ujemne saldo migracji (odpowiednio -1,0‰ i -1,9‰). Jednak nawet w tych dwóch gminach dodatni przyrost naturalny rekompensował ujemne saldo migracji, co przełożyło się na dodatni przyrost rzeczywisty ludności w każdej z gmin powiatu śremskiego. Najwyższą wartość wskaźnika przyrostu rzeczywistego zanotowano w gminie Dolsk (8,8‰), natomiast najniższy jego poziom w gminie Książ Wielkopolski (1,8‰).

Zróżnicowania międzygminne w strukturze wiekowej populacji poszczególnych jednostek terytorialnych powiatu śremskiego są w zasadzie niewielkie. Udział kategorii osób w wieku przedprodukcyjnym w ludności ogółem wynosi od 20,8% w gminie Śrem do 24,2% w gminie Książ Wielkopolski. Z kolei odsetek osób w wieku produkcyjnym waha się od 63,5% w gminie Dolsk do 66,1% w gminach Śrem i Brodnica. Podobnie przedstawiają się zróżnicowania w procentowym udziale osób należących do ostatniej kategorii wiekowej – osób w wieku poprodukcyjnym. Najmniejszy odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności gminy można zauważyć w gminie Brodnica (11,3%), natomiast najliczniej ta kategoria wiekowa reprezentowana była w gminie Dolsk (13,4%).



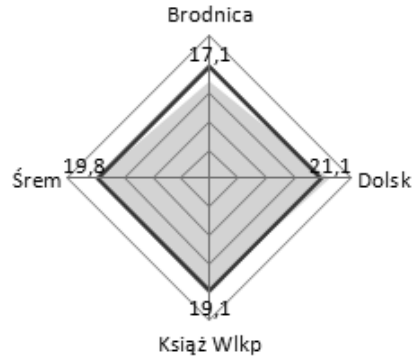
Wykres 13. Wskaźnik przyrostu naturalnego – pow. śremski



Wykres 14. Wskaźnik salda migracji – pow. śremski



Wykres 15. Wskaźnik przyrostu rzeczywistego – pow. śremski



Wykres 16. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – pow. śremski

Wskaźnik obciążenia demograficznego ludności ukazuje niewielkie – choć zauważalne – zróżnicowanie wewnątrzpowiatowe. Obciążenie demograficzne osób w wieku produkcyjnym kategorią ludności w wieku poprodukcyjnym wahało się od 17,1 w gminie Brodnica do 21,1 w gminie Dolsk. W gminie Dolsk występuje również relatywnie najwyższy udział osób w wieku 70 lat i więcej w ludności ogółem gminy (8,3%), najniższy natomiast w gminie Brodnica (7,0%).

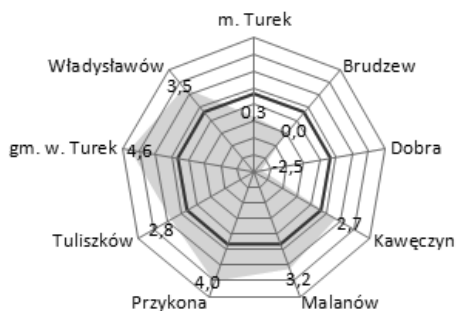
1.5. Powiat turecki – zróżnicowania międzygminne

Najliczniejszą z gmin w powiecie tureckim jest gmina miejska Turek, licząca w roku 2010 28 531 mieszkańców. Pozostałe jednostki administracyjne zamieszkuje odpowiednio od 4299 osób w najmniejszej gminie Przykona poprzez: 5241 – Kawęczyn, 5973 – Brudzew, 6296 – Dobra, 6481 – Malanów, 7992 – Władysławów, 8368 – gmina wiejska Turek do 10 526 mieszkańców w gminie Tuliszków.

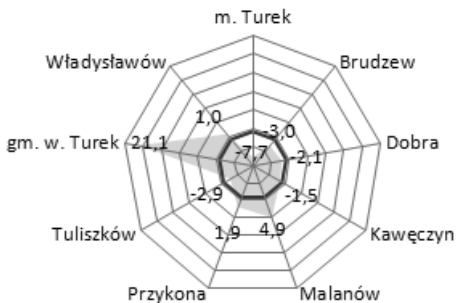
W gminach powiatu tureckiego zauważyć można dość duże dysproporcje w wartościach wskaźnika przyrostu naturalnego, który waha się od $-2,5\%$ w gminie Dobra do $4,6\%$ w gminie wiejskiej Turek. Drugą ze wspomnianych jednostek administracyjnych wyróżniała się też zdecydowanie najwyższym wskaźnikiem salda migracji ($21,1\%$), co w rezultacie przyczyniło się do najwyższego w powiecie tureckim przyrostu rzeczywistego ludności (wskaźnik tego zjawiska mierzony na każde 1000 mieszk. gminy wynosi $25,7\%$). Wysokie saldo migracji w gminie wiejskiej Turek wynika głównie z wewnątrzpowiatowych migracji międzygminnych, zwłaszcza z obszaru gminy miejskiej Turek (wskaźnik salda migracji w obszarze miasta Turek wyniósł $-7,7\%$). Pod względem wielkości populacji liczonej rok do roku miasto Turek okazało się być gminą najbardziej

się wyludniająca w całym powiecie – wskaźnik przyrostu rzeczywistego wyniósł tam $-7,5\%$, choć duże ubytki ludności odnotowano także w gminie Dobra (ubytek ludności o $4,6\%$).

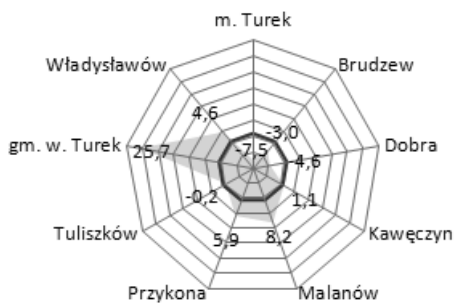
Gminę miejską Turek wyróżnia też najniższy udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ludności ogółem gminy ($18,5\%$). Natomiast najwyższy odsetek osób z tej najmłodszej kategorii wiekowej odnotowano w gminie wiejskiej Turek ($25,6\%$), a także w gminie Malanów ($24,5\%$). Udział osób w wieku produkcyjnym w ludności ogółem mieścił się w przedziale od $59,6\%$ w gminie Kawęczyn i $60,3\%$ w gminie Przykona do $63,7\%$ w gminie Tuliszków oraz $65,4\%$ w gminie miejskiej Turek. Z kolei najstarsza kategoria wiekowa populacji – osoby w wieku poprodukcyjnym – najliczniej reprezentowana była w populacji gmin Dobra ($18,6\%$) oraz Kawęczyn ($17,1\%$).



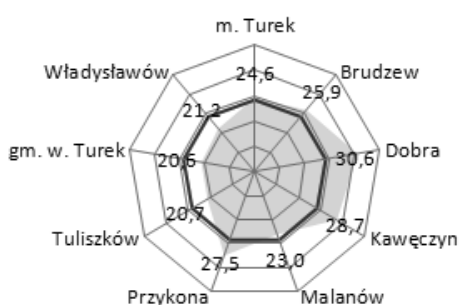
Wykres 17. Wskaźnik przyrostu naturalnego – pow. turecki



Wykres 18. Wskaźnik salda migracji – pow. turecki



Wykres 19. Wskaźnik przyrostu rzeczywistego – pow. turecki



Wykres 20. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – pow. turecki

Bardzo wyraźne różnice w strukturze demograficznej gmin należących do powiatu tureckiego ujawnia analiza wskaźników obciążenia demograficznego.

Liczba osób w wieku przedprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym osiąga bowiem najniższą wartość w gminie miejskiej Turek (28,4), z kolei najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowane zostały w gminie Małańów (40,0%) oraz gminie wiejskiej Turek (41,6). W tej ostatniej występuje też najmniejsze obciążenie populacji ludnością w wieku poprodukcyjnym (na każde 100 os. w wieku produkcyjnym przypada tutaj 20,5 os. w wieku poprodukcyjnym). Najwyższy wskaźnik obciążenia demograficznego występował w gminach Kawęczyn (28,7) oraz Dobra (30,6). Podobne wnioski płyną z analizy porównawczej poszczególnych gmin powiatu tureckiego, według kryterium udziału osób w wieku lat 70 i więcej w ludności ogółem. Najniższe wartości tego wskaźnika odnotowano w gminie wiejskiej Turek (7,7%), gminie Władysławów (7,7%) oraz gminie Tuliszków (7,9%). Z kolei największy udział osób należących do kategorii wiekowej powyżej 70. roku życia zauważyć można w gminach Kawęczyn (10,9%) oraz Dobra (11,4%).

1.6. Powiat wrzesiński – różnicowania międzygminne

Wśród gmin tworzących powiat wrzesiński pod względem liczby ludności zdecydowanie dominuje gmina miejsko-wiejska Września, licząca 44 601 mieszkańców (wg GUS z 2010). Pozostałe jednostki administracyjne są znacznie mniejsze i zamieszkuje je odpowiednio: 6090 osób w gminie Kołczkowo, 6963 w gminie Nekla, 7173 w gminie Pyzdry oraz 10 298 w gminie Miłosław. W każdej z gmin powiatu wrzesińskiego odnotowano dodatni przyrost naturalny ludności, przy czym najmniejszą wartość w gminie Pyzdry (0,6‰), a najwyższą w gminie Września (4,1‰). W dwóch gminach zanotowano też ujemne saldo migracji (Kołczkowo -5,8‰ oraz Miłosław -0,7‰). Z kolei najwyższą (dodatnią) wartością wskaźnika charakteryzuje się gmina Nekla (7,5‰). Jednakże proces wyludniania się gminy widoczny był tylko w gminie Kołczkowo (ubytek ludności -4,1‰), a w pozostałych jednostkach administracyjnych wskaźnik przyrostu rzeczywistego przyjmował już dodatnie wartości, osiągając wartość maksymalną w gminie Nekla (11,3‰).

Przyglądając się dokładniej strukturze populacji, można zauważyć, że w 2010 r. udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ludności ogółem poszczególnych gmin powiatu wrzesińskiego wahał się od 20,3% w gminie Września do 23,9% w gminie Kołczkowo. Natomiast odsetek osób w wieku produkcyjnym przyjmował wartości od 62,3% w gminie Pyzdry do 66,5% w gminie Nekla. Udział najstarszej kategorii wiekowej – osób w wieku poprodukcyjnym – wahał się od 11,2% w gminie Nekla do 15,7% w gminie Pyzdry.



Wykres 21. Wskaźnik przyrostu naturalnego – pow. wrzesiński



Wykres 22. Wskaźnik salda migracji – pow. wrzesiński



Wykres 23. Wskaźnik przyrostu rzeczywistego – pow. wrzesiński



Wykres 24. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – pow. wrzesiński

W gminie Wrzeźnia odnotowano najniższą w całym powiecie wartość wskaźnika osób w wieku przedprodukcyjnym, przypadającą na każde 100 osób w wieku produkcyjnym (31,1), z kolei najwyższą wartość wskaźnik ten osiągnął w gminie Kołaczkowo (37,0). Dużo większe zróżnicowanie wewnątrzpowiatowe zaobserwować można, analizując wskaźnik obciążenia demograficznego osobami w wieku poprodukcyjnym. Przyjmował on wartości od 16,8 w gminie Nekła do 25,3 w gminie Pызdry, którą cechuje też najwyższy w powiecie wrzesińskim odsetek osób w wieku lat 70 i więcej w ludności ogółem (9,5%).

1.7. Powiat złotowski – różnicowania międzygminne

Spośród ośmiu gmin wchodzących w skład powiatu złotowskiego największą jest gmina miejska Złotów (18 303), natomiast najmniej mieszkańców liczy Tarnówka (3118). W pozostałych gminach liczba ludności wynosi odpowiednio: 4847 w gminie

Zakrzewo, 5557 w gminie Lipka, 7301 w gminie Krajenka, 8809 w gminie Okonek, 9307 w gminie wiejskiej Złotów, 11 549 w gminie Jastrowie. Najwyższy przyrost naturalny w powiecie złotowskim został odnotowany w gminach Jastrowie oraz Krajenka (odpowiednio 6,6‰ i 7,7‰). Z kolei najniższe wartości tego wskaźnika zaobserwowano w gminach Tarnówka i Lipka (-0,3‰ oraz 0,9‰). Z wyjątkiem gminy Zakrzewo (2,3‰) we wszystkich jednostkach administracyjnych tworzących powiat złotowski w roku 2010 odnotowano ujemną wartość wskaźnika salda migracji, najbardziej wyludniał się Złotów (-4,6‰) oraz gminy Lipka i Jastrowie (odpowiednio -4,3‰ i -4,0‰). Warto też zauważyć, że w czterech gminach powiatu złotowskiego (Złotów, Lipka, Okonek, Tarnówka) zanotowano rzeczywiste ubytki ludności. Zjawisko to przyjęło największą skalę w gminie Lipka, gdzie współczynnik przyrostu rzeczywistego wyniósł -3,4‰. Z kolei największy rzeczywisty przyrost ludności zanotowano w gminie Krajenka (4,1‰).



Wykres 25. Wskaźnik przyrostu naturalnego – pow. wrzesiński



Wykres 26. Wskaźnik salda migracji – pow. wrzesiński



Wykres 27. Wskaźnik przyrostu rzeczywistego – pow. wrzesiński



Wykres 28. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – pow. wrzesiński

Udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ludności ogółem wyniósł od 20,0% w gminie Złotów do 23,8% w gminie Krajenka. W gminie Krajenka odnotowano

najmniejszy – w całym powiecie – udział w ludności ogółem gminy osób w wieku produkcyjnym (63,5%), natomiast największą część całej populacji osoby te stanowiły w gminie Złotów (66,4%). Ponadto, największy udział kategorii osób w wieku poprodukcyjnym w ogóle populacji zanotowano w gminie Okonek (15,0%), a najmniejszy w gminach Tarnówka oraz Krajenka (12,6% i 12,7%).

Wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym w poszczególnych gminach powiatu złotowskiego kształtuje się na poziomie zbliżonym do wojewódzkiej przeciętnej. Najwięcej osób w wieku poprodukcyjnym na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypada w gminie Okonek (23,5%) – jest to poziom nieznacznie wyższy od wartości dla całego województwa, z kolei najniższą wartość obciążenia demograficznego odnotowano w gminie Tarnówka (19,4%). Podobne niewielkie różnicowanie widoczne jest w udziale osób 70+ w całej populacji. Kategoria osób najstarszych najliczniej reprezentowana była w gminie Okonek (9,4%), a najmniej licznie w dwóch gminach – Złotów oraz Jastrowie (po 7,5%).

2. Profile społeczno-ekonomiczne i zdrowotne wielkopolskich powiatów

W zaprezentowanej charakterystyce wybranych powiatów województwa wielkopolskiego skupiliśmy uwagę na aspektach demograficznych, opisując poszczególne populacje z uwagi na dynamikę zmian ich liczebności oraz strukturę wiekową mieszkańców powiatów. Oczywiście w perspektywie głównego celu badawczego, jakim jest diagnoza problemów społecznych, taka demograficzna charakterystyka ludności, choć pożądana, jest dalece niewystarczająca. Postaramy się zatem dokładniej zidentyfikować aktualne i potencjalne problemy społeczne w wielkopolskich powiatach, koncertując dodatkowo uwagę na: opisie zasobów kadrowych instytucji opieki zdrowotnej, infrastrukturze systemu opieki zdrowia, umieralności oraz chorobowości w populacji, zasobach kadrowych i infrastrukturze systemu opieki społecznej, sytuacji na rynku pracy, położeniu materialnym ludności, a także na bezpieczeństwie publicznym oraz poziomie przestępczości. Kolejnym wątkom tematycznym poświęciliśmy osobne sekcje tego podrozdziału. Podstawą diagnozy były dane GUS-u, zamieszczone w Banku Danych Lokalnych, uzupełnione o statystyki KWP w Poznaniu oraz informacje zebrane w instytucjach powiatowych funkcjonujących w obszarze polityki społecznej.

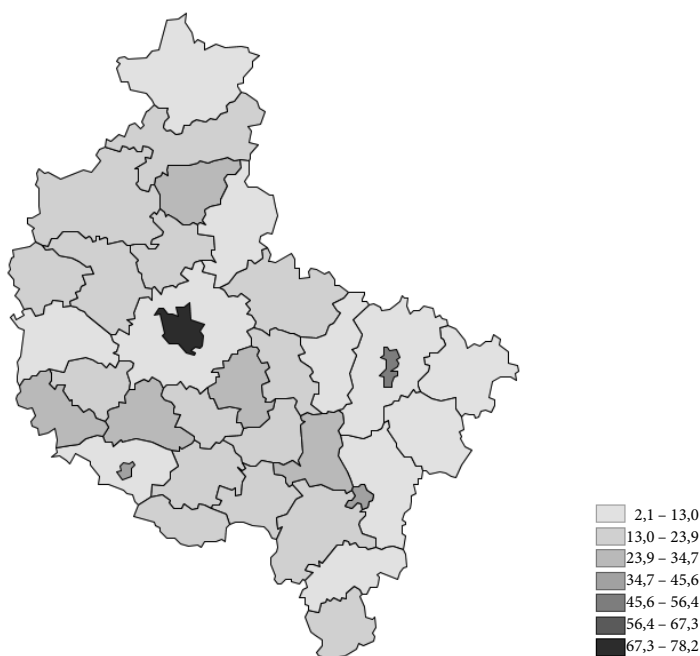
2.1. Zasoby kadrowe oraz infrastruktura systemu opieki zdrowotnej

Analizę profili społeczno-ekonomicznych oraz zdrowotnych wielkopolskich powiatów rozpoczniemy od opisu międzypowiatowego zróżnicowania w zakresie stanu

i zasobów kadrowych systemu opieki zdrowotnej oraz dostępności infrastruktury tego systemu. W skład diagnozy pierwszego z tych aspektów – zasobów kadrowych, weszło pięć wskaźników odpowiadających: (a) liczbie lekarzy medycyny, (b) liczbie lekarzy stomatologów, (c) liczbie pielęgniarek, (d) liczbie położnych oraz (e) liczbie farmaceutów, która przypada na każde 10 tys. mieszkańców danego powiatu. Następnie w ramach kolejnego zagadnienia – dostępności infrastruktury medycznej, rozpatrujemy wzajemne odniesienia wielkopolskich powiatów względem rankingów opartych na pięciu wskaźnikach, które podają liczbę mieszkańców przypadających w każdym powiecie na jeden: (a) niepubliczny i (b) publiczny zakład opieki zdrowotnej, (c) przychodnię, ośrodek zdrowia lub poradnię oraz (d) aptekę, a także (e) liczbę łóżek w szpitalach ogólnych na każde 10 tys. mieszkańców powiatu. Warto przy tym wskazać, że dla pierwszych czterech wskaźników dostępności infrastruktury systemu opieki zdrowotnej wyższa wartość oznacza w praktyce gorszą sytuację w danym powiecie. Z perspektywy mieszkańca większa dostępność instytucji systemu opieki zdrowotnej będzie tym większa, im mniejsza liczba mieszkańców przypadać będzie na każdy jeden zakład opieki zdrowotnej. Dla ostatniego z omawianych wskaźników (liczba łóżek w szpitalach) wyższa wartość oznacza lepszą pozycję powiatu.

Można zauważyć, że rankingi powiatów w ramach wskaźników zasobu kadrowego systemu opieki zdrowotnej ukazują pewną stałą tendencję w obrębie każdego wskaźnika. Najlepszą sytuację, czyli najliczniejszą kadrę przypadającą na każde 10 tys. mieszkańców powiatu, odnotowano we wszystkich miastach na prawach powiatów grodzkich (w tym w Lesznie), natomiast sytuację najmniej korzystną – w powiatach bezpośrednio okalających takie właśnie miasta. Uzyskany ranking może być jednak mylący właśnie ze względu na to, że pomimo niskich wartości wskaźników w powiatach: poznańskim, kaliskim, konińskim oraz leszczyńskim rzeczywista dostępność kadry medycznej jest, z uwagi na przestrzenną bliskość miast, zdecydowanie większa, niż wskazują na to dane. Na rysunku 2 zaprezentowano międzypowiatowe zróżnicowanie w wartościach liczby lekarzy medycyny przypadających na każde 10 tys. mieszkańców danego powiatu.

Przyglądając się szczegółowo ośmiu wybranym do analizy powiatom, można zauważyć, że w roku 2010 wskaźnik liczby lekarzy medycyny przypadających na każde 10 tys. mieszkańców powiatów w badanych jednostkach terytorialnych przyjmował wartości niższe niż przeciętna wartość dla całego województwa. Wyjątek stanowiło oczywiście miasto Leszno, w którym odnotowano dość wysokie nasycenie lekarzy medycyny, natomiast na przeciwnym biegunie lokuje się powiat koniński z wartością 2,1 (wartość ta jest pochodną braku szpitala w powiecie konińskim). W latach 2000–2010 w trzech z ośmiu analizowanych powiatów (złotowskim, m. Leszno i wrzesińskim) nastąpił wzrost wartości wskaźnika liczby lekarzy medycyny. Z kolei w powiatach: pleszewskim, tureckim, międzychodzkiem oraz śremskim odnotowano wzrost w latach 2000–2004, a od roku 2004 do 2010 spadek wartości.



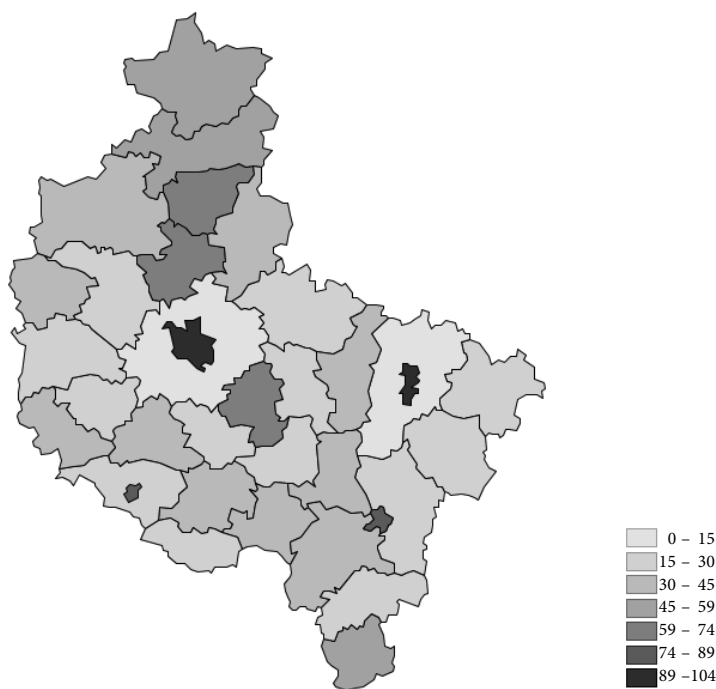
Rys. 2. Wskaźnik liczby lekarzy medycyny (personel pracujący) na 10 tys. mieszkańców

W zakresie dostępności lekarzy stomatologów zróżnicowania międzypowiatowe są podobne. Jedynie wskaźnik dla miasta Leszna (5,0) przekraczał średni poziom dla całego województwa, natomiast najniższa liczba lekarzy stomatologów na każde 10 tys. mieszkańców odnotowana została w powiecie śremskim (0,5). W ramach kolejnego ze wskaźników – liczby pielęgniarek przypadających na 10 tys. mieszkańców – najwyższą wartość w 2010 r. odnotowano ponownie w Lesznie (100,0), natomiast bardzo niski poziom cechował – po raz kolejny – powiat koniński, w którym odnotowana wartość była kilkukrotnie niższa niż w całym województwie. Równie znaczące dysproporcje występują w przypadku wskaźnika liczby położnych przypadających na 10 tys. mieszkańców. Miasto Leszno wykazuje jego najwyższy poziom (88,9), natomiast powiat koniński okazuje się dysponować dziesięciokrotnie niższym zasobem personelu tej kategorii, co podobnie jak w przypadku stanu osobowego lekarzy oraz stanu osobowego pielęgniarek jest odzwierciedleniem braku szpitala na terenie powiatu. Jak wskazywaliśmy, rzeczywista dostępność personelu medycznego w powiecie konińskim jest dużo większa, niż wskazują na to wartości statystyk, gdyż potrzeby medyczne zaspokajane są na terenie Konina. Zauważmy również, że wartość współczynnika liczby farmaceutów, jaka przypada na 10 tys. mieszkańców, cechowało już znacznie niższe zróżnicowanie międzypowiatowe. Jednak, podobnie jak poprzednio, największe nasycenie magistrów farmacji odnotowano w Lesznie (7,0), a najmniejsze w powiecie koniński (2,9).

W ramach drugiego z omawianych zagadnień – dostępu mieszkańców do infrastruktury opieki zdrowotnej, ranking powiatów wykazuje znaczną zbieżność pozycji poszczególnych jednostek terytorialnych z ich pozycjami uzyskanymi w odniesieniu do rankingu względem zasobów kadrowych systemu opieki zdrowotnej. Można zatem zauważyć, że stosunkowo największa dostępność infrastruktury występuje we wszystkich największych miastach regionu, to znaczy w: Poznaniu, Koninie, Lesznie oraz Kaliszu. Szczególnie wyraźnie ponad wojewódzką przeciętną „wybija” się Poznań oraz Konin, z kolei najniższa dostępność infrastruktury opieki zdrowotnej cechuje powiat poznański oraz kalski. Dominacja: Poznania, Leszna, Kalisza i Konina nie jest być może tak wyraźna w odniesieniu do rankingu dla trzech pierwszych wskaźników, to jest liczby mieszkańców przypadających na 1 niepubliczny czy publiczny zakład opieki zdrowotnej, jak również w odniesieniu do liczby mieszkańców przypadających na 1 przychodnię, poradnię lub ośrodek zdrowia, ale zdecydowanie zaznacza się w zakresie dostępności aptek, a także liczby łóżek w szpitalach.

W roku 2010 we wszystkich ośmiu powiatach będących przedmiotem analiz wskaźnik liczby mieszkańców przypadających na 1 niepubliczny zakład opieki zdrowotnej przyjmował niższe wartości niż analogiczna miara dla zakładów opieki zdrowotnej sektora publicznego. We wszystkich powiatach dostępność placówek niepublicznej służby zdrowia w roku 2010 była większa niż w 2004, co wynika z coraz większej bazy placówek niepublicznych. Dość duże zróżnicowanie międzypowiatowe dało się też zauważyć w odniesieniu do liczby mieszkańców przypadających na 1 publiczny zakład opieki zdrowotnej. Najlepszą dostępnością w tym zakresie charakteryzuje się Leszno, gdzie na każdy publiczny zakład opieki zdrowotnej przypada średnio nieco ponad 2200 osób, a najmniejszą dostępnością cechuje się powiat śremski (ponad 4200 os.). Z kolei w ramach współczynnika liczby łóżek w szpitalach na 10 tys. mieszkańców najniższą dostępność zaobserwowano w powiecie tureckim (na 10 tys. mieszk. przypada 26,3 łóżka w szpitalach ogólnych), a najwyższą w Lesznie (81,3). Międzypowiatowe zróżnicowanie współczynnika liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców zaprezentowano na rysunku 3.

Podsumowując, należy wskazać, że spośród ośmiu powiatów będących przedmiotem analizy zdecydowanie najlepsza infrastruktura systemu opieki zdrowotnej występuje w Lesznie. Świadczy o tym przede wszystkim najwyższe nasycenie personelem medycznym. Ponadto Leszno bardzo dobrze prezentuje się z uwagi na kryterium liczby ludności przypadającej na zakłady opieki zdrowotnej, apteki, a także według kryterium liczby łóżek w szpitalach ogólnych. Na drugim końcu skali znajduje się powiat koniński, który cechuje słabo rozbudowana sieć publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, brak szpitala ogólnego oraz relatywnie mała liczba aptek w stosunku do wielkości populacji.



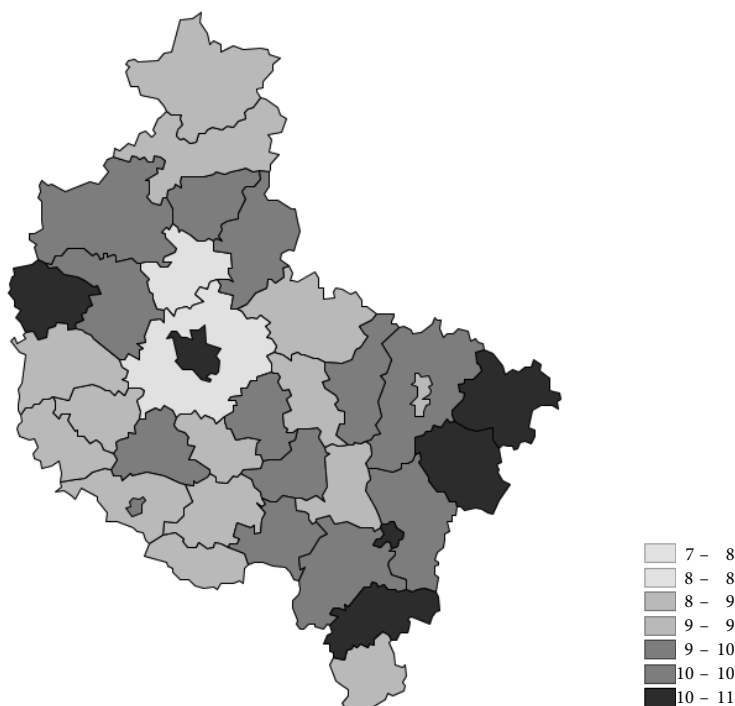
Rys. 3. Wskaźnik liczby łóżek w szpitalach na 10 tys. mieszkańców

2.2. Umieralność dorosłych i dzieci

Zgodnie z danymi GUS w województwie wielkopolskim w roku 2010 odnotowano nieco ponad 31 tys. zgonów, co porównawczo – rok do roku – przełożyło się na spadek liczby zgonów o 2,0 pp. Biorąc pod uwagę współczynnik umieralności w populacji, zróżnicowany z uwagi na płeć, wyraźnie widać nadumieralność w populacji mężczyzn. Przeciętnie w całym województwie współczynnik zgonów na 1000 mieszkańców wyniósł 9,10‰, w przypadku mężczyzn był wyższy i kształtował się na poziomie 9,86‰, natomiast dla kobiet wyniósł 8,39‰. Stosunkowo największą umieralność odnotowano w Kaliszu (10,6‰), Poznaniu (10,4‰) oraz w powiecie kolskim (10,3‰), natomiast najniższą w powiecie poznańskim (7,1‰) i obornickim (7,9‰). Na rysunku 4 przedstawiono międzypowiatowe zróżnicowanie w tym zakresie.

Przyglądając się nieco dokładniej powiatom wybranym do badania obszarów wykluczenia społeczno-ekonomicznego w województwie wielkopolskim, można zauważyć, że współczynnik zgonów liczony na 10 tys. mieszkańców wahał się od 8,3‰ w powiecie złotowskim do 10,1‰ w powiecie tureckim. W latach 2000–2010 w pięciu badanych powiatach zanotowano spadek wartości współczynnika umieral-

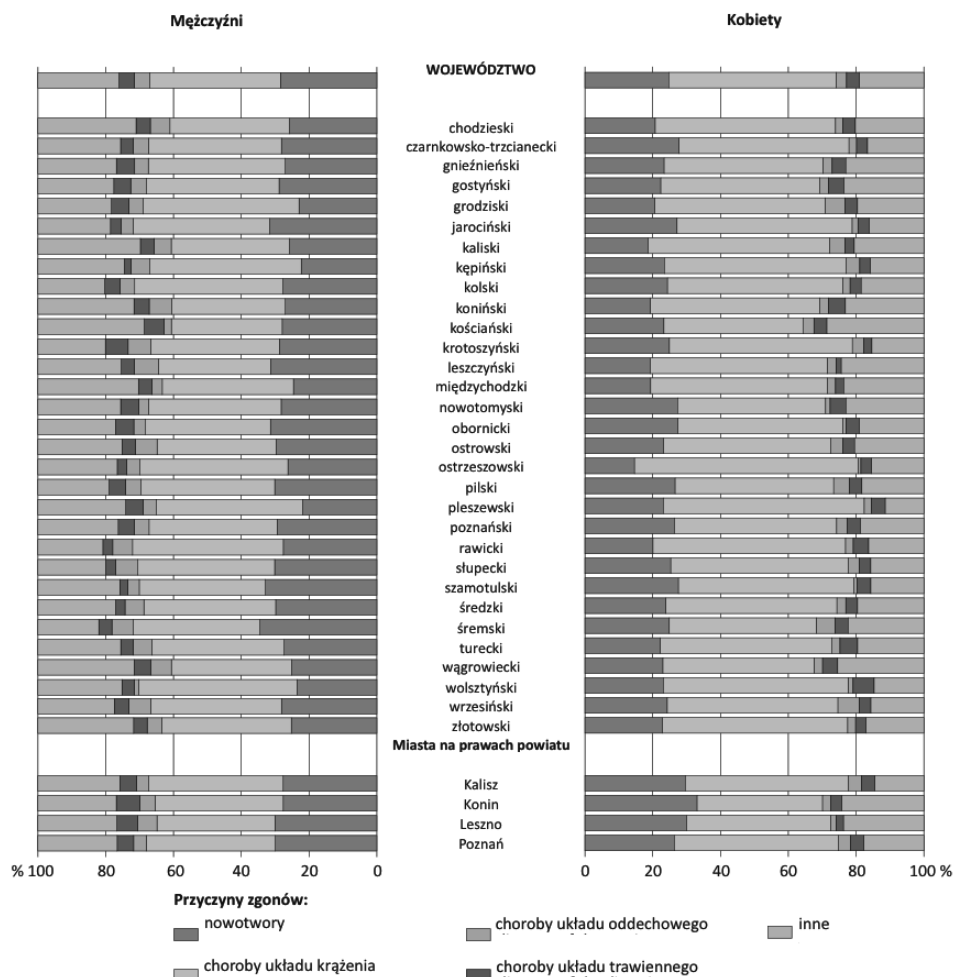
ności, natomiast w trzech (tureckim, złotowskim oraz m. Leszno) wzrost natężenia liczby zgonów. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że z wyjątkiem powiatu pleszewskiego wszystkie badane jednostki terytorialne charakteryzowały się wyższą od przeciętnej w całym województwie nadumieralnością mężczyzn.



Rys. 4. Wskaźnik umieralności ogółem na 10 tys. mieszkańców w 2010 r.

Podczas roku 2010 we wszystkich powiatach województwa wielkopolskiego odnotowano łącznie 180 zgonów niemowląt, co stanowi wartość o 40 zgonów mniejszą niż w 2009 r. Współczynnik zgonów niemowląt liczony na każde 1000 urodzeń żywych w całym województwie wyniósł 4,4‰ – nieco częściej umierali chłopcy (4,7‰) niż dziewczynki (4,13‰). Wśród wszystkich wielkopolskich powiatów stosunkowo największe natężenie zgonów niemowląt zanotowano w powiatach: tureckim (10,9‰), gostyńskim (8,32‰), a także pleszewskim (7,94‰), najmniejsze natomiast w szamotulskim (0,8‰), złotowskim (1,2‰) oraz śremskim (1,32‰). Warto zaznaczyć, że w całym roku 2010 nie odnotowano ani jednego przypadku zgonu niemowląt w powiecie międzychodzkiem. W latach 2000–2010 nastąpił spadek wartości współczynnika zgonów niemowląt w niemal wszystkich badanych powiatach, wyjątek stanowi jedynie miasto Leszno, gdzie odnotowano wzrost wartości z 3,0‰ w roku 2000 do 4,0‰ w 2010.

Do najczęstszych przyczyn zgonów w województwie wielkopolskim należą, od wielu już lat, choroby układu krążenia oraz nowotwory. Najnowsze dane GUS z roku 2009 ukazują, że choroby układu krążenia doprowadziły w sumie do 43% wszystkich zgonów, a choroby nowotworowe do ponad 26%. W całym województwie wielkopolskim choroby układu krążenia były najczęstszą przyczyną zgonów w powiecie ostrzeszowskim (52,4 na 10 tys. mieszk.) oraz kolskim (52,3), a choroby nowotworowe w dwóch największych miastach regionu, to jest w Poznaniu (28,1) i w Kaliszu (29,2).



Rys. 5. Zgony według płci, wybranych przyczyn i powiatów w 2009 r.

Analizując dokładniej główne przyczyny zgonów, można zauważyć, iż współczynnik zgonów spowodowanych przez choroby nowotworowe przyjął najwyższe

wartości w powiecie międzychodzkiem oraz tureckim (górną kwartyl wszystkich 35 wielkopolskich powiatów). Z kolei współczynnik zgonów spowodowanych przez choroby układu krążenia na 10 tys. mieszkańców miał wartości od 34,0 w mieście Lesznie do 48,2 w powiecie pleszewskim. Stosunkowo duże zróżnicowanie międzypowiatowe charakteryzowało także rozkład wartości współczynnika zgonów spowodowanych przez choroby układu oddechowego. Najniższa wartość współczynnika odnotowana została w powiecie międzychodzkiem (2,7), natomiast najwyższa w powiecie wrzesińskim (5,6).

Biorąc pod uwagę wskaźniki stanu zdrowia mieszkańców, można powiedzieć, że najbardziej problematyczna sytuacja spośród ośmiu badanych jednostek administracyjnych zaobserwowana została w powiecie tureckim. Odnotowano tam: najwyższy współczynnik zgonów, wysoką nadumieralność mężczyzn oraz najwyższy wskaźnik zgonów niemowląt. W powiecie tureckim zaobserwowano również znaczący wzrost liczby zgonów spowodowanych przez choroby nowotworowe. Z drugiej strony, najkorzystniej przedstawia się sytuacja w powiecie złotowskim, gdzie ogólny współczynnik zgonów w roku 2008 przyjął najniższą wartość – znacznie poniżej wojewódzkiej przeciętnej, niska była też wartość współczynnika zgonów niemowląt.

2.3. Zasoby kadrowe, infrastruktura systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej

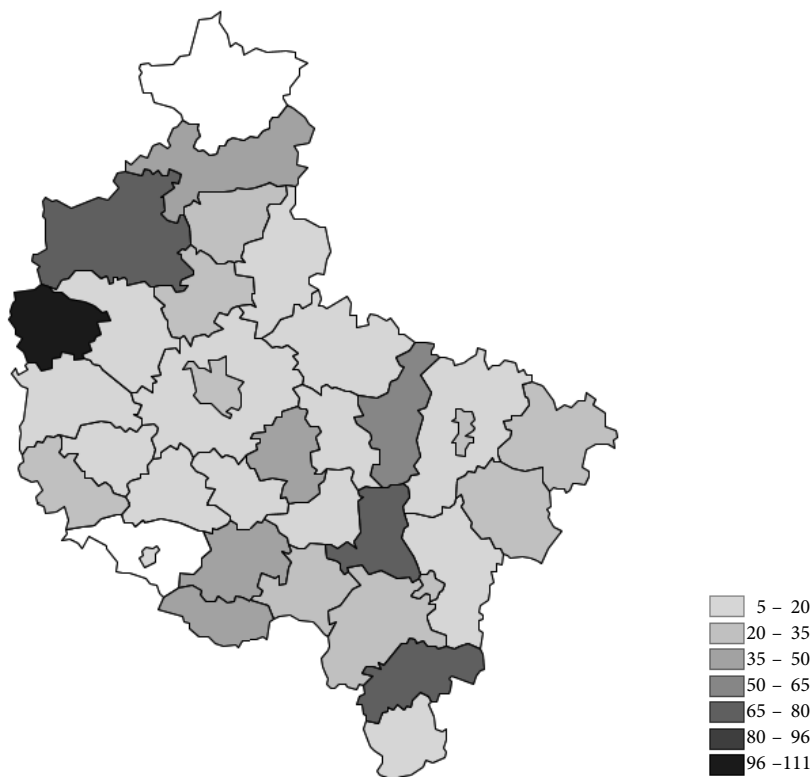
Realizacja projektu badawczego ukazała znaczne deficyty w dostępie do ważnych dla celów diagnostycznych danych charakteryzujących funkcjonowanie instytucji pomocy społecznej. W repozytoriach danych GUS-u dostępnych jest tylko kilka danych (liczba stacjonarnych zakładów pomocy społecznej, liczba miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej, liczba miejsc w noclegowniach, schroniskach i domach dla bezdomnych), które wykorzystano do międzypowiatowych porównań w tym zakresie. Brakuje kluczowych informacji dotyczących: stanu osobowego pracowników instytucji pomocy społecznej, profili klientów pomocy społecznej, wysokości i struktury udzielanych świadczeń pomocowych itd. Oczywiście, choć dane te nie są dostępne w repozytoriach statystycznych, to można je uzyskać ze sprawozdawczości samych instytucji pomocy społecznej. Jednym z elementów badań były zatem ankiety adresowane do instytucji pomocy społecznej, których głównym celem było zebranie dodatkowych danych pozwalających na charakterystykę stanu kadrowego instytucji pomocy społecznej, świadczonych usług – wielkości środków, a także usługobiorców, czyli klientów pomocy społecznej. Kwestionariusze ankiet przekazano do wypełnienia bezpośrednio do starostw powiatowych odpowiednich jednostek terytorialnych, uzyskując jednak zwrócić na tyle niepełne dane, że przeprowadzenie wyczerpujących porównań okazało się niemożliwe. Co ważne,

braki danych nie wynikały z niechęci instytucji pomocy społecznej do udzielenia dodatkowych informacji – spotkaliśmy się z dużą otwartością i gotowością do współpracy. Były one raczej pochodną braku systematycznego i ujednoliconego systemu zbierania oraz wykorzystania istniejących informacji. Okazało się, że dla celów diagnozy problemów społecznych na poziomie powiatowym przydatne byłoby zbudowanie zintegrowanego dostępu do danych charakteryzujących ten obszar funkcjonowania powiatów.

Z danych otrzymanych z instytucji powiatowych wynika, że liczba osób korzystających z pomocy społecznej przeliczona na 10 tys. mieszkańców była dość mocno zróżnicowana międzypowiatowo – najmniej osób korzysta z pomocy społecznej w powiecie wrzesińskim (397 na każde 10 tys. mieszk.), najwięcej natomiast w powiecie pleszewskim (1552). Zatem, najmniejsza wysokość świadczeń pomocy społecznej w przeliczeniu na jednego mieszkańca udzielana jest w powiecie wrzesińskim (48,70 PLN), a największa w Lesznie (382,10 PLN). Bardzo interesujące informacje od instytucji powiatowych uzyskano także w zakresie charakterystyki przyczyn udzielenia pomocy gospodarstwom domowym. Po pierwsze, zebrane dane ukazują, że sieroctwo stanowi marginalny czynnik decydujący w staraniu się o przyznanie wsparcia. Nieco częściej przyczyną ubiegania się o pomoc okazuje się być bezdomność, szczególnie w mieście Lesznie (4,4%). Większy udział w ogólnej liczbie klientów pomocy społecznej miały gospodarstwa domowe wnioskujące o pomoc z powodu konieczności ochrony macierzyństwa. Taka sytuacja najczęściej zachodziła w powiecie wrzesińskim (15,0%), natomiast najrzadziej w powiecie konińskim (1,7%). Po drugie, zdecydowanym powszechniejszym powodem ubiegania się o pomoc społeczną okazało się być bezrobocie, które najczęściej wskazywane było w powiecie wrzesińskim (w 42,0% zarejestrowanych przypadków), a najrzadziej w powiecie śremskim (14,7%). Dość częstą przyczyną starania się o wsparcie było także upośledzenie fizyczne lub umysłowe (udział w ogólnej liczbie powodów przyznawania pomocy społecznej wahał się od 4,6% w powiecie konińskim do 48,8% w powiecie wrzesińskim). Z podobną częstością jako powód przyznania wsparcia występowała długotrwała choroba członka gospodarstwa domowego (maksymalna wartość – 55,5% w mieście Lesznie, minimalna – 6,5% w powiecie konińskim). Udział gospodarstw domowych ubiegających się o pomoc z powodu alkoholizmu w ogólnej liczbie klientów pomocy społecznej okazał się być stosunkowo niski. Najniższa wartość tego wskaźnika została zarejestrowana w powiecie konińskim (1,7%), natomiast maksymalna w mieście Lesznie (7,6%). Druga ze wspomnianych jednostek administracyjnych wyróżnia się relatywnie częstym wskazywaniem narkomanii jako przyczyny starania się o wsparcie (13,2%). W pozostałych powiatach ten wskaźnik przyjmował marginalne wartości. Nieco rzadziej do ubiegania się o przyznanie pomocy społecznej skłaniały trudności po opuszczeniu zakładu karnego (od 0,1% w powiecie pleszewskim do 1,2% w powiecie wrzesińskim). Nieco większy udział w ogólnej liczbie klientów opieki społecznej

miały gospodarstwa domowe dotknięte klęską żywnościową (pomiędzy 1,6% w powiecie pleszewskim a 6,2% w powiecie konińskim).

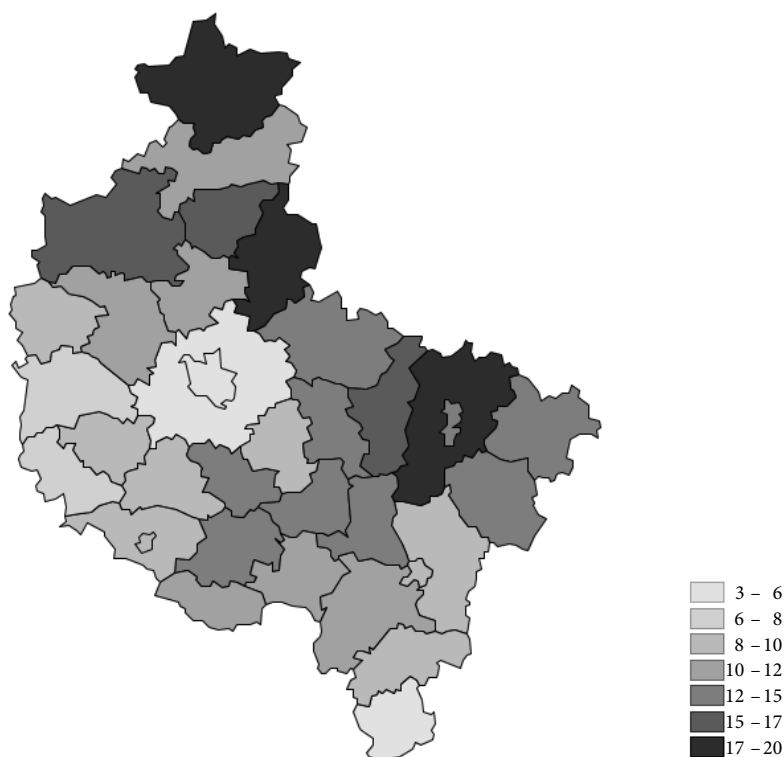
Oporając się na danych GUS, można zauważyć, że wskaźnik liczby mieszkańców przypadających na 1 stacjonarny zakład pomocy społecznej w Wielkopolsce charakteryzuje się dość dużym zróżnicowaniem międzypowiatowym. Z najmniej korzystną sytuacją w tym zakresie (najwięcej mieszk. na 1 placówkę) mamy do czynienia w powiecie wągrowieckim, a spośród powiatów objętych badaniem – w konińskim, z najlepszą natomiast w powiecie międzychodzkiem. Zupełnie podobnie kształtują się wartości wskaźnika dostępności liczby miejsc w placówkach stacjonarnej opieki społecznej, przypadających na każde 10 tys. mieszkańców – największą dostępność odnotowano w powiecie międzychodzkiem (110,6), najmniejszą natomiast w powiecie średzkim (5,2), a wśród ośmiu powiatów objętych badaniem – w powiecie konińskim (8,3). Opisywane zróżnicowania w dostępności liczby miejsc w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej przedstawiono na rysunku 6.



Rys. 6. Wskaźnik liczby miejsc w zakładach stacjonarnej pomocy społecznej, łącznie z filiami, przypadających na 10 tys. mieszkańców powiatu

2.4. Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców

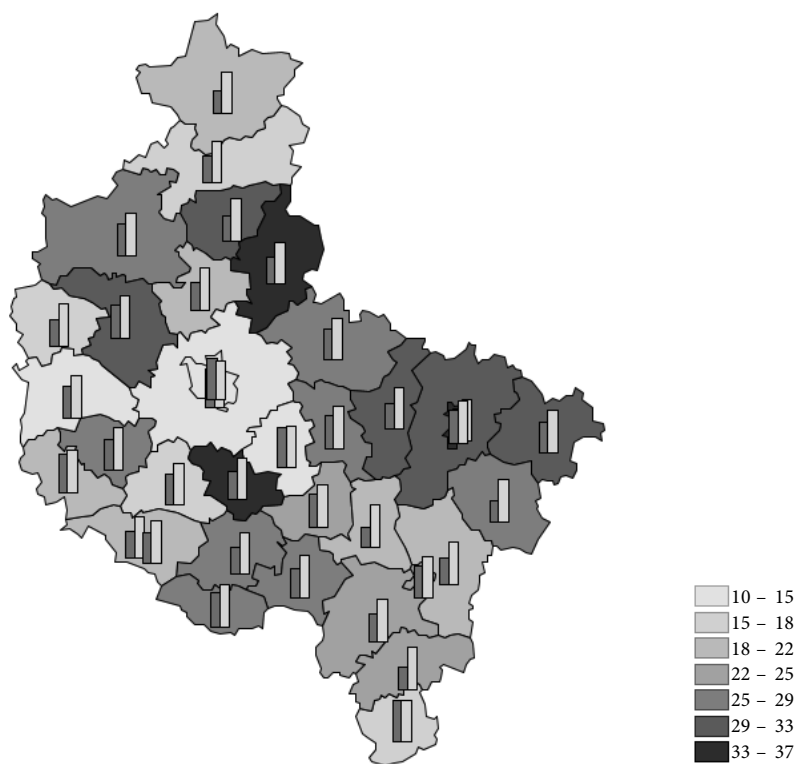
Zróźnicowanie międzypowiatowe stopy bezrobocia rejestrowanego w 2010 r. jest bardzo duże – najniższą wartość odnotowano w Poznaniu (3,5%) oraz w powiecie poznańskim (3,6%), natomiast zdecydowanie najwyższą w powiecie złotowskim (19,2%). Warto zauważyć, że od roku 2000 do 2008 odnotowano systematyczny spadek stopy bezrobocia rejestrowanego we wszystkich wielkopolskich powiatach, natomiast rok 2009 oraz 2010 przyniósł istotny wzrost liczby osób bezrobotnych. Zróźnicowania międzypowiatowe w tym zakresie przedstawiono na rysunku 7.



Rys. 7. Stopa bezrobocia rejestrowanego – stan na 31 XII 2010 r.

W roku 2010 odnotowano wzrost udziału tych kategorii osób bezrobotnych, które znajdują się w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Stosunkowo duży przyrost dotyczył osób z grupy wiekowej poniżej 25 lat, mniejszy natomiast osób długotrwale poszukujących pracy. Warto przede wszystkim zwrócić uwagę na to, że wartość wskaźnika długotrwałego bezrobocia w roku 2010 wykazywała silne zróźnicowanie międzypowiatowe. Najmniejszy udział osób pozostających bez pracy powyżej 12

miesiący w ogóle osób bezrobotnych zanotowano w powiecie poznańskim (11% ogółu), największy natomiast w powiecie średzkim, gdzie osoby długotrwale bezrobotne stanowiły ponad 1/3 wszystkich osób pozostających bez pracy. Spośród ośmiu powiatów poddanych opisywanym badaniom, najwyższą wartość zanotowano w powiecie konińskim (32,1%) oraz wrzesińskim (28%), najniższą natomiast w śremskim (14,4%). Warto zauważyć, że wskaźniki długotrwałego bezrobocia są silnie zróżnicowane z uwagi na płeć osób pozostających bez pracy. We wszystkich wielkopolskich powiatach długotrwale bezrobocie jest bardziej przypadłością kobiet niż mężczyzn. Największe rozbieżności pomiędzy wartościami wskaźników długotrwałego bezrobocia z uwagi na płeć występują w powiecie pleszewskim (wśród mężczyzn wyniósł on niespełna 13%, podczas gdy dla kobiet 28,1%).



Rys. 8. Odsetek osób bezrobotnych pozostających bez pracy powyżej 12 miesięcy, z podziałem na płeć
Mężczyźni – słupek po lewej stronie

Wyraźne dysproporcje międzypowiatowe widoczne są z uwagi na strukturę wykształcenia osób bezrobotnych. Współczynnik udziału osób z wykształceniem gimnazjalnym i niższym w roku 2010 przyjmował wartości od 22,1% ogółu bezro-

botnych w powiecie pleszewskim do 35,4% w powiecie złotowskim. Osoby bezrobotne z wykształceniem zasadniczym zawodowym stanowiły relatywnie największą część w powiecie pleszewskim (34,0%), a najmniejszą w Lesznie (25,7%). Z kolei osoby z wykształceniem średnim stosunkowo częściej pozostawały bez pracy w powiecie konińskim (30,2%), a rzadziej w powiecie międzychodzkiem (39,0%). Największe zróżnicowanie jest jednak widoczne dla kategorii bezrobotnych z wykształceniem wyższym – najmniejszą część ogółu bezrobotnych osoby najlepiej wykształcone stanowią w powiecie złotowskim (3,8%) oraz międzychodzkiem (3,9%), natomiast największy odsetek tworzą w mieście Lesznie (14,2%). We wszystkich powiatach zauważalne są natomiast procesy przemian w strukturze wykształcenia zarejestrowanych bezrobotnych w czasie. W latach 2000–2010 wśród osób bezrobotnych zmniejszeniu uległ udział w osób z wykształceniem gimnazjalnym i niższym, natomiast zauważalnie zwiększył się odsetek osób z wykształceniem średnim i wyższym.

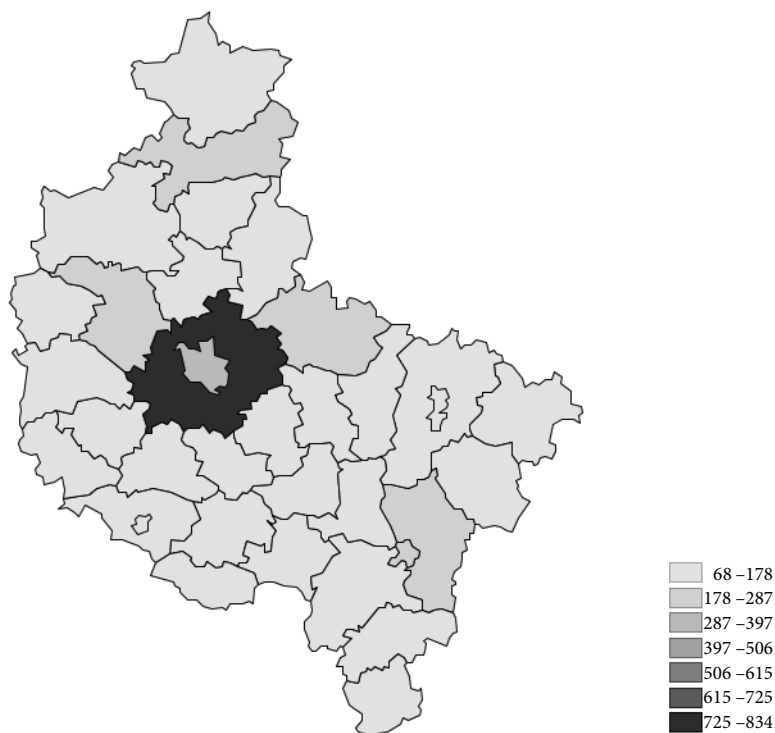
Bardzo ciekawe wnioski płyną też z porównania powiatów ze względu na wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto oraz relacji przeciętnego wynagrodzenia do średniej krajowej. Zauważyć można, że jedynie w Poznaniu przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto (3 184,08 PLN) było wyższe od krajowej przeciętnej (wynosiło dokładnie 111% średniej dla całej Polski), natomiast w pozostałych powiatach poziom dochodów był już zdecydowanie niższy, osiągając wartość minimalną w powiecie kępińskim (2 106,84 PLN), co stanowi 61,3% średniej krajowej. Przyglądając się nieco dokładniej wybranym powiatom, należy wskazać, że odnotowane tam przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto było nie tylko niższe od średniej krajowej, ale nawet niższe, z wyjątkiem powiatu konińskiego, od odpowiedniej wartości dla całego województwa. Maksymalną wartość zarejestrowano w powiecie konińskim (3 060,01 PLN), natomiast najmniejszą w powiecie pleszewskim (2 541,49 PLN).

Biorąc zatem pod uwagę stopę bezrobocia oraz poziom dochodów, można stwierdzić, że najlepszym położeniem materialnym charakteryzuje się ludność w powiecie śremskim – najniższa w zestawieniu ośmiu powiatów stopa bezrobocia oraz najniższy wskaźnik długotrwałego bezrobocia. Na przeciwnym biegunie znajduje się powiat pleszewski, który wprawdzie cechuje porównywalny do wojewódzkiej przeciętnej poziom stopy bezrobocia, ale równocześnie najwyższy udział osób długotrwale bezrobotnych oraz najniższy poziom miesięcznej płacy brutto.

2.5. Poziom przestępczości

Pomiędzy wielkopolskimi powiatami zachodzą znaczące różnice we wskaźnikach przestępczości ogółem. W rankingu wszystkich jednostek administracyjnych najwyższe natężenie przestępczością (liczba przestępstw ogółem przypadających na

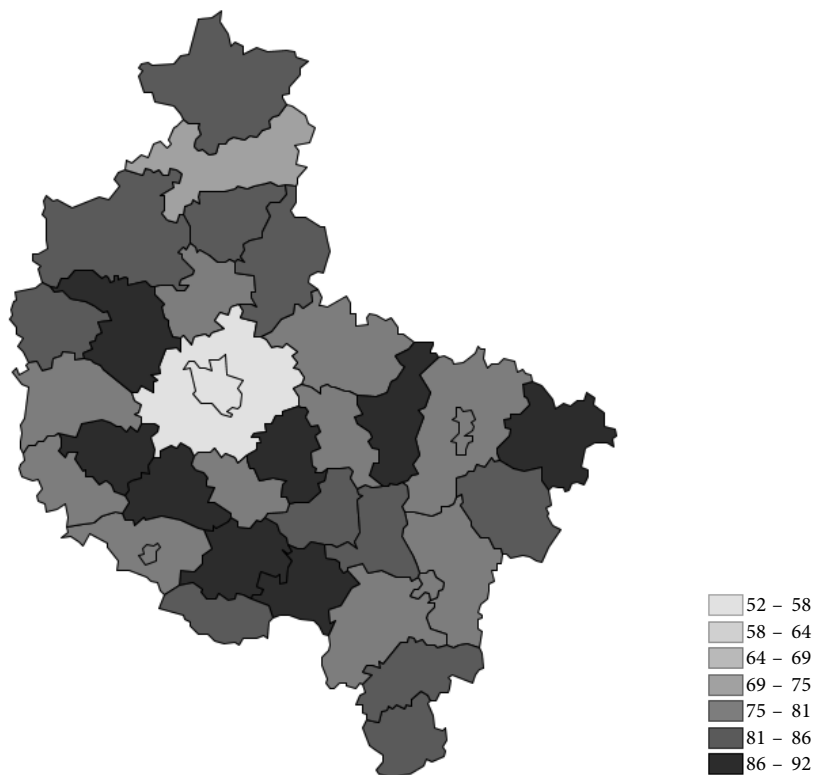
każde 10 tys. mieszk. powiatu) odnotowano w powiecie poznańskim (1007,4) oraz w mieście Poznaniu (450,9), natomiast najniższe w powiecie grodziskim (137,1) i rawickim (140,2). Wśród ośmiu powiatów będących przedmiotem badania najniższa liczba przestępstw na każde 10 tys. mieszkańców odnotowana została w powiecie pleszewskim (167,9), natomiast najwyższa w powiecie konińskim (376,5). Spośród wszystkich trzech głównych kategorii przestępstw składających się na przestępczość ogółem – kryminalnej, drogowej oraz gospodarczej – zdecydowanie największą część stanowi przestępczość kryminalna. Podobnie jak dla przestępczości ogółem, największe nasycenie tego rodzaju przestępczością zanotowano w powiecie poznańskim (833,9 przestępstw kryminalnych na 10 tys. mieszk.), a najniższe w grodziskim (68,7). Międzypowiatowe zróżnicowanie w przestępczości kryminalnej przedstawiono na rysunku 9.



Rys. 9. Liczba przestępstw kryminalnych na 10 tys. mieszkańców – dane KWP w Poznaniu

Analizując pozostałe kategorie przestępstw, można zauważyć, że spośród ośmiu wybranych do badań powiatów miasto Leszno charakteryzuje się najwyższym poziomem przestępczości gospodarczej oraz poziomem kradzieży i kradzieży z włamaniem. Z kolei powiat wrzesiński wyróżnia się zdecydowanie najwyższym

poziomem liczby rozbojów przypadających na każde 10 tys. mieszkańców, a powiat złotowski najwyższym poziomem udziału w bójkach lub pobiciach, a także w spowodowaniu uszczerbku na zdrowiu. Z drugiej strony, w powiecie pleszewskim odnotowano najmniej przestępstw kradzieży oraz kradzieży z włamaniem, a także udziału w bójce lub pobiciu. W powiecie tureckim zanotowano natomiast najmniej przestępstw rozbójniczych, a w powiecie międzychodzkiem najrzadziej dochodziło do spowodowania uszczerbku na zdrowiu.



Rys. 10. Wykrywalność przestępstw ogółem – dane KWP w Poznaniu

Na rysunku 10 zaprezentowano dysproporcje w wykrywalności przestępstw w poszczególnych powiatach. Z uwagi na organizację struktur wojewódzkich policji dla trzech miast na prawach powiatów grodzkich, to jest dla Leszna, Konina oraz Kalisza, wskaźniki wykrywalności podawane są z zasięgiem terytorialnym odpowiadającym tym miastom powiatów ziemskim, to znaczy dotyczą one powiatów grodzkich z powiatami leszczyńskim, konińskim oraz kaliskim. Wśród miast na prawach powiatów grodzkich najwyższą wykrywalnością przestępstw odznacza

się miasto Leszno, w którym poziom skuteczności działania policji w tym zakresie wyniósł dokładnie tyle samo co przeciętna w całym województwie wielkopolskim. Jednocześnie był on zdecydowanie najwyższy wśród miast na prawach powiatów grodzkich, przewyższając o ponad 5 punktów procentowych wartości wskaźników w Kaliszu i Koninie oraz o prawie 30 punktów procentowych wykrywalność przestępstw w Poznaniu. Zestawiając osiem wybranych do badania powiatów, można zauważyć, że najwyższą wykrywalność przestępstw odnotowano w powiecie śremskim – prawie 90 pp., natomiast najniższą w powiecie konińskim, gdzie wykryto nieco ponad 3/4 sprawców wszystkich przestępstw.

3. Podsumowanie i wnioski z analizy danych statystycznych

Z analizy danych statystycznych dla całego województwa wielkopolskiego wynika, że Wielkopolska jest trzecim co do wielkości województwem w kraju pod względem liczby oraz przyrostu rzeczywistego mieszkańców (po mazowieckim i śląskim). Co ważne – poziom reprodukcji i dzietności nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Na kształt oraz przebieg procesów ludnościowych w Wielkopolsce duży wpływ wywiera spadek liczby zawieranych małżeństw oraz trwałość związków małżeńskich (najwięcej rozwodów odnotowano w czterech miastach na prawach powiatów grodzkich, w: Kaliszu, Koninie, Lesznie i Poznaniu oraz w powiecie pilskim). Warto również zwrócić uwagę na to, że Wielkopolska należy do województw o wyższych od średniej dla całej Polski współczynnikach dalszego trwania życia ludzkiego, choć nadal zauważalna jest znaczna nadumieralności mężczyzn.

Struktura populacji w Wielkopolsce, podobnie zresztą jak w całym kraju, zdominowana jest przez mieszkańców miast oraz przez kobiety (przewaga kobiet nad mężczyznami rośnie z wiekiem). Jediną kategorią ludności, dla której w ciągu najbliższych lat przewidywany jest stały i znaczący wzrost jej liczebności, są osoby w wieku emerytalnym. Prognozy demograficzne na najbliższą dekadę ukazują, że w województwie wielkopolskim nastąpi wyższy niż przeciętnie w całym kraju przyrost ludności w wieku poprodukcyjnym (o ponad 1/3), przy jednoczesnym spadku odsetka dzieci i młodzieży. Dodatkowo, dwa razy szybciej rośnie liczba najstarszych osób (85+) wśród seniorów niż odsetek osób w wieku produkcyjnym. Zatem, jednym z przewidywalnych skutków tego stanu rzeczy będzie zwiększenie popytu na opiekę długoterminową oraz usługi opiekuńcze wśród osób najstarszych.

Z danych statystycznych wynika także, że potencjał demograficzny województwa wielkopolskiego (liczony wskaźnikami przyrostu naturalnego, salda migracji, wskaźnikami małżeńskości oraz rozwodów, strukturą wiekową populacji i wskaźnikami obciążeń demograficznych) nie jest i co ważne – nie będzie w przyszłości rozmieszczony równomiernie. Innymi słowy, będą występowały obszary o dużej koncentracji ludności (szczególnie aglomeracja poznańska obejmująca m. Poznań

i powiat poznański) oraz tereny słabiej zaludnione (północne powiaty województwa). Co ciekawe, najniższym potencjałem demograficznym w Wielkopolsce charakteryzują się wszystkie miasta na prawach powiatów grodzkich, zwłaszcza dwa największe ośrodki miejskie w regionie – Kalisz oraz Poznań, w nieco mniejszym stopniu Konin i Leszno. Wynika to głównie z faktu, że znacznemu zmniejszeniu ulega liczba ludności mieszkańców miast, zwłaszcza na rzecz okalających je suburbii. Stąd najwyższym potencjałem demograficznym odznacza się powiat poznański, wyróżniający się szczególnie przyrostem naturalnym oraz dodatnim saldem migracji.

Województwo wielkopolskie należy do najsilniejszych gospodarczo regionów kraju – wytwarza dziesiątą część PKB, wykazując stały wzrost w tej sferze. Spośród podregionów województwa wielkopolskiego największy udział w tworzeniu PKB ma podregion poznański (zgodnie z nomenklaturą podziału jednostek terytorialnych dla celów statystycznych na poziomie podziału NUTS3), zajmując trzecie miejsce wśród wszystkich 66 podregionów w Polsce. Przeciętne wynagrodzenie oraz średnia emerytura są jednak w Wielkopolsce nadal niższe niż w kraju, a dystans ten stale się zwiększa – najniższy poziom zarobków odnotowujemy w powiatach kępińskim (przeciętne wynagrodzenie na poziomie 63% średniego wynagrodzenia w kraju), jarocińskim (69,3% średniej krajowej) oraz rawickim (70,6%). Najwięcej natomiast zarabiają mieszkańcy Poznania (111% średniej krajowej), Konina (93,9%), a także powiatu poznańskiego (92,1%). Struktura wydatków na 1 osobę w gospodarstwach domowych w województwie wielkopolskim kształtuje się na poziomie zbliżonym do średniej dla kraju – Wielkopolanie nadal najczęściej pieniędzy przeznaczają na żywność i napoje bezalkoholowe, natomiast piątą część wydatków stanowią opłaty związane z użytkowaniem mieszkań oraz energii.

Stopa bezrobocia rejestrowanego w Wielkopolsce w roku 2010 osiągnęła poziom 10,1%, niższy zatem niż średnia dla kraju (Polska 13,0%). Wyższą stopę bezrobocia rejestrowanego niż średnia wojewódzka odnotowano wśród kobiet oraz w powiatach złotowskim (19,2%), wągrowieckim (18,9%) i konińskim (17,1%). Natomiast najmniej osób bez pracy było w Poznaniu (3,5%) oraz w powiecie poznańskim (3,6%). Prawo do zasiłku ma czwarta część ogółu zarejestrowanych bezrobotnych – największy przyrost dotyczył osób bez wykształcenia średniego oraz bez kwalifikacji. Zarejestrowano natomiast spadek liczby zasiłkobiorców wśród osób w wieku do 25 lat, bez doświadczenia zawodowego.

W Wielkopolsce zauważalne jest zatem znaczne zróżnicowanie potencjału rozwojowego na obszarze województwa, to znaczy duże zróżnicowania subregionalne w liczebności podmiotów gospodarczych i rosnące przestrzenne dysproporcje w rozmieszczeniu aktywności gospodarczej. Stosunkowo dobrej na tle kraju sytuacji na rynku pracy towarzyszy silne przestrzenne zróżnicowanie w poziomie bezrobocia – wysoki poziom bezrobocia na wsi, ściśle powiązanie bezrobocia z poziomem wykształcenia, kwalifikacjami oraz ze stażem pracy (większy udział

wśród pozostających bez pracy absolwentów, kobiet i najmłodszych roczników osób w wieku produkcyjnym). Pogłębiają się również międzypowiatowe dysproporcje w poziomie życia mieszkańców, szczególnie ludności rolniczej, a także rosnące różnice poziomu gospodarczego, infrastruktury technicznej i standardu życia między dużymi miastami i obszarami wiejskimi.

Wskaźniki opisujące stan infrastruktury systemu opieki zdrowotnej w Województwie Wielkopolskim nie odbiegają znacząco od średnich krajowych, niemniej jednak zauważalne są różnice w kilku kwestiach. Po pierwsze, notuje się nieco większy niż w skali ogólnopolskiej spadek liczby lekarzy, większy przyrost liczby dentystów i farmaceutów oraz wzrost liczby pielęgniarek i położnych. Po drugie, na 1 łóżko w szpitalach ogólnych przypada podobna liczba ludności jak przeciętnie w kraju, niższe są natomiast wskaźniki dotyczące dostępności ambulatoryjnych zakładów opieki medycznej oraz aptek. Po trzecie, najlepszą sytuację kadrową systemu opieki zdrowotnej mają wszystkie miasta na prawach powiatów grodzkich, natomiast najmniej korzystne wskaźniki rejestrowano w powiatach bezpośrednio okalających miasta o wysokim nasyceniu w kadrę fachową (stąd rzeczywista dostępność do profesji medycznych jest w tych powiatach zdecydowanie większa, niż wskazują na to oficjalne dane statystyczne).

Potencjał infrastrukturalny systemu opieki zdrowotnej w Wielkopolsce pozwala stwierdzić, iż pozycja regionu jest pod tym względem lepsza niż w wielu innych częściach kraju – korzystnie kształtują się wskaźniki potencjału kadrowego (zwłaszcza w największych miastach) oraz dostępności i wykorzystania zasobów infrastrukturalnych systemu. Stan zdrowia mieszkańców Wielkopolski pozostaje jednakże w słabym związku z zasobami infrastruktury systemu opieki zdrowotnej – duże zróżnicowanie chorobowości w powiatach wymaga zatem rozwiniętych programów profilaktycznych, a także programów wyrównywania dysproporcji w stanie zdrowia populacji.

Głównym problemem zdrowotnym w populacji osób dorosłych w województwie wielkopolskim są – podobnie jak dla populacji polskiej – choroby układu krążenia. Choroby te zajmują zdecydowanie pierwsze miejsce wśród przyczyn zachorowalności we wszystkich powiatach w Wielkopolsce – największe jednak w powiecie ostrowskim i śremskim, gdzie na choroby układu krążenia choruje ponad 2,5% dorosłej populacji. Na drugim miejscu w wyraźnej większości powiatów rejestrowano choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, następnie: cukrzycę, przewlekłe choroby układu trawiennego, przewlekłe nieżyty oskrzeli i dychawicę oskrzelową oraz choroby obwodowego układu nerwowego. Wśród przyczyn zgonów w Wielkopolsce przeważają choroby układu krążenia, kolejno: nowotwory, choroby układu oddechowego, trawiennego, nerwowego, moczowo-płciowego, choroby zakaźne i pasożytnicze. Bardzo rzadko wśród przyczyn zgonów rejestrowano zaburzenia psychiczne, choroby krwi i narządów krwiotwórczych, a także zaburzenia wydzielania wewnętrznego.

Od kilku lat utrzymuje się pozytywna tendencja stopniowego spadku rozmiarów skrajnego ubóstwa w Polsce (zarówno w mieście, jak i na wsi). Zmniejszył się zasięg ubóstwa ekonomicznego wśród gospodarstw domowych z dziećmi na utrzymaniu, odnotowuje się także dalszy spadek liczby gospodarstw domowych żyjących w sferze ubóstwa subiektywnego. W Wielkopolsce biedą najrzadziej dotknięci są mieszkańcy dużych aglomeracji, głębokie ubóstwo zaś związane jest z: bezrobociem (zwłaszcza przy niskim poziomie wykształcenia głowy gospodarstwa domowego), wielodzietnością, a także zamieszkaniem w małych ośrodkach miejskich oraz na wsi, szczególnie na obszarach dotkniętych bezrobociem strukturalnym (kategorie zwiększonego ryzyka marginalizacji i wykluczenia społecznego). Największy udział gospodarstw domowych wysokiego ryzyka socjalnego zarejestrowano w powiecie chodzieskim, a także w Lesznie oraz Poznaniu. Najmniejszy ich udział odnotowano w Koninie oraz powiecie konińskim, a także w powiecie słupeckim i kaliskim.

Co siódma osoba w Wielkopolsce korzysta ze świadczeń i usług pomocy społecznej (6,2% ogółu mieszkańców Polski). Wśród beneficjentów pomocy społecznej odnotowano najwięcej: jednoosobowych gospodarstw domowych, osób niepełnosprawnych, wielodzietnych oraz rodzin niepełnych. System pomocy społecznej w województwie wielkopolskim dysponuje znaczącym potencjałem instytucjonalno-organizacyjnym, jednak przestrzenny dostęp do instytucji pomocy społecznej jest nierównomierny. Najlepszymi wskaźnikami nasycenia kadrowego charakteryzują się powiaty: wągrowiecki, nowotomyski i międzychodzki, najniższymi natomiast: wolsztyński, leszczyński i wrzesiński.

Liczba przestępstw popełnionych w Wielkopolsce stanowi 12 ich część popełnionych w kraju (czwarte miejsce wśród innych województw). Najniższe współczynniki przestępczości notowano w powiatach: grodziskim, rawickim, gostyńskim, jarocińskim i pleszewskim; najwyższe zaś w powiatach: poznańskim i mieście Poznaniu, kaliskim i w samym Kaliszu, a także w pilskim i kolskim. Od kilku lat w regionie odnotowuje się wyraźną tendencję spadkową współczynnika przestępstw kryminalnych (12 miejsce w kraju). Podobnie jak w przypadku przestępczości ogólnej, najniższą przestępczością kryminalną legitymują się powiaty: grodziski (68,7 przestępstwa na każde 10 tys. mieszk.), gostyński (69,2) oraz rawicki (83,7). Najwyższe wartości współczynników przestępstw kryminalnych odnotowano w powiatach poznańskim (833,9 przestępstwa na 10 tys. mieszk.) oraz w Poznaniu (383). Zagrożenie ze strony poszczególnych przestępstw w ostatnich trzech latach malało, z wyjątkiem przestępstw związanych z narkotykami. Wzrosło natomiast zagrożenie przestępczością kryminalną z udziałem nieletnich. W przeciwdziałaniu przestępczości obok ścigania sprawców najistotniejszą rolę odgrywa prewencja – adresowana zwłaszcza do młodego pokolenia. Dotyczy to także profilaktyki przestępstw drogowych, których ofiary (ranni) wymagają coraz większych nakładów służących przywracaniu zdrowia i sprawności.

Tabl. 1. Profile demograficzne, społeczno-ekonomiczne oraz zdrowotne – podsumowanie różnicowań międzypowiatowych

Profil	Powiat koniński
<p>Demografia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wysokie, zarówno na tle województwa, jak i badanych powiatów, wskaźniki przyrostu naturalnego i rzeczywistego oraz salda migracji przyczyniają się do zwiększania się liczby ludności powiatu, lagodząc przyszłe skutki starzenia się populacji. 2. Korzystna jest także struktura wieku ludności – odnotowano najwyższy spośród porównywanych jednostek administracyjnych i wysoki na tle Wielkopolski udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ludności ogółem (najwyższe wskaźniki w gminach Krzymów i Wierzbinek – najniższe w gminie Golina i Skulsk). 3. Obciążenie demograficzne ludnością w wieku przedprodukcyjnym osiągnęło wyższe miana niż dane dla województwa, jak i pozostałych badanych jednostek administracyjnych. 4. Najniższy poziom wskaźnika ludności w wieku produkcyjnym odnotowano w Wierzbinku i Grodźcu, natomiast największe wartości tego wskaźnika cechowały Kazimierz Biskupi i Golinę. 5. W przypadku mężczyzn zdecydowanie liczniej reprezentowane są kategorie osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, w populacji kobiet natomiast liczniejsza jest grupa kobiet w wieku poprodukcyjnym: jest ich ponad dwa razy więcej niż mężczyzn (podobnie jak w całym województwie i w innych badanych powiatach). 6. Najniższe wskaźniki wieku poprodukcyjnego rejestrowano w: Starym Mieście, Kazimierzu Biskupim i Golinie, najwyższe zaś w gminach Skulsk i Grodziec. 7. Obciążenie demograficzne ludnością w wieku poprodukcyjnym jest porównywalne do wskaźników odnotowanych dla badanych jednostek samorządu powiatowego oraz w Wielkopolsce – należy jednakże podkreślić, iż odsetek osób w wieku 70 i więcej lat jest jednym z najwyższych w badanych jednostkach administracyjnych (najwyższe współczynniki w gminach Grodziec i Skulsk – najniższe w gminach Stare Miasto i Kazimierz Biskupi) oraz dorównywał poziomowi tego wskaźnika w całym województwie. 8. Wskaźnik liczby zawieranych małżeństw kształtuje się na dość przeciętnym poziomie – jego wartości są nieco niższe niż w województwie. 9. Rośnie co prawda w stosunku do lat wcześniejszych liczba udzielanych rozwodów, ale nadal była ona najniższa w porównaniu do sytuacji w innych powiatach – wskaźnik ten przyjmował wartości poniżej średniej dla Wielkopolski.
<p>Zasoby kadrowe, infrastruktura opieki zdrowotnej, zdrowie mieszkańców</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poziom większości wskaźników infrastruktury systemu opieki zdrowotnej powiatu konińskiego przedstawia się bardzo niekorzystnie. 2. Zarówno wskaźniki charakteryzujące zasoby kadrowe (liczba lekarzy, dentyстів, pielęgniarek i położnych na 10 tys.), jak i te dotyczące infrastruktury instytucjonalnej (liczba mieszkańców przypadająca na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, aptekę), odbiegają poziomem od wartości średnich dla województwa wielkopolskiego. 3. Zdecydowanie najlepszą infrastrukturą systemu opieki zdrowotnej w powiecie legitymuje się miasto Konin – odnotowujemy najwyższy w zestawieniu z innymi miastami powiatu poziom wskaźników liczebności personelu opieki zdrowotnej (wskaźniki wyższe niż średnie dla województwa wielkopolskiego). Ponadto, Konin prezentuje dobre współczynniki liczby ludności przypadającej na zakłady opieki zdrowotnej, apteki oraz liczby łóżek w szpitalach ogólnych na 100 tys. mieszkańców. Na drugim końcu skali lokuje się powiat koniński, na obszarze którego infrastruktura instytucjonalna systemu prezentuje najniższe porównawczo wskaźniki kadrowe, jak również słabo rozwiniętą sieć publicznych zakładów opieki zdrowotnej i relatywnie małą liczbę aptek w stosunku do wielkości populacji. Wartości wskaźników informujących o liczbie mieszkańców przypadających na 1 publiczny i niepubliczny zakład opieki zdrowotnej oraz aptekę odbiegają od wartości średnich dla województwa wielkopolskiego.

Powiat koniński	
Profil	
Zasoby kadrowe infrastruktury systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej*	<p>5. Wskaźniki kadrowe pomocy społecznej powiatu konińskiego zbliżone są do standardów ministerialnych.</p> <p>6. Wskaźnik liczby osób korzystających z pomocy społecznej jest jednym z najwyższych wśród badanych powiatów.</p> <p>7. Powiat koniński zajmuje także ostatnią pozycję wśród pozostałych badanych jednostek administracyjnych pod względem liczby miejsc w placówkach opieki stacjonarnej przypadających na 1 mieszkańca.</p>
Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	<p>1. Powiat koniński zajmuje najniższą pozycję w rankingu potencjału edukacyjnego (obok tureckiego i złotowskiego).</p> <p>2. Brakuje miejsc w przedszkolach i przeciążone są placówki oświatowe w większości typów szkół – utrudniony dostęp do edukacji przedszkolnej i na poziomie ponadpodstawowym mają dzieci i młodzież: (a) ze wsi i miasteczek, (b) rodziców z wykształceniem niższym niż średnie, (c) dzieci i młodzież niepełnosprawna (związana z wsi).</p> <p>3. Powiat koniński wyróżnia wysoki poziom stopy bezrobocia (zwłaszcza wśród kobiet) oraz wskaźnik długotrwałego bezrobocia na tle województwa i pozostałych powiatów biorących udział w badaniu (rys. 10). Odsetek zarejestrowanych bezrobotnych wśród ludności w wieku produkcyjnym jest najmniejszy w gminach Stare Miasto i Rychwał, największy zaś w gminach Wilczyn i Skulsk. W powiecie konińskim odnotowuje się stosunkowo najwięcej bezrobotnych z wykształceniem gimnazjalnym i niższym oraz zasadniczym zawodowym – odsetek długotrwałego bezrobotnych wśród mężczyzn jest znacznie niższy niż wśród kobiet (występuje jednakże tendencja powolnego zmniejszania tej dysproporcji).</p> <p>4. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w powiecie konińskim jest najwyższe spośród wszystkich jednostek administracyjnych poddanych badaniu (poziom wynagrodzenia brutto zbliżony jest do średniej wojewódzkiej).</p> <p>5. Zebrane dane lokują powiat koniński wśród jednostek administracyjnych o słabszej kondycji sytuacji gospodarczej i położenia materialnego ludności.</p>
Poziom przestępczości i bezpieczeństwo publiczne	<p>1. We wszystkich kategoriach przestępstw w powiecie konińskim od wielu lat odnotowuje się najwyższe wartości wskaźników.</p> <p>2. Wysoka i dlatego uciążliwa dla mieszkańców jest liczba przestępstw skierowanych przeciwko mieniu, a w tej grupie przede wszystkim kradzieże i włamania (związana z samochodów) – zwiększa się także wskaźnik ofiar przestępstw wśród osób starszych.</p> <p>3. W strukturze przestępczości nieletnich dominują przestępstwa rozbójnicze, bójki lub pobicia oraz przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Blisko co trzecie przestępstwo z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a co drugie w kategorii przestępstw rozbójniczych zostało popełnione przez nieletniego.</p> <p>4. Przestępstwa drogowe notuje się na poziomie zbliżonym do częstości występowania tego rodzaju zdarzeń także w innych badanych powiatach – jednakże w powiecie konińskim i w samym mieście Koninie częściej niż gdzie indziej ujawniani są pijani kierowcy jako sprawcy wypadków, wyższe niż w innych badanych powiatach są współczynniki rannych w wypadkach drogowych.</p> <p>5. Konin i powiat koniński znajdują się wśród obszarów o najniższym wskaźniku wykrywalności przestępstw.</p>
miasto Leszno	
Demografia	<p>1. Powiat charakteryzuje się niskim na tle pozostałych badanych powiatów wskaźnikiem przyrostu naturalnego.</p> <p>2. Wskazuje niskie obciążenie demograficzne ludnością w wieku przedprodukcyjnym i wysokie ludnością w wieku poprodukcyjnym.</p>

	<p>3. Wskaźnik zawieranych małżeństw jest najniższy na tle pozostałych badanych powiatów, natomiast wskaźnik udzielanych rozwodów jest najwyższy.</p> <p>4. Wskaźnik przyrostu naturalnego plasuje się w granicach przeciętnej dla województwa.</p> <p>5. W powiecie występuje jedna z najniższych wartości salda migracji.</p> <p>6. Przyrost rzeczywisty ludności jest jednym z najniższych i plasuje się dużo poniżej wartości średniej dla województwa.</p> <p>7. Udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ludności ogółem osiągnął najniższą wartość spośród badanych powiatów i jako jedyny w zestawieniu nie przekroczył przeciętnej wartości dla województwa wielkopolskiego.</p> <p>8. Następuje wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym.</p> <p>9. W Lesznie odnotowano najwyższy spośród wszystkich powiatów odsetek mężczyzn w wieku produkcyjnym.</p>
Zasoby kadrowe, infrastruktura opieki zdrowotnej, zdrowie mieszkańców	<p>1. W Lesznie odnotowuje się bardzo wysoką liczbę lekarzy medycyny oraz lekarzy stomatologów przypadających na każde 10 tys. mieszkańców. W zestawieniu ośmiu badanych powiatów jest to wartość zdecydowanie najwyższa.</p> <p>2. Bardzo dobry obraz systemu opieki zdrowotnej wzmacniają współpracujący z ośrodkami kadrowych pielęgniarek i położonych.</p> <p>3. Dobrze w mieście Leszno przedstawia się stan „twardej” infrastruktury niepublicznego systemu opieki zdrowotnej, tzn. liczba mieszkańców przypadająca na 1 niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (zatem najkorzystniejszą) wartość.</p> <p>4. Korzystnie przedstawia się również infrastruktura publicznych zakładów opieki zdrowotnej – liczba mieszkańców przypadających na 1 placówkę tej kategorii należy do najniższych w zestawieniu i korzystnie wyróżnia się na tle całego województwa.</p>
Zasoby kadrowe infrastruktury systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej*	<p>1. Wskaźniki kadrowe pomocy społecznej powiatu konińskiego zbliżone są do standardów ministerialnych.</p> <p>2. Powiat miasta Leszno charakteryzuje się największą liczbą osób niepełnosprawnych, korzystających z pomocy społecznej w ogólnej licznie podopiecznych.</p> <p>3. Powiat miasta Leszno, poza powiatem konińskim, zajmuje niską pozycję wśród pozostałych badanych jednostek administracyjnych pod względem liczby miejsc w placówkach opieki stacjonarnej przypadających na 1 mieszkańca.</p>
Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	<p>1. Powiat miasta Leszno na tle pozostałych badanych jednostek administracyjnych wyróżnia się średnim poziomem stopy bezrobocia. Należy także zwrócić uwagę na relatywnie małe zróżnicowanie płciowe kategorii osób długotrwale bezrobotnych – udział tej kategorii osób zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy wśród mężczyzn jest mniejszy niż w populacji kobiet, ale rozbieżność jest dość mała na tle innych jednostek administracyjnych.</p> <p>2. Struktura bezrobocia według wykształcenia bezrobotnych w Lesznie na tle pozostałych badanych powiatów wyróżnia się niskim udziałem kategorii osób z wykształceniem gimnazjalnym i niższym oraz zasadniczym zawodowym, a także dość wysokim odsetkiem bezrobotnych, którzy zakończyli swoją edukację na poziomie średnim i najwyższym w zestawieniu, szybko wzrastającym odsetkiem absolwentów szkół wyższych.</p> <p>3. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w powiecie miasta Leszno prezentuje się na średniej pozycji spośród wszystkich jednostek administracyjnych poddanych badaniu (poziom wynagrodzenia brutto na trzeciej pozycji do średniej wojewódzkiej).</p>
Poziom przestępczości i bezpieczeństwo publiczne	<p>1. Biorąc pod uwagę liczbę przestępstw na 100 tys. mieszkańców, to powiat miasta Leszno charakteryzuje się jednym z najwyższych wartości wskaźników. Ta jednostka terytorialna najlepiej wypadła pod względem liczby przestępstw kryminalnych na 100 tys. mieszkańców, a także względem liczby przestępstw rozbójniczych na 100 tys. mieszkańców. W Lesznie odnotowano natomiast wysoką przestępczość gospodarczą.</p> <p>2. Powiat miasta Leszno odznacza się najniższym w stosunku do badanych powiatów poziomem wykrywalności sprawców stwierdzonych przestępstw.</p>

Profil	Powiat międzychodzki
Demografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powiat międzychodzki jest najmniejszym z ośmiu powiatów będących przedmiotem badania, największą gminą na jego obszarze jest Międzychód, natomiast najmniejszą Chrzypsko Wielkie. 2. Najwyższy współczynnik przyrostu naturalnego odnotowano w gminach Sieraków i Kwilcz, natomiast najniższą w gminie Chrzypsko Wielkie. 3. Osoby w wieku 70 lat i więcej najliczniej reprezentowane były w populacji gminy Chrzypsko Wielkie, natomiast w gminie Kwilcz najslabiej.
Zasoby kadrowe, infrastruktura opieki zdrowotnej, zdrowie mieszkańców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powiat międzychodzki charakteryzuje się stosunkowo niską liczbą lekarzy przypadających na 100 tys. mieszkańców, znacznie poniżej przeciętnej dla całego województwa. 2. Zarówno wskaźniki charakteryzujące zasoby kadrowe (liczba lekarzy, dentyistów, pielęgniarek i położnych na 10 tys.), jak i te dotyczące infrastruktury instytucjonalnej (liczba mieszkańców przypadająca na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, aptekę) lokują powiat międzychodzki na stosunkowo średniej pozycji w stosunku do pozostałych jednostek terytorialnych biorących udział w badaniu. 3. Powiat międzychodzki przyjmuje korzystną wartość współczynnika infrastruktury farmaceutycznej – liczba mieszkańców przypadających na 1 aptekę. 4. Biorąc pod uwagę kompleksowe dane dotyczące profilu zdrowotnego, powiat międzychodzki w porównaniu z badanymi powiatami charakteryzuje się jednym z najlepszych wskaźników dostępności do systemu opieki zdrowotnej. 5. Powiat międzychodzki pozytywnie wyróżnia się pod względem umieralności na nowotwory ogółem, która jest najniższa spośród badanych powiatów. Niska jest także wartość wskaźnika umieralności ogółem na 100 tys. mieszkańców.
Zasoby kadrowe infrastruktury systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wskaźniki kadrowe pomocy społecznej powiatu międzychodzkiego osiągają najniższą wartość wśród badanych powiatów. 2. Powiat międzychodzki odznacza się jedną z najniższych liczbą osób niepełnosprawnych korzystających z pomocy społecznej w ogólnej liczbie podopiecznych. 3. Powiat międzychodzki zajmuje pierwszą pozycję wśród pozostałych badanych jednostek administracyjnych pod względem liczby miejsc w placówkach opieki stacjonarnej, przypadających na 1 mieszkańca.
Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powiat międzychodzki, na tle województwa i pozostałych badanych jednostek administracyjnych, wyróżnia się stosunkowo niskim poziomem stopy bezrobocia oraz wskaźnikiem długotrwałego bezrobocia. Należy również podkreślić relatywnie małe zróżnicowanie płciowe kategorii osób pozostających bez pracy powyżej 12 miesięcy – udział tej kategorii bezrobotnych wśród mężczyzn jest mniejszy niż w populacji kobiet, ale różnica jest dość mała na tle innych jednostek administracyjnych. 2. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto lokuje powiat międzychodzki na jednej z najniższych pozycji spośród wszystkich jednostek administracyjnych poddanych badaniu (poziom wynagrodzenia brutto jest znacznie niższy niż średnia wojewódzka).
Poziom przestępczości i bezpieczeństwo publiczne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ogólne wskaźniki bezpieczeństwa – liczba przestępstw i liczba przestępstw kryminalnych na 10 tys. mieszkańców na obszarze powiatu międzychodzkiego przyjmowały dość przeciętne, a nawet niskie wartości, co wskazuje, że jest to stosunkowo bezpieczny powiat. 2. Powiat międzychodzki znajduje się wśród obszarów o przeciętnym współczynniku wykrywalności przestępstw.

pleszewski	
Demografia	<p>1. Analiza profilu demograficznego powiatu pleszewskiego wskazuje na dość dobrą sytuację demograficzną w tej jednostce administracyjnej. Relatywnie wysoki wskaźnik przyrostu naturalnego i dość korzystna struktura wiekowa ludności, zarówno na tle pozostałych badanych powiatów, jak i całego województwa wielkopolskiego, sprawiają, że trudno wskazać jednoznacznie obszary mogące powodować zaistnienie poważnych problemów społecznych.</p> <p>2. Niepokojącym zjawiskiem może być dość niska, w porównaniu z innymi powiatami, liczba zawieranych małżeństw oraz znaczący przyrost liczby udzielanych rozwodów.</p> <p>3. W powiecie pleszewskim widoczne są również skutki zjawisk demograficznych, które dotyczą całego kraju – zmniejszenie udziału osób w wieku przedprodukcyjnym i zwiększenie udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem.</p> <p>4. Odsetek osób w wieku 70 i więcej lat plasuje powiat pleszewski poniżej poziomu średniej wojewódzkiej. Kategoria osób powyżej 70. roku życia najliczniej reprezentowana była w gminie Pleszew, natomiast najmniej licznie w gminie Gołuchów.</p>
Zasoby kadrowe, infrastruktura opieki zdrowotnej, zdrowie mieszkańców	<p>1. Infrastruktura systemu opieki zdrowotnej powiatu pleszewskiego na tle pozostałych badanych jednostek terytorialnych jest dość przeciętna. Zestawienie ze wskaźnikami dla województwa wielkopolskiego wskazuje na istnienie obszarów wymagających uwagi i mogących być potencjalnym źródłem problemów społecznych. Zarówno wskaźniki dotyczące dostępności personelu medycznego – liczba lekarzy i stomatologów, jak i infrastruktury medycznej, odbiegają od poziomu cechującego województwo wielkopolskie.</p> <p>2. W spójny zgonów ogółem w powiecie pleszewskim osiąga jedną z najwyższych wartości w województwie wielkopolskim.</p> <p>3. Powiat pleszewski zdecydowanie wyróżnia najniższą w zestawieniu wartość współczynnika nadumieralności mężczyzn.</p>
Zasoby kadrowe infrastruktury systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej*	<p>1. Liczba pracowników socjalnych na 10 tys. mieszkańców w powiecie pleszewskim osiąga jedną z niższych wartości w zestawieniu ośmiu powiatów.</p> <p>2. Wskaźnik liczby osób korzystających z pomocy społecznej był jednym z najwyższych w porównaniu z innymi powiatami.</p> <p>3. Najczęściej przyczynami ubiegania się o pomoc społeczną w powiecie pleszewskim są, w kolejności: (1) bezrobocie, (2) niepełnosprawność intelektualna i fizyczna, (3) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych oraz (4) długotrwała choroba.</p> <p>4. Powiat pleszewski zajmuje jedną z lepszych pozycji wśród pozostałych badanych jednostek administracyjnych pod względem liczby miejsc w placówkach opieki stacjonarnej.</p>
Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	<p>1. Zjawiskami socjoekonomicznymi, które wymagają szczególnej uwagi, są: relatywnie wysoki na tle województwa poziom bezrobocia, najwyższy w porównaniu wskaźnik długotrwałego bezrobocia oraz rażąca dysproporcja pomiędzy występowaniem zjawiska pozostawania bez pracy powyżej 12 miesięcy pomiędzy populacją kobiet i mężczyzn.</p> <p>2. W powiecie pleszewskim małe udziały osób bezrobotnych z najniższym oraz zawodowym wykształceniem, natomiast wzrasta odsetek osób, które zakończyły swoje kształcenie na poziomie średnim i wyższym.</p> <p>3. Niepokojące zjawisko wynika również z zestawienia wskaźników długotrwałego bezrobocia z uwagi na płeć osób pozostających bez pracy. Odsetek długotrwałego bezrobotnych kobiet jest kilkakrotnie wyższy niż długotrwałego bezrobotnych mężczyzn.</p> <p>4. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w powiecie pleszewskim jest jednym z najniższych spośród wszystkich wielkopolskich powiatów.</p>
Poziom przestępczości i bezpieczeństwo publiczne	<p>1. W niemal wszystkich kategoriach przestępstw (poza rozbójami oraz wymuszeniami rozbójniczymi) w powiecie pleszewskim od wielu już lat odnotowuje się najniższe wartości wskaźników przestępczości.</p> <p>2. Z kolei wskaźnik wykrywalności przestępstw kształtuje się na poziomie przeciętnej wojewódzkiej.</p>

Profil	Powiat śremski
Demografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatywnie wysoki wskaźnik przyrostu naturalnego i korzystna struktura wiekowa ludności wyróżniają powiat śremski zarówno na tle pozostałych badanych powiatów, jak i całego województwa wielkopolskiego. 2. Struktura wiekowa ludności ogółem w powiecie śremskim przedstawia się dość korzystnie. Odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym należy wprowadzić do wartości przeciętnych na tle badanych ośmiu powiatów, ale pozytywnie wyróżnia się na tle województwa wielkopolskiego. 3. Sytuacja demograficzna w poszczególnych częściach powiatu śremskiego jest zauważalnie zróżnicowana. Współczynnik liczby osób w wieku przedprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym najwyższy poziom osiąga w gminie Książ Wielkopolski, a najniższy w Śremie. Natomiast wskaźnik obciążenia demograficznego kategorią osób w wieku poprodukcyjnym najniższe wartości przyjmuje w gminie Brodnica, a najwyższe w gminie Dolsk. 4. Obciążenie demograficzne ludnością w wieku poprodukcyjnym jest najniższe w porównaniu do wskaźników odnotowanych dla badanych jednostek samorządu powiatowego oraz w Wielkopolsce. Należy podkreślić również najniższy wśród badanych jednostek administracyjnych odsetek osób w wieku 70 i więcej lat. 5. W powiecie śremskim występuje wysoki wskaźnik zawierania małżeństw oraz przeciętny na tle innych powiatów wskaźnik rozwodów.
Zasoby kadrowe, infrastruktura opieki zdrowotnej, zdrowie mieszkańców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zarówno wskaźniki charakteryzujące zasoby kadrowe (liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek i położnych na 10 tys. mieszk.), jak i te dotyczące infrastruktury instytucjonalnej (liczba mieszkańców przypadająca na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, aptekę) lokują powiat śremski na stosunkowo dobrej pozycji wśród badanych jednostek terytorialnych. 2. W powiecie śremskim mamy do czynienia z wysoką dostępnością do publicznych zakładów opieki zdrowotnej. 3. Powiat śremski charakteryzuje się zdecydowanie najwyższą chorobowością osób dorosłych. 4. Przedmiot szczególnej uwagi w powiecie śremskim powinny stanowić wskaźniki umieralności na nowotwory i choroby układu oddechowego, należące do jednych z najwyższych w województwie.
Zasoby kadrowe infrastruktury systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wskaźnik liczby osób korzystających z pomocy społecznej jest jednym z najniższych wśród badanych powiatów. 2. Najczęściej przyczynami ubiegania się o pomoc społeczną w powiecie śremskim jest bezrobocie oraz niepełnosprawność fizyczna i intelektualna. 3. Powiat śremski zajmuje stosunkowo dobrą pozycję wśród pozostałych badanych jednostek administracyjnych pod względem liczby miejsc w placówkach opieki stacjonarnej przypadających na 1 mieszkańca.
Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powiat śremski wyróżnia jeden z najniższych wśród badanych powiatów poziom stopy bezrobocia oraz niski wskaźnik długotrwałego bezrobocia. 2. Odsetek zarejestrowanych bezrobotnych wśród ludności w wieku produkcyjnym jest najmniejszy w gminach Śrem i Brodnica, największy zaś w gminach Dolsk i Książ Wlkp. 3. W powiecie śremskim szczególnie widocznie małe udziały osób bezrobotnych z wykształceniem zasadniczym zawodowym, natomiast wzrasta odsetek osób, które zakończyły swoje kształcenie na poziomie wyższym. 4. Ponadto, powiat śremski charakteryzuje ponadprzeciętny w porównaniu do innych powiatów poziom miesięcznego wynagrodzenia brutto.

turecki	
Poziom przestępczości i bezpieczeństwa publiczne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powiat średni w większości kategorii przestępstw lokuje się na pozycji średniej wojewódzkiej, wyróżniając się jednocześnie jednym z najniższych współczynników liczby kradzieży i kradzieży z włamaniem. 2. Wykrywalność przestępstw kształtuje się na poziomie zdecydowanie powyżej poziomu dla innych wielkopolskich powiatów.
Demografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. W porównaniu do innych wielkopolskich powiatów w powiecie tureckim odnotowuje się wprowadzie wysoki odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym, ale jednocześnie najwyższe obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym. 2. W powiecie tureckim odnotowano, że odsetek osób w wieku 70 i więcej lat osiąga najwyższą wartość współczynnika w porównaniu do badanych jednostek samorządu powiatowego oraz w Wielkopolsce. 3. Powiat turecki charakteryzuje się stosunkowo wysokim wskaźnikiem zawierania małżeństw, przewyższającym poziom przeciętny dla województwa wielkopolskiego.
Zasoby kadrowe, infrastruktura opieki zdrowotnej, zdrowie mieszkańców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infrastruktura systemu opieki zdrowotnej powiatu tureckiego przedstawia się, na tle pozostałych badanych jednostek, nieco mniej korzystnie. 2. Zarówno współczynniki charakteryzujące zasoby kadrowe, jak i te dotyczące infrastruktury instytucjonalnej lokują powiat turecki w gorszym położeniu od innych powiatów biorących udział w badaniu. 3. W powiecie tureckim zdecydowanie częściej pojawiają się zaburzenia psychiczne związane z nadużywaniem alkoholu. 4. Ponadto uwagę zwracają niepokojąco wysokie wartości wskaźników umieralności na choroby krążenia oraz nowotwory. Powiat turecki zdecydowanie wyróżnia również najwyższa w zestawieniu wartość wskaźnika nadumieralności mężczyzn.
Zasoby kadrowe infrastruktury systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na poziomie średniej dla całego województwa wielkopolskiego kształtuje się dostępność dla mieszkańców miejsc w domach pomocy społecznej.
Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powiat turecki odznacza się dość wysokim poziomem stopy bezrobocia na tle Wielkopolski. 2. Niepokojącym zjawiskiem w powiecie tureckim jest stosunkowo niskie wynagrodzenie miesięczne brutto oraz znaczna dysproporcja pomiędzy odsetkiem długotrwałe bezrobotnych mężczyzn i kobiet; wśród mężczyzn jest on ponad dwukrotnie niższy niż wśród kobiet. 3. Powiat turecki wyróżnia się jednym z najniższych odsetkiem bezrobotnych pozostających bez pracy ponad 12 miesięcy, jego wartość lokuje się również znacznie poniżej poziomu dla całej Wielkopolski. 4. Dodatkowym niekorzystnym czynnikiem przeciętnej kondycji i położenia materialnego jest dość licznie reprezentowana na tle innych jednostek i Wielkopolski kategoria osób bezrobotnych z dyplomem uczelni wyższej.
Poziom przestępczości i bezpieczeństwa publiczne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powiat turecki jest jedną z bezpieczniejszych spośród porównywanych jednostek terytorialnych – wskaźnik liczby przestępstw kształtował się na poziomie niższym od przeciętnej w województwie. 2. Zdecydowanie powyżej przeciętnej kształtuje się liczba przestępstw skierowanych przeciwko mieniu – zwłaszcza kradzieży i włamań. 3. Powiat turecki znajduje się wśród obszarów o bardzo zbliżonym do przeciętnej dla całego województwa poziomie wykrywalności przestępstw.

Profil	Powiat wrzesiński
Demografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. W powiecie wrzesińskim odnotowano dość wysoki, zarówno na tle województwa, jak i badanych powiatów, współczynnik przyrostu naturalnego oraz salda migracji. 2. Struktura wiekowa ludności swoją charakterystyką zbliżona jest do struktury całej Wielkopolski. 3. W powiecie wrzesińskim zmniejsza się udział osób w wieku przedprodukcyjnym, jednocześnie znacząco zwiększa się udział osób w wieku poprodukcyjnym. 4. Obciążenie demograficzne ludnością w wieku poprodukcyjnym jest nieco niższe niż w innych jednostkach terytorialnych. Jednocześnie odsetek osób w wieku powyżej 70 lat kształtuje się na poziomie przeciętnym dla całego województwa. 5. Wskaźnik liczby zawieranych małżeństw w powiecie wrzesińskim osiąga wartość wyższą niż średnio w województwie wielkopolskim. Natomiast liczba rozwodów jest jedną z najniższych wśród wszystkich wielkopolskich powiatów.
Zasoby kadrowe, infrastruktura opieki zdrowotnej, zdrowie mieszkańców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wskaźniki opisujące stan kadrowy systemu opieki zdrowotnej w powiecie wrzesińskim wskazują na znaczne deficyty lekarzy stomatologów. 2. Pod względem infrastruktury systemu opieki zdrowotnej sytuacja w powiecie wrzesińskim kształtuje się na poziomie przeciętnej wojewódzkiej. Szczególnie niekorzystna sytuacja jest w zakresie dostępności publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz dostępności łóżek w szpitalach. 3. W powiecie wrzesińskim odnotowano niskie wskaźniki chorobowości w populacji osób dorosłych, niskie są także wskaźniki umieralności.
Zasoby kadrowe infrastruktury systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wskaźniki zasobów kadrowych instytucji pomocy społecznej lokują powiat wrzesiński na poziomie przeciętnej wojewódzkiej. 2. Do najczęstszych przyczyn ubiegania się o pomoc należy niepełnosprawność fizyczna lub intelektualna, a także bezrobocie. 3. Powiat wrzesiński zajmuje jedną z ostatnich pozycji wśród badanych jednostek administracyjnych pod względem liczby miejsc w placówkach stacjonarnej opieki społecznej.
Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stopa bezrobocia rejestrowanego w powiecie wrzesińskim kształtuje się na poziomie mniej więcej przeciętnej wojewódzkiej. Zauważalne są jednak znaczące dysproporcje we wskaźnikach długotrwałego bezrobocia wśród mężczyzn i kobiet. 2. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto lokuje powiat wrzesiński w środku stawki wszystkich wielkopolskich powiatów.
Poziom przestępczości i bezpieczeństwo publiczne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poziom przestępczości w powiecie wrzesińskim kształtuje się zdecydowanie poniżej średniej dla całego województwa wielkopolskiego. 2. Wyższą wartość wskaźników przestępstw odnotowano w zakresie przestępstw robbery. 3. Powiat wrzesiński zalicza się do powiatów o najniższych wskaźnikach wykrywalności przestępstw.
Demografia	<p style="text-align: center;">złotowski</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. W powiecie złotowskim odnotowano wprawdzie wysoki przyrost naturalny, ale jednocześnie wysokie ujemne saldo migracji. 2. Struktura wiekowa ludności powiatu złotowskiego jest korzystna dzięki wysokiemu udziałowi kategorii osób młodych i stosunkowo niskiemu udziałowi osób najstarszych.

	<p>3. Obciążenie demograficzne ludnością w wieku poprodukcyjnym należy do najniższych wśród wszystkich wielkopolskich powiatów.</p> <p>4. Wskaźniki zawierania małżeństw kształtują się na poziomie przeciętnym dla całej Wielkopolski, wysoki jest jednak poziom liczby rozwodów.</p> <p>1. Infrastruktura systemu opieki zdrowotnej powiatu zlotowskiego na tle pozostałych badanych administracyjnych i całej Wielkopolski jest rozwinięta nieco słabiej od przeciętnej.</p> <p>2. Wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców w powiecie zlotowskim jest niemal dwukrotnie niższy niż wartość odpowiedniej miary dla całego województwa.</p> <p>3. W spólczytnik zgonów w powiecie zlotowskim osiąga dość niskie wartości, zarówno na tle ośmiu badanych powiatów, jak i całego województwa.</p> <p>Ze względu na brak odpowiednich danych niemożliwe jest przedstawienie obrazu sytuacji społecznej w powiecie zlotowskim.</p>
Zasoby kadrowe, infrastruktura opieki zdrowotnej, zdrowie mieszkańców	
Zasoby kadrowe infrastruktury systemu opieki społecznej, klienci pomocy społecznej*	
Bezrobocie i poziom dochodów mieszkańców	<p>1. W powiecie zlotowskim zanotowano najwyższe wartości stopy bezrobocia rejestrowanego.</p> <p>2. Struktura wykształcenia osób bezrobotnych ukazuje, że pozostawanie bez pracy stanowi największy problem wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym, natomiast najmniejszy wśród osób z dyplomem ukończenia uczelni wyższej.</p> <p>3. Wysokość miesięcznych świadczeń w sektorze przedsiębiorstw kształtuje się na poziomie zbliżonym do przeciętnej w województwie wielkopolskim.</p>
Poziom przestępczości i bezpieczeństwo publiczne	<p>1. Poziom przestępczości w powiecie zlotowskim kształtuje się na poziomie przeciętnej wojewódzkiej. Niepokojące jest jednak częste występowanie przestępstw, w wyniku których doszło do spowodowania uszczerbku na zdrowiu, oraz wysoki udział mieszkańców w bójkach lub pobiciach.</p> <p>2. Na poziomie przeciętnym kształtują się także wskaźniki wykrywalności przestępstw.</p>

* Kłopoty z uzyskaniem pełnych i wiarygodnych danych na temat funkcjonowania najistotniejszej z punktu widzenia programów rozwiązywania problemów społecznych instytucji powiatowej stawiają pod znakiem zapytania budowanie w przyszłości nakazanej ustawowo, realnej strategii w tej dziedzinie. Do celów budowy strategii rozwiązywania problemów społecznych, a następnie do weryfikacji jej wdrażania oraz sprawnego zarządzania polityką społeczną na poziomie powiatowym konieczne jest zatem zbudowanie zintegrowanego systemu zbierania, dostępu do danych charakteryzujących ten obszar funkcjonowania powiatów

Profile społeczne kategorii wysokiego ryzyka marginalizacji i wykluczenia społecznego w wielkopolskich powiatach

W większości objętych badaniem aspektów rozkład odpowiedzi na zadawane badanym osobom pytania był umiarkowanie zróżnicowany między powiatami w tym sensie, że nie można owych zróżnicowań ująć w jakiś ogólny schemat typologiczny. Niemniej jednak zróżnicowania te miały znaczenie dla opracowania diagnozy sytuacji społeczno-ekonomicznej odpowiedniej względem profilu poszczególnych powiatów. Szczegółowe analizy zostały przeprowadzone w ramach raportów podsumowujących realizację badań ilościowych z wybranymi kategoriami osób zagrożonych wykluczeniem. Na wyższym poziomie uogólnienia zostały one również uwzględnione w ramach interpretacji stanowiących podstawy budowy strategii. W obecnym kontekście konieczne stało się jednak takie podejście do zgromadzonego materiału, które obejmuje jedynie wybrane charakterystyki badanych kategorii społecznych. O ile w ramach szczegółowych diagnoz prowadzonych na potrzeby powiatowych strategii wykonano analizy porównawcze w perspektywie zarówno międzypowiatowej, jak i międzykategorialnej, to zaprezentowane zostaną tu jedynie streszczające podsumowania tych prac. Ze względu na ograniczenia ramami objętościowymi niniejszej publikacji nie było możliwe przedstawienie pełnego przekroju informacyjnego, jaki zaprezentowano w raportach badawczych oraz strategiach opracowanych dla poszczególnych powiatów.

Punktem wyjścia prowadzonej diagnozy była ocena własnej sytuacji życiowej. Jak wynika z analiz, kategoriami osób, które zadeklarowały stosunkowo najmniejszą liczbę zmian w ich życiu w ciągu ostatniego roku jest młodzież w wieku od 15 do 25 lat, zagrożona wykluczeniem społecznym, oraz osoby powracające po urloпах wychowawczych na rynek pracy. Zgodnie z deklaracjami badanych największa liczba pozytywnych zmian pojawiła się wśród osób po 50. roku życia oraz osób niepełnosprawnych. W każdym z biorących udział w projekcie powiatów, w tej kategorii osób odsetek deklaracji o pozytywnych zmianach zdecydowanie przewyższa wskaźnik negatywnych zmian. Analizie poddane zostały również kwestie natury

zdrowotnej. Najlepiej swój stan zdrowia oraz sprawność fizyczną ocenia młodzież w wieku od 15 do 25 lat, zagrożona wykluczeniem społecznym, osoby opuszczające rodziny zastępcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze oraz inne placówki mające trudności z integracją zawodową i społeczną, a także osoby powracające po urloпах wychowawczych na rynek pracy. Najgorzej pod tym względem oceniają się osoby po 50. roku życia oraz osoby niepełnosprawne. Biorąc pod uwagę typ placówek służby zdrowia, z której najczęściej korzystają badani, odsetek odpowiedzi świadczących o korzystaniu wyłącznie z placówek państwowej służby zdrowia w większości badanych grup prezentuje się na tym samym, dość wysokim poziomie. Stosunkowo najmniejsza liczba takich wskazań pojawia się wśród kategorii osób powracających po urloпах wychowawczych na rynek pracy i w jednym z powiatów nie przekracza 44% odpowiedzi.

W dalszej kolejności diagnozie poddana została samoocena możliwości finansowych respondentów. Najlepiej pod tym względem oceniają się osoby powracające po urloпах wychowawczych na rynek pracy. Natomiast najgorzej swoje możliwości związane z nabywaniem poszczególnych towarów i usług oceniają osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej, uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających, poddające się procesowi leczenia lub będące po jego zakończeniu oraz młodzież w wieku od 15 do 25 lat, zagrożona wykluczeniem społecznym. Najwięcej odpowiedzi świadczących o złym lub bardzo złym poziomie życia pojawiło się wśród kategorii osób niezatrudnionych, korzystających z pomocy społecznej. Najmniejszym wskaźnikiem natomiast odznaczają się osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi. Co ciekawe, największy odsetek wskazań mówiących o dobrym lub bardzo dobrym poziomie życia pojawił się wśród kategorii osób niepełnosprawnych i nie spadł poniżej 46% odpowiedzi respondentów.

Kolejnym przedmiotem zainteresowania była diagnoza rozmiaru poziomu ubóstwa. Z deklaracji wszystkich badanych kategorii osób wynika, iż największy odsetek osób znajdujących się w stanie ubóstwa przez większą część swojego życia znajduje się wśród kategorii osób niezatrudnionych, korzystających z pomocy społecznej oraz młodzieży w wieku od 15 do 25 lat, zagrożonych wykluczeniem społecznym. Najmniejszy wskaźnik tego rodzaju odpowiedzi pojawił się wśród kategorii osób powracających po urloпах wychowawczych na rynek pracy. Z tej grupy w stanie ubóstwa przez większą część życia znajdowały się tylko osoby z powiatu międzychodzkiego i powiatu miasta Leszno (w każdym z powiatów 3,3% badanych).

Analizie poddana została również ocena poczucia bezpieczeństwa respondentów w swoim miejscu zamieszkania. We wszystkich kategoriach osób w badanych powiatach zdecydowana większość w swoim miejscu zamieszkania czuje się bezpiecznie. Wyjątek stanowi kategoria osób niezatrudnionych, korzystających z pomocy społecznej w powiecie pleszewskim, gdzie niebezpiecznie czuje się 71% badanych. Najbardziej jednomyślni pod względem oceny poczucia bezpieczeństwa okazały

się osoby po 50. roku życia. Odsetek pozytywnych wskazań oscylował wokół 20%. W końcowej części każdego raportu opisany został aspekt związany z poczuciem wpływu respondentów na własne życie. Z analiz wynika, iż największy odsetek badanych uważających, iż to, kim są obecnie i jak żyją, zależy w dużym stopniu od ich samych, pojawił się wśród osób opuszczających rodziny zastępcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze oraz inne placówki. Stosunkowo najmniejsza liczba wskazań natomiast występuje w kategorii osób niepełnosprawnych.

Zebrane materiały okazały się niezwykle bogatym źródłem wiedzy o potrzebach, oczekiwaniach oraz sposobie postrzegania problemów społecznych oraz własnej sytuacji życiowej wśród osób wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego. Na potrzeby budowy strategii rozwiązywania problemów społecznych można sformułować następujące wnioski dotyczące natężenia problemów społecznych w badanych powiatach (co ciekawe, w każdym z powiatów występowały, zdaniem badanych, te same problemy społeczne, różnicuje je tylko głębokość, intensywność oraz kolejność priorytetów w ich zwalczaniu):

1. Najczęściej występującymi w badanych powiatach problemami społecznymi są, zdaniem badanych:

- a) bezrobocie ludzi młodych (wskazania od 67,5% w powiecie śremskim do 82,6% w powiecie złotowskim),
- b) bezrobocie osób po 50. roku życia (od 39,0% w powiecie śremskim do 61,2% w powiecie międzychodzkim),
- c) alkoholizm (od 45,6% w powiecie pleszewskim do 57,6% w powiecie międzychodzkim),
- d) problemy mieszkaniowe osób o niskich dochodach (od 35,6% w powiecie śremskim do 58,4% w powiecie grodzkim Leszno),
- e) ubóstwo (od 34,7% w powiecie pleszewskim do 50,8% w powiecie złotowskim).

2. Rządziej badani wskazywali (odsetek wskazań w granicach od kilku do kilkunastu procent) na takie problemy społeczne, jak:

- a) dyskryminacja osób niepełnosprawnych intelektualnie,
- b) dyskryminacja osób powracających z zakładów karnych po zakończeniu kary,
- c) dyskryminacja osób z zaburzeniami psychicznymi,
- d) brak tolerancji religijnej,
- e) samobójstwa,
- f) dyskryminowanie osób o odmiennych preferencjach seksualnych,
- g) żebractwo.

3. Incydentalnie wskazywano natomiast na takie problemy społeczne, jak:

- a) rasizm,
- b) dyskryminacja ze względu na płeć,
- c) prostytutka.

Pogłębiona, porównawcza analiza ocen i cech położenia wśród badanych grup, przeprowadzona we wszystkich powiatach, ujawniła następujące uniwersalne prawidłowości:

1. Jakkolwiek większość badanych przyczyn aktualnej sytuacji i tego, kim są obecnie, upatruje przede wszystkim w sobie i swoim funkcjonowaniu, to jednak wśród tych respondentów, którzy w większym niż pozostali stopniu obwiniali za ten stan rzeczy „świat zewnętrzny” (władze, zły los, opatrność itp.) były w kolejności osoby:

- a) biernie zawodowo, korzystające z pomocy społecznej,
- b) niepełnosprawne,
- c) długotrwale bezrobotne.

2. Intensywnych działań interwencyjnych i monitoringu socjalnego wymagają przede wszystkim osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających, młodzież w wieku od 15 do 25 lat, zagrożona wykluczeniem społecznym, bierni zawodowo korzystający z pomocy społecznej oraz opuszczający rodziny zastępcze i/lub wśród starzejących się mieszkańców powiatu – dość powszechnie sygnalizowano problemy w radzeniu sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym.

3. Osoby powracające po urloпах wychowawczych na rynek pracy oraz nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny trudno uznać za kategorię wysokiego ryzyka socjalnego.

4. W strefie ubóstwa lokują się na ogół przedstawiciele uzależnionych oraz korzystający z pomocy społecznej – okresowo opuszczający rodziny zastępcze i placówki opiekuńczo-wychowawcze, w wieku 50 i więcej lat.

5. Słabym punktem w sieci wsparcia społecznego jest sąsiedztwo – na niewielkie wsparcie ze strony rodziny liczyć mogą: opuszczający rodziny zastępcze, uzależnieni od alkoholu, młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym, klienci pomocy społecznej, rzadziej osoby w wieku 50 i więcej lat.

6. Panuje dość powszechne przekonanie o braku wpływu na bieg spraw publicznych na poziomie gminy/powiatu.

7. Większość respondentów:

- a) sygnalizuje problemy w radzeniu sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym,
- b) nie czuje się gorzej traktowana w placówkach służby zdrowia i we własnym środowisku społecznym (brak poczucia dyskryminacji),
- c) widzi potrzebę wsparcia z zewnątrz – to kategoria uzależnionych od instytucji i otoczenia społecznego.

8. Zdecydowana większość ma poważne trudności w regulowaniu należności z tytułu opłat za czynsz i media, rzadziej – aczkolwiek często – z zakupami żywności i odzieży.

9. Mimo korzystania z pomocy społecznej niezbyt wielu badanych twierdziło, iż żyje w kręgu ubóstwa, natomiast wiele osób żyje w ubóstwie w krótkich okresach i najczęściej sytuacja taka miała miejsce w przeszłości – to zwykle osoby przeko-

nane bardziej niż inni o własnych możliwościach radzenia sobie z trudnościami życiowymi (jednakże przy wsparciu z zewnątrz).

10. Korzystający z pomocy społecznej częściej niż inni upatrywali przyczyn aktualnego położenia i tego, kim są obecnie raczej w sobie, we własnym funkcjonowaniu niż w świecie zewnętrznym.

11. Zdecydowana większość przedstawicieli grup ryzyka socjalnego utrzymuje, że funkcjonuje w kręgu osób znajdujących się w takiej samej lub bardzo podobnej sytuacji materialnej (wyrównane statusy).

Opierając się na danych uzyskanych w trakcie badań empirycznych, skonstruowano także syntetyczne miary* umożliwiające uszeregowanie poszczególnych kategorii wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego, według zagrożenia marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Ranking grup wysokiego ryzyka w poszczególnych powiatach oparty na samoocenie własnej sytuacji życiowej zaprezentowany został w tabeli 1.

T a b e l a 1. Kolejność grup wysokiego ryzyka socjalnego według samooceny sytuacji życiowej

Grupy ryzyka	Powiat								Średnia miejsc
	koniński	m. Leszno	międzychodzki	pleszewski	śremski	turecki	wrześniński	złotowski	
miejsce w rankingu									
1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających	1	1	1	3	1	2	6	1	2,0
2. Osoby niezatrudnione korzystające z pomocy społecznej	3	6	2	1	3	3	1	4	2,9
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym	2	3	5	2	4	7	2	3	3,5
4. Osoby niepełnosprawne	5	4/5	4	5	2	4	3	2	3,7
5. Opuszczający rodziny zastępcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze	4	2	6	8	7	1	4	9	5,1
6. Osoby długotrwale bezrobotne	6	7	3	7	6	6	7	5	5,9

* Poszczególnym wskaźnikom, tzn. odpowiedziom dla poddanych analizie pytań z kwestionariusza wywiadu przypisano punkty (a dla pytań wielowariantowych obliczano średnią z punktów). Kolejne wartości wskaźników (od 0% do 100%) przekształcono na punkty w taki sposób, że: 3 punkty przyznano bardzo wysokim wartościom zmiennej – pow. 50 pp.; 2 punkty przyznano wysokim wartościom zmiennej – od 40 do 49,9 pp.; 1 punkt przyznano średnim wartościom zmiennej – od 30 do 39,9 pp.; 0,5 punkta przyznano niskim wartościom zmiennej – od 20 do 29,9 pp.; 0 punktów przyznano bardzo niskim wartościom zmiennej – poniżej 20 pp., lub wtedy gdy cecha nie występuje.

Grupy ryzyka	Powiat								Średnia miejsc
	koniński	m. Leszno	międzychodzki	plezewski	śremski	turecki	wrześniński	złotowski	
	miejsce w rankingu								
7. Osoby w wieku 50+	7	8	9	4	5	5	5	6	6,1
8. Osoby bierne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnym członkiem rodziny	8	4/5	7	6	8	9	9	8	7,4
9. Osoby powracające po urloпах wychowawczych na rynek pracy	9	9	8	9	9	8	8	7	8,4

Dla każdej grupy ryzyka obliczono średnią arytmetyczną z miejsc zajmowanych w rankingu dla poszczególnych powiatów (ostatnia kolumna tab. 1). Po zliczeniu tych miejsc kolejność kategorii ryzyka marginalizacji i/lub wykluczenia społecznego jest następująca:

1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających.
2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej.
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym.
4. Osoby niepełnosprawne.
5. Opuszczający rodziny zastępcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze.
6. Osoby długotrwale bezrobotne.
7. Osoby w wieku 50+.
8. Osoby bierne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnym członkiem rodziny.
9. Osoby powracające po urloпах wychowawczych na rynek pracy.

Tab e l a 2. Charakterystyka socjoekonomiczna i zdrowotna grup wysokiego ryzyka socjalnego – powiat koniński

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających	<ol style="list-style-type: none"> 1. W większości przypadków są to ludzie mający problemy zdrowotne (zwłaszcza w sferze psychicznej), część ma trudności z pokonywaniem stopni. 2. Żyją od dłuższego czasu w bardzo trudnych warunkach materialnych, bliskich ubóstwu – mają poważne problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych – to wieloletni klienci pomocy społecznej, oczekujący kontynuacji wsparcia społecznego. Najczęściej w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/w złym losie upatrują przyczyn obecnego położenia i bycia tym, kim są obecnie. 3. Nieco częściej niż inni badani wskazują na trudności ze wsparciem ze strony gminy i własnej rodziny – na resztę potencjalnych źródeł wsparcia raczej mogą liczyć. 4. Funkcjonują w kręgu ludzi o takich samych/podobnych warunkach materialnych.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. To wieloletni klienci pomocy społecznej z nadzieją/oczekiwaniem na kontynuowanie wsparcia – żyją w kręgu ubóstwa od dłuższego czasu, mają poważne problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (mieszkanie, żywność, odzież). 2. Na ogół funkcjonują bez problemów zdrowotnych, jednakże są wśród nich osoby gorzej znoszące duży wysiłek fizyczny – to na ogół osoby w pełni sprawne. 3. Mają oparcie w instytucjach i w otoczeniu społecznym – nieco rzadziej mogą jednak liczyć na rodzinę i instytucje powiatowe. 4. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – rzadko, ale odczuwają odmienne traktowanie w środowisku społecznym. 5. Aktualnie nie dostrzegają niekorzystnych zmian w życiu, ale część nie ma poczucia pełnego bezpieczeństwa. 6. Osoby najbardziej spośród wszystkich grup ryzyka socjalnego przekonane, iż główne źródło ich obecnego położenia tkwi w świecie zewnętrznym i losie.
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ludzie dość powszechnie przekonani o braku wpływu na życie zbiorowe – część czuje się gorzej traktowana niż inni obywatele. 2. Rzadko sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – nie mają wystarczającego oparcia w rodzinie, rzadziej mogą także liczyć na przyjaciół – oparciem są głównie instytucje gminno-powiatowe i organizacje społeczne. 3. Gospodarstwa domowe żyją bardzo skromnie i napotykać na duże kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media, trudności sprawiają im także zakupy żywności oraz odzieży i obuwia – okresowo zdarza się, że wpadają w spiralę ubóstwa, na ogół korzystają z pomocy społecznej i liczą na dalsze wsparcie. 4. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym.
4. Osoby niepełnosprawne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo niska samoocena stanu zdrowia – ograniczenia sprawności dotyczą głównie pokonywania stopni i poruszania się w domu oraz poza mieszkaniem. 2. Mają większą niż inni skłonność, by poza sobą w świecie zewnętrznym/losie upatrywać przyczyn obecnego położenia – są w wielu przypadkach przekonani o braku wpływu na sprawy powiatu/gminy. 3. Rzadziej niż inni sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu oraz brak oparcia w otoczeniu społecznym (zwłaszcza ze strony sąsiadów) – nieco większe nadzieje w tej kwestii wiążą z rodziną, instytucjami gminnymi i organizacjami społecznymi. 4. Rzadko lokują siebie w strefie ubóstwa – żyją jednakże skromnie i mają duże kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media, trudności sprawiają im także zakupy żywności oraz odzieży i obuwia. 5. Rzadziej korzystają z pomocy społecznej, ale uważają, iż takowa byłaby potrzebna; rzadziej też uważają, iż są gorzej traktowani przez otoczenie. 6. Żyją w otoczeniu ludzi o różnicowanym statusie materialnym, czują się raczej bezpiecznie.
5. Opuszczający rodziny zastępcze/placówki opiekuńczo-wychowawcze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dość powszechnie postrzegają niekorzystne zmiany w swoim życiu – nie czują się przy tym obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie. 2. Część choruje przewlekłe, co trwale obniża zdolność do działania. 3. Nie sygnalizują trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych (wyjątek: opłaty za mieszkanie i media), są jednakże w przeważającej części klientami pomocy społecznej, ale nie oczekują takiego wsparcia w przyszłości. 4. Żyją wśród ludzi o takim samym/podobnym statusie materialnym, czują się w swoim otoczeniu raczej bezpiecznie. 5. Częściej niż inni skłonni są upatrywać przyczyn obecnego położenia poza sobą, w świecie zewnętrznym/losie.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
6. Osoby długotrwale bezrobotne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ludzie nieco bezradni wobec sytuacji, w jakiej się znaleźli – nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne, częściej niż przedstawiciele innych kategorii ryzyka poszukiwali głównych winowajców obecnego położenia poza sobą, w świecie zewnętrznym i w złym losie. 2. Wykazują dość dużo niekorzystnych zmian w stanie zdrowia, zachowując jednakże pełną sprawność. 3. Żyją skromnie, rzadko spotyka się osoby żyjące w ubóstwie – ludzie ci mają jednak poważne kłopoty z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (w kolejności: mieszkanie, odzież, żywność). 4. To w sporej części klienci pomocy społecznej zmuszeni, z uwagi na sytuację, w jakiej się znaleźli, do zabiegania o kontynuowanie wsparcia. 5. Żyją w kręgu ludzi takich jak oni – mogą liczyć na rodzinę i przyjaciół, rzadziej na instytucje lokalne (w tym na sąsiadów, organizacje pozarządowe oraz społeczność parafialną).
7. Osoby w wieku 50+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich położenie w dużym stopniu określa zły stan zdrowia i częściowa utrata sprawności. 2. Żyją na ogół na średnim poziomie, co nie chroni ich przed kłopotami w opłacaniu kosztów mieszkania i mediów, nieco rzadziej żywności – tylko w wyjątkowych przypadkach zdarza im się przez pewien czas funkcjonować w kręgu ubóstwa, jednakże w swojej masie nie są to klienci pomocy społecznej, nie widzą także potrzeby zabiegania o takie wsparcie. 3. Głównych przyczyn obecnego położenia poszukiwali głównie w sobie, a nie w świecie zewnętrznym i złym losie – rzadko, ale pojawiały się narzekania na brak możliwości wsparcia ze strony rodziny i lokalnych podmiotów pomocowych oraz sąsiedztwa i społeczności parafialnej, wyjątek stanowią instytucje gminne. 4. W ich otoczeniu znajdują się na ogół ludzie o takim samym statusie materialnym – rzadko sygnalizują brak poczucia bezpieczeństwa.
8. Osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – to osoby o pogarszającym się stanie zdrowia, ale z zachowaną na ogół sprawnością. 2. Żyją na średnim poziomie, skromnie, z koniecznością oszczędzania – największe trudności sprawiają im opłaty mieszkaniowe, rzadziej wydatki na żywność i odzież. 3. Częściej niż pozostali poszukiwali głównych winowajców obecnego położenia poza sobą, w świecie zewnętrznym i w złym losie. 4. Na ogół nie korzystają z pomocy społecznej, ale pewna część z uwagi na warunki życiowe widzi potrzebę jakiejś formy pomocy. 5. W otoczeniu mają osoby o takim samym/podobnym statusie materialnym.
9. Osoby powracające po urlopach wychowawczych na rynek pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Częściej niż inni winili świat zewnętrzny i los za obecne położenie – nie mają także poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie. 2. Pojawiają się w coraz większej liczbie osoby sugerujące większą podatność na zachorowania oraz pogarszanie się stanu zdrowia, przy zachowaniu sprawności. 3. Żyją w gospodarstwach domowych o skromnych zasobach finansowych – jeśli mają kłopoty z wydatkami, to przede wszystkim z opłacaniem kosztów mieszkania, rzadziej z zakupem odzieży. 4. Mimo okresowego korzystania z pomocy społecznej zdecydowana większość nigdy nie znalazła się na granicy ubóstwa. 5. W większości przypadków mogą liczyć na wsparcie ze strony rodziny i otoczenia społecznego – nieco słabszym ogniwem są w tym przypadku sąsiedztwo oraz placówki powiatowe i gminne. 6. W otoczeniu społecznym w zdecydowanej większości znajdują się ludzie o takim samym/podobnym statusie materialnym.

Tabela 3. Charakterystyka socjoekonomiczna i zdrowotna grup wysokiego ryzyka socjalnego – powiat m. Leszno

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo rzadko sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – w większości przypadków w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie. 2. Utrzymują, że nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie, ale czują się też gorzej traktowanymi przez otoczenie. 3. To osoby z pogarszającym się stanem zdrowia (zwłaszcza w sferze psychicznej), na ogół w pełni sprawne, rzadko tylko napotykające na trudności w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych. 4. Od dłuższego czasu żyją w bardzo trudnych warunkach materialnych, duża część żyje aktualnie w ubóstwie, stąd też ludzie ci mają poważne problemy z zaspokajaniem wszystkich potrzeb podstawowych – to wieloletni klienci pomocy społecznej, oczekujący kontynuacji wsparcia społecznego. 5. Na ogół mogą liczyć na wszystkie potencjalne źródła wsparcia w swoim otoczeniu – wyjątek: czasami wskazują na trudności z otrzymaniem wsparcia ze strony gminy. 6. Funkcjonują w kręgu ludzi żyjących w podobnych warunkach materialnych.
2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. To wieloletni klienci pomocy społecznej z nadzieją/oczekiwaniem na kontynuowanie wsparcia – czasami dotyka ich ubóstwo, na ogół jednak żyją skromnie, mając poważne problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (mieszkanie, żywność, odzież). 2. Sygnalizujący narastające problemy zdrowotne, na ogół sprawni (pewne kłopoty rodzi chodzenie po schodach oraz wykonywanie czynności w pochyleniu) – poważniejsze kłopoty mają z radzeniem sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym. 3. Na ogół mogą liczyć na wsparcie lokalnych instytucji (wyjątek: instytucje gminne i powiatowe) oraz otoczenia społecznego. 4. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – rzadko, ale odczuwają odmienne traktowanie w środowisku społecznym. 5. Bardzo rzadko sygnalizują niekorzystne zmiany w życiu, ale duża część nie ma poczucia pełnego bezpieczeństwa. 6. Osoby na ogół częściej niż inni badani przekonane, iż przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, należy upatrywać w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie i własnym funkcjonowaniu.
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zdecydowana większość przekonana o braku wpływu na bieg spraw publicznych – znacznie częściej niż inni badani w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia. 2. To na ogół ludzie zdrowi i sprawni – pewne kłopoty rodzą jednakże sytuacje stresowe i obciążenia psychiczne. 3. Rzadko sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu. 4. Gospodarstwa domowe żyją bardzo skromnie, napotykając na duże kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media – trudności sprawiają także zakupy odzieży i obuwia, rzadziej żywności (okresowo zdarza się, że popadają w ubóstwo), na ogół korzystają z pomocy społecznej i duża część oczekuje dalszego kontynuowania wsparcia z zewnątrz. 5. Nie mają wystarczającego oparcia w rodzinie i instytucjach samorządu gminnego i powiatowego, liczyć mogą natomiast na przyjaciół oraz wszystkie pozostałe lokalne podmioty wspierające.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
	6. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – nie czują, że traktowani są inaczej niż pozostali mieszkańcy, czują się bezpieczni w swoim otoczeniu.
4. Osoby niepełnosprawne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo niska samoocena stanu zdrowia – ograniczenia sprawności dotyczą głównie pokonywania stopni, rzadziej poruszania się w domu i poza mieszkaniem. 2. Głównie w sobie, nie zaś w świecie zewnętrznym/w złym losie upatrują przyczyn obecnego położenia, ale w większości przypadków są przekonani o braku wpływu na sprawę powiatu/gminy. 3. Rzadziej niż inni sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu oraz brak oparcia w otoczeniu społecznym (zwłaszcza ze strony sąsiadów) – nieco większe nadzieje w tej kwestii wiążą z rodziną, instytucjami gminnymi i organizacjami społecznymi. 4. Nie lokują siebie w strefie ubóstwa, żyją skromnie i mają kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media oraz dokonywaniem zakupów odzieży, rzadziej żywności. 5. Incydentalnie korzystają z pomocy społecznej, jednakże widzą potrzebę wsparcia z zewnątrz. 6. Żyją w otoczeniu ludzi o zróżnicowanym statusie materialnym, czują się raczej bezpiecznie, nie mają poczucia bycia gorzej traktowanymi przez otoczenie niż inni.
5. Opuszczający rodziny zastępcze/ placówki opiekuńczo-wychowawcze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rzadko postrzegają niekorzystne zmiany w swoim życiu, aczkolwiek sygnalizują pogorszenie się stanu zdrowia (zwłaszcza w sferze psychicznej), przy zachowanej sprawności. 2. Żyją bardzo skromnie, mają trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych (część dotyka ubóstwo), stąd też w przeważającej części są klientami pomocy społecznej i oczekują takiego wsparcia w przyszłości. 3. Na ogół mają oparcie w instytucjach i w otoczeniu społecznym – nieco rzadziej mogą jednak liczyć na wsparcie instytucji powiatowych i gminnych oraz organizacji społecznych. 4. Żyją wśród ludzi o takim samym/podobnym statusie materialnym, nie czują się w swoim otoczeniu zbyt bezpiecznie. 5. Częściej niż przedstawiciele innych kategorii ryzyka poza sobą, w świecie zewnętrznym/w złym losie upatrują przyczyn obecnego położenia – nie czują się przy tym obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie.
6. Osoby długotrwale bezrobotne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mimo długotrwałego pozostawania bez pracy nie dostrzegają szczególnie niekorzystnych zmian w życiu, jednak nie czują się w pełni bezpieczni. 2. Niezbyt dobrze oceniają własny stan zdrowia (problemy rodzi stres i przeciążenie psychiczne), zachowują jednakże pełną sprawność – nie mają poczucia gorszego traktowania w placówkach służby zdrowia. 3. Żyją na średnim poziomie i skromnie, bardzo rzadko wśród tej kategorii grup ryzyka socjalnego spotyka się osoby żyjące w ubóstwie – ludzie ci mają jednak trudności z podstawowymi wydatkami na mieszkanie, odzież, żywność. 4. Rzadko korzystają z pomocy społecznej, uważają jednakże, iż z uwagi na sytuację, w jakiej się znaleźli, konieczne byłoby jakieś wsparcie. 5. Żyją w kręgu ludzi takich jak oni – bywa, że nie mogą liczyć na rodzinę oraz instytucje lokalne (zwłaszcza na sąsiadów i gminę). 6. Nie mają poczucia wpływu na sprawę publiczną, ale przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, upatrują nie tyle w świecie zewnętrznym/losie, co w sobie i we własnym funkcjonowaniu.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
7. Osoby w wieku 50+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich położenie obecne/przyszłe w dużym stopniu określa zły stan zdrowia i pojawiające się oznaki utraty sprawności. 2. Żyją na średnim poziomie, co nie chroni ich przed kłopotami w opłacaniu kosztów mieszkania i mediów oraz zakupu odzieży, nieco rzadziej żywności – pewna część czasami funkcjonuje w sferze ubóstwa. 3. Nie są to na ogół klienci pomocy społecznej, rzadko widzą potrzebę uzyskania jakiejś formy pomocy z uwagi na aktualny stan zdrowia i warunki życiowe. 4. Są częściej przekonani, iż w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrywać należy przyczyn ich obecnego położenia – sugerowano jednakże brak wsparcia ze strony rodziny i podmiotów gminno-powiatowych. 5. W ich otoczeniu znajdują się na ogół ludzie o takim samym statusie materialnym – co prawda rzadko, ale sygnalizują brak poczucia bezpieczeństwa.
8. Osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rzadko dostrzegają niekorzystne zmiany w swoim w życiu, nie mają poczucia pełnego bezpieczeństwa – nie czują się obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie, ale przede wszystkim w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia. 2. To osoby postrzegające niewielkie na ogół zmiany w stanie zdrowia (nieco większe w sferze psychicznej), z zachowaną na ogół sprawnością. 3. Żyją na średnim poziomie – trudności sprawiają opłaty mieszkaniowe, rzadziej wydatki na żywność i odzież. Rzadko korzystają z pomocy społecznej, niewielu widzi potrzebę otrzymania jakiejś formy wsparcia z zewnątrz – w swoim otoczeniu mają osoby o takim samym/podobnym statusie.
9. Osoby powracające po urlopach wychowawczych na rynek pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. W wielu przypadkach zgłaszają pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie, ale przyczyn ich położenia upatrują nie tyle w świecie zewnętrznym/losie, co w sobie i we własnym funkcjonowaniu. 2. Na ogół nie zgłaszają zaburzeń w stanie zdrowia i sprawności – gorzej niż inni badani znoszą jednakże ból i pojawiające się dolegliwości. 3. Żyją w gospodarstwach domowych o średnim statusie materialnym, ale muszą oszczędnie gospodarować zasobami finansowymi – nie mają kłopotów z opłacaniem kosztów mieszkania, zakupu żywności oraz odzieży i obuwia. 4. Mimo okresowego korzystania z pomocy społecznej zdecydowana większość nigdy nie znalazła się na granicy ubóstwa – nie widzą też potrzeby jakiejś formy wsparcia aktualnie i w przyszłości. 5. W zdecydowanej większości mogą liczyć na pomoc ze strony rodziny i przyjaciół – nieco słabszym ogniwem w sieci wsparcia jest w tym przypadku sąsiedztwo oraz gmina. 6. W otoczeniu społecznym w zdecydowanej większości znajdują się ludzie o takim samym/podobnym statusie materialnym.

Tabela 4. Charakterystyka socjoekonomiczna i zdrowotna grup wysokiego ryzyka socjalnego – powiat międzychodzki

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sygnalizujący dość duże, niekorzystne zmiany w życiu – w większości przypadków jednostki te w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/w losie upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie. 2. To osoby z problemami zdrowotnymi (zwłaszcza w sferze psychicznej), napotykające na trudności w pokonywaniu stopni oraz w wykonywaniu czynności w pochyleniu. 3. Od dłuższego czasu żyją w bardzo trudnych warunkach materialnych, okresowo w ubóstwie – mają poważne problemy z zaspokajaniem wszystkich potrzeb podstawowych – to wieloletni klienci pomocy społecznej, oczekujący kontynuacji wsparcia społecznego. 4. Na ogół mogą liczyć na potencjalne źródła wsparcia w swoim otoczeniu, jednakże nieco częściej niż inni badani wskazują na trudności z otrzymaniem wsparcia od własnej rodziny i sąsiadów. 5. Funkcjonują w kręgu ludzi żyjących w podobnych warunkach materialnych.
2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. To wieloletni klienci pomocy społecznej z nadzieją/oczekiwaniem na kontynuowanie wsparcia – żyją w kręgu ubóstwa od dłuższego czasu, mają poważne problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (mieszkanie, żywność, odzież). 2. Na ogół z poważnymi problemami zdrowotnymi – sygnalizują poważne trudności w wykonywaniu czynności w pochyleniu, a także kłopoty z pokonywaniem stopni. 3. Na ogół mogą liczyć na wsparcie lokalnych instytucji (wyjątek – instytucje gminne) i otoczenia społecznego (wyjątek – rodzina). 4. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – rzadko, ale odczuwają odmienne traktowanie w środowisku społecznym. 5. Rzadko sygnalizują niekorzystne zmiany w życiu, ale duża część nie ma poczucia pełnego bezpieczeństwa. 6. Osoby na ogół przekonane, iż przyczyny ich położenia i tego, kim są, tkwią nie tyle w świecie zewnętrznym/losie, co w nich samych i ich własnym funkcjonowaniu.
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ludzie dość powszechnie przekonani o braku wpływu na życie zbiorowe, ale nie czują się gorzej traktowani niż inni obywatele. 2. Znacznie częściej w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/w losie upatrują przyczyn obecnego położenia i bycia tym, kim są obecnie. 3. Rzadko sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – twierdzą jednakże, iż gorzej niż inni znoszą stres i obciążenia psychiczne. 4. Częściej niż inni badani nie mają oparcia w rodzinie, rzadziej mogą także liczyć na przyjaciół – zaplecze ich wsparcia społecznego są głównie instytucje gminno-powiatowe, społeczność parafialna i organizacje społeczne. 5. Gospodarstwa domowe żyją bardzo skromnie, napotykają na duże kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media, trudności sprawiają im także zakupy żywności oraz odzieży i obuwia – okresowo zdarza się, że wpadają w spiralę ubóstwa, na ogół korzystają z pomocy społecznej i liczą na dalsze wsparcie. 6. W większości przypadków żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie.
4. Osoby niepełnosprawne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo niska samoocena stanu zdrowia – duże ograniczenia sprawności. 2. Znacznie częściej niż pozostali badani przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie, upatrują poza sobą, w świecie zewnętrznym/losie – bardzo wielu jest przekonanych o braku wpływu na sprawy powiatu/gminy.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Rzadziej niż inni sygnalizują pojawienie się innych niż niesprawność niekorzystnych zmian w życiu. 4. Mają poczucie braku oparcia w otoczeniu społecznym (zwłaszcza ze strony sąsiadów, przyjaciół i instytucji powiatowych). 5. Nie postrzegają siebie jako żyjących w strefie ubóstwa – żyją jednakże skromnie, mają kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media, trudności sprawiają im także zakupy żywności oraz odzieży i obuwia. 6. Rzadko korzystają z pomocy społecznej, ale uważają, iż takowa byłaby potrzebna; nie uważają, by byli gorzej traktowani w placówkach służby zdrowia – czują się raczej bezpiecznie. 7. Żyją w otoczeniu ludzi o zróżnicowanym statusie materialnym.
5. Opuszczający rodziny zastępcze/ placówki opiekuńczo-wychowawcze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dość powszechnie dostrzegają niekorzystne zmiany w swoim życiu – nie czują się przy tym obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie, nie dostrzegają jednak odmiennego traktowania ze strony otoczenia. 2. Nisko oceniają swój stan zdrowia, lecz na ogół zachowują pełną sprawność. 3. Sygnalizują trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych (opłaty za mieszkanie i media, kupowanie odzieży i żywności). 4. Rzadziej niż inni badani lokują siebie w strefie ubóstwa, jednakże na ogół są klientami pomocy społecznej i oczekują takiego wsparcia w przyszłości. 5. Żyją wśród ludzi o takim samym/podobnym statusie materialnym, czują się w swoim otoczeniu raczej bezpiecznie. 6. W sobie, nie zaś w świecie zewnętrznym/losie upatrują głównych przyczyn obecnego i przyszłego położenia.
6. Osoby długotrwale bezrobotne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mimo długotrwałego pozostawania bez pracy nie dostrzegają innych niekorzystnych zmian w życiu, jednakże nie czują się w pełni bezpieczni. 2. Wykazują postępujące zmiany w stanie zdrowia, zachowując pełną sprawność (poza wykonywaniem czynności w pochyleniu) – część ma poczucie gorszego traktowania w placówkach służby zdrowia. 3. Żyją skromnie, rzadko wśród tej kategorii grup ryzyka socjalnego spotyka się osoby żyjące w ubóstwie – ludzie ci mają jednak trudności z podstawowymi wydatkami na mieszkanie, odzież, żywność. 4. To w zdecydowanej większości klienci pomocy społecznej zmuszeni, z uwagi na sytuację, w jakiej się znaleźli, do zabiegania o kontynuowanie wsparcia. 5. Żyją w kręgu ludzi takich jak oni – mogą liczyć na rodzinę i przyjaciół, rzadziej na instytucje lokalne (w tym na sąsiadów, organizacje pozarządowe oraz społeczność parafialną). 6. Nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne, mają świadomość, iż na ogół źródeł obecnego położenia należy upatrywać także w sobie, ale częściej niż inni lokalizują je także poza sobą, w świecie zewnętrznym/losie.
7. Osoby w wieku 50+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich położenie obecnie w dużym stopniu określa zły stan zdrowia i pojawiające się oznaki utraty sprawności. 2. Żyją skromnie i oszczędnie, co nie chroni ich przed kłopotami w opłacaniu kosztów mieszkania i mediów oraz zakupu odzieży, nieco rzadziej żywności – rzadko zdarza się przez pewien tylko czas funkcjonować w kręgu ubóstwa. 3. Jakkolwiek nie są to klienci pomocy społecznej, to jednak widzą potrzebę uzyskania jakiejś formy wsparcia z zewnątrz.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
	<p>4. Częściej niż pozostali badani poza sobą, w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia – sygnalizują brak możliwości wsparcia ze strony podmiotów pomocowych oraz sąsiedztwa, rzadziej rodziny i przyjaciół.</p> <p>5. W ich otoczeniu na ogół znajdują się ludzie o takim samym statusie – rzadko sygnalizują brak poczucia bezpieczeństwa.</p>
<p>8. Osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny</p>	<p>1. Sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu, nie mają poczucia pełnego bezpieczeństwa – nie czują się obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie.</p> <p>2. To osoby o pogarszającym się stanie zdrowia, ale z zachowaną na ogół sprawnością.</p> <p>3. Żyją na średnim poziomie, skromnie, z koniecznością oszczędzania – największe trudności sprawiają opłaty mieszkaniowe, rzadziej wydatki na żywność i odzież.</p> <p>4. Jakkolwiek żyją na średnim poziomie, to aktualne warunki materialne powodują, że korzystają z pomocy społecznej – duża część widzi potrzebę otrzymania pomocy z zewnątrz.</p> <p>5. Częściej niż inni przyczyn obecnego stanu rzeczy upatrują poza sobą, w świecie zewnętrznym/w złym losie.</p> <p>6. W otoczeniu mają osoby o takim samym/podobnym statusie materialnym.</p>
<p>9. Osoby powracające po urlopach wychowawczych na rynek pracy</p>	<p>1. W większości przypadków zgłaszają pojawienie i utrzymywanie się niekorzystnych zmian w życiu – nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie, jednakże głównych źródeł obecnej sytuacji poszukują raczej w sobie niż w świecie zewnętrznym/losie.</p> <p>2. Na ogół nie zgłaszają zaburzeń w stanie zdrowia – gorzej niż inni badani znoszą jednakże stres i obciążenia psychiczne.</p> <p>3. Żyją w gospodarstwach domowych o średnim statusie materialnym – jeśli mają kłopoty z wydatkami, to przede wszystkim z opłacaniem kosztów mieszkania, rzadziej w zakupem żywności.</p> <p>4. Mimo okresowego korzystania z pomocy społecznej zdecydowana większość nigdy nie znalazła się na granicy ubóstwa – widzą jednak potrzebę jakiejś formy wsparcia aktualnie i w przyszłości.</p> <p>5. W zdecydowanej większości przypadków mogą liczyć na pomoce ze strony rodziny i przyjaciół – nieco słabszymi ogniwami w sieci wsparcia w tym przypadku są: sąsiedztwo, społeczność parafialna, organizacje pozarządowe oraz placówki powiatowe i gminne.</p> <p>6. W otoczeniu społecznym w zdecydowanej większości znajdują się ludzie o takim samym/podobnym statusie materialnym.</p>

Tabela 5. Charakterystyka socjoekonomiczna i zdrowotna grup wysokiego ryzyka socjalnego – powiat pleszewski

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo często sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – częściej niż inni w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie, nie mają jednakże poczucia braku możliwości wpływania na bieg spraw publicznych w gminie/powiecie. 2. To osoby o złym stanie zdrowia (zwłaszcza w sferze psychicznej), napotykające na trudności w poruszaniu się w mieszkaniu i poza domem oraz w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych. 3. Żyją w skromnych warunkach materialnych, nawet w ubóstwie – aktualnie ludzie ci nie mają większych trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych – rzadko bywali/bywają klientami pomocy społecznej, jednakże oczekują jakiejś formy wsparcia społecznego. 4. Poza rodziną na ogół mogą liczyć na pozostałe potencjalne źródła wsparcia w swoim otoczeniu – wyjątek: czasami wskazują na trudności z otrzymaniem wsparcia ze strony gminy. 5. Funkcjonują w kręgu ludzi żyjących w podobnych warunkach materialnych, ale czują się gorzej traktowani przez otoczenie.
2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na ogół z poważnymi problemami zdrowotnymi, ale sprawni – niewielu napotyka na trudności w poruszaniu się w domu i poza mieszkaniem. 2. To w zdecydowanej większości wieloletni klienci pomocy społecznej z nadzieją/oczekiwaniem na kontynuowanie wsparcia – żyją w kręgu ubóstwa, od dłuższego czasu mają poważne problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (mieszkanie, żywność, odzież). 3. Na ogół mogą liczyć na pomoc w instytucjonalnej sieci wsparcia (wyjątek: instytucje gminne i powiatowe) i w otoczeniu społecznym (wyjątek: rodzina). 4. Aktualnie nie dostrzegają niekorzystnych zmian w życiu, ale zdecydowana większość nie ma poczucia pełnego bezpieczeństwa. 5. Osoby na ogół przekonane, iż przyczyny ich położenia i tego, kim są obecnie, tkwią nie tyle w świecie zewnętrznym/losie, co w nich samych i w ich własnym funkcjonowaniu. 6. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – rzadko, ale odczuwają odmienne traktowanie w środowisku społecznym.
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym	<ol style="list-style-type: none"> 1. Większość przekonana o możliwości wywierania wpływu na bieg spraw publicznych w gminie/powiecie – znacznie częściej w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia. 2. To na ogół ludzie zdrowi i sprawni – bardzo rzadko sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu. 3. Żyją skromnie. Gospodarstwa domowe, w których żyją, napotykają na duże kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media, trudności sprawiają także zakupy odzieży i obuwia, rzadziej żywności (okresowo zdarza się, że funkcjonują w kręgu ubóstwa). 4. Gospodarstwa domowe na ogół korzystają z pomocy społecznej i duża część badanych jest przekonana o konieczności dalszego kontynuowania wsparcia z zewnątrz. 5. Nie mają wystarczającego oparcia w rodzinie, wśród przyjaciół oraz w instytucjach samorządu powiatowego, natomiast mogą liczyć na sąsiadów i gminę. 6. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – nie mają poczucia odmiennego traktowania w społeczności, nie czują się jednak całkowicie bezpieczni w swoim otoczeniu.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
4. Osoby niepełnosprawne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo rzadko sygnalizują pojawienie się nowych, niekorzystnych zmian w życiu, ale są to osoby o bardzo niskiej samoocenie zdrowia oraz o dużym ograniczeniu sprawności. 2. Częściej niż inni przyczyni obecne położenie upatrują w świecie zewnętrznym/losie niż w sobie, ale w większości przypadków są oni przekonani o możliwości wywierania wpływu na władze samorządowe. 3. Część badanych deklaruje brak silniejszego oparcia w otoczeniu społecznym (zwłaszcza ze strony przyjaciół). 4. Nie lokują siebie w strefie ubóstwa – żyją jednakże skromnie i jak większość osób z grup ryzyka socjalnego mają kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media oraz dokonywaniem zakupów odzieży. 5. Żyją w otoczeniu ludzi o zróżnicowanym statusie materialnym, lecz nie czują się w pełni bezpieczne – nie mają jednakże poczucia bycia gorzej traktowanymi przez otoczenie niż inni.
5. Opuszczający rodziny zastępcze/placówki opiekuńczo-wychowawcze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Większość nie dostrzega szczególnie niekorzystnych zmian w swoim życiu – nie czują się obywatelami bez wpływu na bieg spraw w powiecie/gminie, nie dostrzegają także odmiennego traktowania ze strony otoczenia. 2. Wysoko oceniają swój stan zdrowia i sprawności. 3. Rzadziej niż inni badani zgłaszają trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych (opłaty za mieszkanie i media, kupowanie odzieży i żywności). 4. Żyją w skromnych warunkach, bywa że w ubóstwie, na ogół są klientami pomocy społecznej, ale niewielka część tej kategorii ryzyka socjalnego oczekuje jakiejś formy wsparcia. 5. Żyją wśród ludzi o takim samym/podobnym statusie materialnym, czują się w swoim otoczeniu raczej bezpiecznie – w sobie, nie zaś w świecie zewnętrznym/losie upatrują głównych przyczyn swego położenia i tego, kim są.
6. Osoby długotrwale bezrobotne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ludzie nieco zakłopotani sytuacją, w jakiej się znaleźli – pojawiają się kłopoty ze zdrowiem, częściej niż przedstawiciele innych kategorii ryzyka poszukiwali głównych winowajców obecnego położenia poza sobą, w świecie zewnętrznym i w złym losie, nie mają także poczucia możliwości wpływania na sprawy publiczne w powiecie/gminie. 2. To w większości przypadków osoby, które zachowały pełną sprawność. 3. Żyją skromnie, bardzo rzadko spotyka się osoby żyjące w ubóstwie – ludzie ci mają jednak poważne kłopoty z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (w kolejności: mieszkanie, odzież, żywność). 4. Jakkolwiek niewielka ich część korzysta z pomocy społecznej, to jednak z uwagi na sytuację, w jakiej się znaleźli, oczekują jakiejś formy wsparcia zewnętrznego. 5. Żyją w kręgu ludzi takich jak oni – mogą liczyć na rodzinę, rzadziej na sąsiadów i przyjaciół oraz instytucje lokalne.
7. Osoby w wieku 50+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich położenie obecne/przyszłe w dużym stopniu określa zły stan zdrowia i pojawiające się oznaki utraty sprawności. 2. Żyją skromnie, część nawet w biedzie – zdecydowana większość ma trudności z opłaceniem kosztów mieszkania i mediów oraz z zakupem odzieży, nieco rzadziej żywności. 3. Na ogół nie są klientami pomocy społecznej, ale w zdecydowanej większości widzą potrzebę uzyskania jakiejś formy pomocy z uwagi na aktualny stan zdrowia i warunki życiowe. 4. Liczyć mogą na instytucje gminne – pozostałe elementy sieci wsparcia społecznego nie w pełni gwarantują świadczenie pomocy, gdy jest ona potrzebna. 5. W ich otoczeniu na ogół znajdują się ludzie o takim samym statusie materialnym – rzadko, ale sygnalizują brak poczucia bezpieczeństwa.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
	6. Częściej niż inni przyczyni obecne położenie upatrują nie w sobie, a w świecie zewnętrznym/losie.
8. Osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nie sygnalizują pojawienia się niekorzystnych zmian w życiu – nie czują się obywatelami bez wpływu na bieg spraw w powiecie/gminie. 2. To osoby o nienajlepszym stanie zdrowia, ale z zachowaną na ogół sprawnością (wyjątek: wykonywanie czynności w pochyleniu). 3. Żyją skromnie, z koniecznością oszczędzania – trudności sprawiają opłaty mieszkaniowe, znacznie rzadziej wydatki na żywność i odzież. 4. Aktualne warunki materialne powodują, że wiele osób korzysta z pomocy społecznej – duża ich część widzi także potrzebę otrzymania pomocy z zewnątrz. 5. Częściej niż inni przyczyni obecne stanu rzeczy upatrują raczej w sobie niż w świecie zewnętrznym/w złym losie. 6. Sieć wsparcia społecznego nie w pełni gwarantuje pomoc w sytuacjach trudnych (dotyczy to zwłaszcza sąsiadów i społeczności parafialnej). 7. W otoczeniu mają osoby o takim samym/podobnym statusie materialnym – na ogół czują się bezpiecznie, nie odczuwają odmiennego traktowania przez innych mieszkańców.
9. Osoby powracające po urlopach wychowawczych na rynek pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. W większości przypadków matki zgłaszają pojawienie się wielu niekorzystnych zmian w życiu 2. Nie mają poczucia braku wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie – przyczyni swego położenia upatrują nie tyle w świecie zewnętrznym/losie, co w sobie i we własnym funkcjonowaniu. 3. Na ogół nie zgłaszają zaburzeń w stanie zdrowia i sprawności – gorzej niż inni badani znoszą jednakże stres i obciążenie psychiczne. 4. Żyją w gospodarstwach domowych o średnim statusie materialnym, ale muszą oszczędnie gospodarować zasobami finansowymi – nie mają tak dużych, jak inni kłopotów z opłacaniem kosztów mieszkania oraz zakupem odzieży i obuwi, zwłaszcza żywności. 5. Mimo okresowego korzystania z pomocy społecznej zdecydowana większość nigdy nie znalazła się na granicy ubóstwa – matki po urlopie wychowawczym rzadko widzą potrzebę jakiegokolwiek wsparcia. 6. W zdecydowanej większości przypadków mogą liczyć na pomoc ze strony rodziny, przyjaciół, gminy oraz organizacji społecznych – nieco słabszym ogniwem w sieci wsparcia jest w tym przypadku sąsiedztwo i powiat. 7. W otoczeniu społecznym znajdują się głównie ludzie o takim samym/podobnym statusie.

Tabela 6. Charakterystyka socjoekonomiczna i zdrowotna grup wysokiego ryzyka socjalnego – powiat śremski

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rzadziej sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – w większości przypadków w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie. 2. Utrzymują, że nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie – część czuje, że są gorzej traktowani przez otoczenie. 3. To osoby o bardzo złym zdrowiu psychofizycznym, ale na ogół w pełni sprawne, rzadko tylko napotykające na trudności w pokonywaniu stopni. 4. Od dłuższego czasu żyją w bardzo trudnych warunkach materialnych, duża część doświadczyła ubóstwa, stąd też ludzie ci mają poważne problemy z zaspokajaniem wszystkich potrzeb podstawowych. 5. To wieloletni klienci pomocy społecznej, oczekujący kontynuacji wsparcia społecznego. 6. Na ogół mogą liczyć na wszystkie potencjalne źródła wsparcia w swoim otoczeniu – wyjątek: czasami wskazują na trudności z otrzymaniem wsparcia ze strony rodziny i władz gminy. 7. Często funkcjonują w kręgu ludzi żyjących w podobnych warunkach materialnych, czują się bezpieczni.
2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. To wieloletni klienci pomocy społecznej z nadzieją/oczekiwaniem na kontynuowanie wsparcia – z doświadczeniami życia w sferze ubóstwa – na ogół żyją bardzo skromnie, mając poważne problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (mieszkanie, żywność, odzież). 2. Sygnalizują dość poważne problemy zdrowotne, na ogół sprawni (pewne kłopoty sprawia wykonywanie czynności w pochyleniu). 3. Rzadko sygnalizują niekorzystne zmiany w życiu – mogą liczyć na wsparcie lokalnych instytucji (wyjątek: instytucje gminne) i otoczenia społecznego (nieco rzadziej ze strony rodziny). 4. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – rzadko, ale odczuwają odmienne traktowanie w środowisku społecznym. 5. Osoby na ogół częściej niż inni badani przekonane, iż przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, należy upatrywać w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie i własnym funkcjonowaniu, ale nie mają poczucia wpływu na bieg spraw publicznych w gminie/powiecie.
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zdecydowana większość przekonana o braku wpływu na bieg spraw publicznych – przyczyn obecnego położenia badani upatrują nie w sobie i swoim funkcjonowaniu, ale w świecie zewnętrznym/w złym losie. 2. To na ogół ludzie sprawni, ale niekoniecznie w pełni zdrowi. 3. Rzadko sygnalizują pojawienie się jakichś nowych, niekorzystnych zmian w życiu. 4. Gospodarstwa domowe, w których żyją, są niezbyt zamożne, mające kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media – trudności sprawiają także zakupy odzieży i obuwia, rzadziej żywności (niektórym okresowo zdarzało się popadać w ubóstwo). 5. To wieloletni klienci pomocy społecznej – zdecydowana większość oczekuje dalszego wsparcia z zewnątrz. 6. Nie mają wystarczającego oparcia w rodzinie oraz w instytucjach samorządu gminnego. 7. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – nie czują, że traktowani są inaczej niż pozostali mieszkańcy, mają poczucie bezpieczeństwa w swoim otoczeniu.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
4. Osoby niepełnosprawne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo niska samoocena stanu zdrowia – ograniczenia sprawności dotyczą głównie pokonywania stopni oraz wykonywania czynności w pochyleniu, rzadziej poruszania się w domu i poza mieszkaniem. 2. Głównie w sobie, nie zaś w świecie zewnętrznym/w złym losie upatrują przyczyn obecnego położenia, ale w większości przypadków są przekonani o braku wpływu na sprawy powiatu/gminy. 3. Rzadziej niż inni badani sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu. 4. Nie mogą w pełni liczyć na oparcie w otoczeniu społecznym (zwłaszcza ze strony przyjaciół i instytucji powiatowych). 5. Nie lokują siebie w strefie ubóstwa, żyją skromnie i w równym stopniu napotykać kłopoty w regulowaniu opłat za mieszkanie i media oraz dokonywanie zakupów odzieży i żywności. 6. Rzadziej co prawda korzystają z pomocy społecznej, jednakże zdecydowana większość widzi potrzebę wsparcia z zewnątrz. 7. Żyją w otoczeniu ludzi o tym samym/podobnym statusie materialnym, czują się raczej bezpiecznie, nie mają poczucia gorszego traktowania niż innych przez otoczenie.
5. Opuszczający rodziny zastępcze/placówki opiekuńczo-wychowawcze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Większość dostrzega niekorzystne zmiany w swoim życiu, aczkolwiek sygnalizują niewielkie zmiany w stanie zdrowia (zwłaszcza w sferze psychicznej), przy zachowanej całkowitej sprawności. 2. Żyją co prawda na średnim poziomie, ale mają trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych (część doświadczyła ubóstwa), stąd też w przeważającej części są klientami pomocy społecznej, ale nie wszyscy oczekują kontynuacji wsparcia w przyszłości. 3. Na ogół mają oparcie w instytucjach (poza powiatowymi) – rzadziej mogą jednak liczyć na grupy pierwotne; częściej w sobie upatrują przyczyn obecnego położenia. 4. Żyją wśród ludzi o takim samym/podobnym statusie materialnym, czują się bezpiecznie i traktowane tak, jak inni mieszkańcy.
6. Osoby długotrwale bezrobotne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostrzegają niekorzystne zmiany swym w życiu, nie czują się zbyt bezpiecznie i nie mają poczucia wpływu na bieg spraw publicznych w gminie/powiecie. 2. Niezbyt dobrze oceniają własny stan zdrowia (zwłaszcza nie radzą sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym), zachowują jednakże pełną sprawność – nie mają poczucia gorszego traktowania w placówkach służby zdrowia. 3. Żyją skromnie, wśród tej kategorii grup ryzyka socjalnego spotyka się osoby w przeszłości żyjące w ubóstwie – jak większość badanych mają także trudności z podstawowymi wydatkami na mieszkanie, odzież, żywność. 4. Rzadziej niż inni z grup ryzyka korzystają z pomocy społecznej, uważają jednakże, iż z uwagi na sytuację, w jakiej się znaleźli, konieczne byłoby jakieś wsparcie. 5. Żyją w kręgu ludzi takich jak oni – krąg wsparcia społecznego nie jest zbyt pewny. 6. Nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne, przyczyn swego położenia i tego, kim są obecnie, upatrują przede wszystkim we własnym funkcjonowaniu, nie zaś w świecie zewnętrznym/w złym losie.
7. Osoby w wieku 50+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich położenie obecne/przyszłe w dużym stopniu określa bardzo zły stan zdrowia i pojawiające się oznaki utraty sprawności (kłopoty z pokonywaniem stopni i zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych). 2. Rzadko sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w ich życiu – częściej są przekonani, iż w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrywać należy przyczyn obecnego położenia, nie dostrzegają możliwości wpływania na bieg spraw publicznych w gminie/powiecie.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Żyją skromnie, z kłopotami w opłacaniu kosztów mieszkania i mediów oraz zakupu odzieży, nieco rzadziej żywności – pewna część doświadczyła kiedyś ubóstwa. 4. Rzadko są klientami pomocy społecznej, ale w większości przypadków widzą potrzebę uzyskania jakiejś formy pomocy z uwagi na aktualny stan zdrowia i warunki życiowe. 5. Nie zawsze mogą liczyć na przyjaciół, sąsiadów i rodzinę oraz organizacje pozarządowe. 6. W ich otoczeniu na ogół znajdują się ludzie o takim samym statusie materialnym – nie czują się odmiennie traktowane przez otoczenie.
8. Osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rzadziej niż inni badani dostrzegają niekorzystne zmiany swoim w życiu, mają poczucie pełnego bezpieczeństwa i równego traktowania – duża część nie czuje się jednakże obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie. 2. Przede wszystkim w sobie i własnym funkcjonowaniu upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są. 3. To osoby postrzegające niewielkie na ogół zmiany w stanie zdrowia i całkowicie sprawne. 4. Rzadziej niż inni badani żyją w skromnych warunkach, mimo oszczędzania napotykać na trudności w regulowaniu opłat za mieszkanie oraz w zakupach ubioru, czasami żywności. 5. Rzadziej niż inni badani korzystają z pomocy społecznej, większość widzi jednak potrzebę otrzymania jakiejś formy wsparcia z zewnątrz. 6. W swoim otoczeniu mają osoby o takim samym/podobnym statusie – w pełni liczyć mogą na rodzinę i przyjaciół, rzadziej na pozostałe instytucje z kręgu wsparcia społecznego.
9. Osoby powracające po urlopach wychowawczych na rynek pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niezbyt często zgłaszają pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie, przyczyn swego położenia zaś upatrują nie tyle w świecie zewnętrznym/w złym losie, ile w sobie i we własnym funkcjonowaniu. 2. Sygnalizują pojawienie się niewielkich zaburzeń w stanie zdrowia, ale zachowują pełną sprawność – nie czują się gorzej traktowane w placówkach służby zdrowia. 3. Częściej niż inni badani żyją w lepszych warunkach materialnych, stąd też nie mają zbyt dużych kłopotów z zakupem żywności, rzadko z opłacaniem kosztów mieszkania oraz z zakupem odzieży i obuwia. 4. Rzadziej niż inni badani korzystają z pomocy społecznej, niewielka część doświadczyła w przeszłości ubóstwa – bardzo niewielu widzi potrzebę uzyskania jakiejś formy wsparcia. 5. W zdecydowanej większości mogą liczyć na pomoc ze strony rodziny i instytucji powiatowych – rzadziej oparciem są pozostałe elementy sieci wsparcia społecznego. 6. W ich otoczeniu społecznym w zdecydowanej większości znajdują się ludzie o takim samym/podobnym statusie materialnym – duża część nie czuje się bezpiecznie.

Tabela 7. Charakterystyka socjoekonomiczna i zdrowotna grup wysokiego ryzyka socjalnego – powiat turecki

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rzadziej niż inni badani sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – w większości przypadków upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie nie w sobie, ale w świecie zewnętrznym/losie, nie mają też poczucia wpływu na bieg spraw publicznych w gminie/powiecie. 2. To osoby z pogarszającym się stanem zdrowia (zwłaszcza w sferze psychicznej), na ogół w pełni sprawne, ale czujące się gorzej traktowane w placówkach służby zdrowia niż inni pacjenci. 3. Żyją w trudnych warunkach materialnych, duża część doświadczyła już kiedyś bycia ubogim, stąd ludzie ci mają problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych – to wieloletni klienci pomocy społecznej, oczekujący kontynuacji wsparcia z zewnątrz. 4. Na ogół mogą liczyć na większość źródeł potencjalnego wsparcia w swoim otoczeniu (wyjątek: rodzina i gmina). 5. Funkcjonują w kręgu ludzi żyjących w podobnych warunkach materialnych, na ogół czują się bezpieczne.
2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. To wieloletni klienci pomocy społecznej z nadzieją/oczekiwaniem na kontynuowanie wsparcia – czasami dotyka ich ubóstwo, na ogół żyją skromnie, mając poważne problemy z zakupem odzieży, rzadziej żywności i z opłacaniem mieszkania. 2. Nie dostrzegają co prawda jakichś szczególnie niekorzystnych zmian w swym życiu, sygnalizują jednakże narastające problemy zdrowotne – poważniejsze kłopoty mają z radzeniem sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym, na ogół sprawni (pewne trudności sprawia wykonywanie czynności w pochyleniu). Nie mają poczucia gorszego traktowania w placówkach służby zdrowia. 3. Na ogół mogą liczyć na wsparcie społeczności lokalnej (wyjątek: rodzina i instytucje gminne, niekiedy także organizacje pozarządowe). 4. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – nie odczuwają odmiennego traktowania w środowisku społecznym, na ogół czują się także bezpieczne. 5. Osoby na ogół częściej niż inni badani przekonane, iż przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, należy upatrywać w świecie zewnętrznym/w złym losie, a nie w sobie i własnym funkcjonowaniu – nie mają poczucia wpływu na bieg spraw w gminie/powiecie.
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym	<ol style="list-style-type: none"> 1. Większość jest przekonana o braku wpływu na bieg spraw publicznych – znacznie częściej niż inni badani upatrują przyczyn obecnego położenia w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/w złym losie. 2. To na ogół ludzie zdrowi i sprawni – pewne kłopoty rodzą jednakże sytuacje stresowe i obciążenia psychiczne. 3. Rzadziej niż inni badani ludzie ci sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu. 4. Gospodarstwa domowe, w których funkcjonują, żyją na średnim poziomie, napotykając jednakże na kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media – rzadziej trudności sprawiają zakupy odzieży i obuwia oraz żywności. 5. Niewielka część doświadczyła życia w ubóstwie, na ogół korzystają z pomocy społecznej, ale niewielka ich część oczekuje dalszego kontynuowania wsparcia z zewnątrz. 6. Nie mają wystarczającego oparcia w rodzinie oraz instytucjach samorządu gminnego, a także wśród przyjaciół.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
	<p>7. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – nie uważają, by otoczenie traktowało ich inaczej niż pozostali mieszkańcy, czują się bezpiecznie w swoim otoczeniu.</p>
<p>4. Osoby niepełnosprawne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo niska samoocena stanu zdrowia – ograniczenia sprawności dotyczą głównie pokonywania stopni i wykonywania czynności w pochyleniu, rzadziej poruszania się w domu i poza mieszkaniem. 2. Raczej w sobie, nie zaś w świecie zewnętrznym/w złym losie upatrują przyczyn obecnego położenia, ale w większości przypadków są przekonani o braku wpływu na sprawy powiatu/gminy. 3. Rzadko sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – nieco większe nadzieje wiążą z rodziną jako potencjalnym źródłem wsparcia niż z instytucjami i organizacjami społecznymi, funkcjonującymi w społeczności. 4. Bardzo rzadko lokują siebie w strefie ubóstwa, żyją skromnie i mają, podobnie jak większość badanych, kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media oraz dokonywaniem zakupów odzieży, rzadziej żywności – niewielu korzysta z pomocy społecznej, jednakże widzą konieczność jakiejś formy wsparcia z zewnątrz. 5. Żyją w otoczeniu ludzi o zróżnicowanym statusie materialnym, raczej nie czują się zbyt bezpiecznie, jednakże nie mają poczucia bycia gorzej traktowanymi przez otoczenie niż inni.
<p>5. Opuszczający rodziny zastępcze/placówki opiekuńczo-wychowawcze</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Postrzegają pojawienie się niekorzystnych zmian w swoim życiu, sygnalizując pogorszenie się stanu zdrowia w sferze psychicznej – to w zdecydowanej większości osoby o pełnej sprawności. 2. Żyją bardzo skromnie, mają trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych (część z nich dotyka ubóstwo), stąd w przeważającej części są klientami pomocy społecznej i oczekują kontynuowania jakiejś formy wsparcia. 3. Nie mając oparcia w rodzinie, nie mogą także zbyt liczyć na przyjaciół oraz instytucje powiatowe i gminne – wsparciem są natomiast sąsiedzi, organizacje pozarządowe i społeczność parafialna. 4. Żyją wśród ludzi o takim samym/podobnym statusie materialnym, nie czują się w swoim otoczeniu zbyt bezpiecznie. 5. Częściej niż przedstawiciele innych kategorii ryzyka w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/w złym losie upatrują przyczyn obecnego położenia – mniejszość uważa, że ma wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie.
<p>6. Osoby długotrwale bezrobotne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mimo długotrwałego pozostawania bez pracy nie dostrzegają szczególnie niekorzystnych zmian w życiu, jednak nie czują się w pełni bezpieczne. 2. Niezbyt dobrze oceniają własny stan zdrowia, zachowują jednakże pełną sprawność – nie mają poczucia gorszego traktowania w placówkach służby zdrowia. 3. Żyją skromnie, bardzo rzadko wśród tej kategorii grup ryzyka socjalnego spotyka się osoby żyjące kiedykolwiek w ubóstwie – jak większość badanych mają także trudności z podstawowymi wydatkami na mieszkanie, odzież, żywność. 4. Rzadko korzystają z pomocy społecznej, uważają jednakże, iż z uwagi na sytuację, w jakiej się znaleźli, konieczne byłoby jakieś wsparcie. 5. Żyją w kręgu ludzi takich jak oni – mogą liczyć przede wszystkim na rodzinę, rzadziej na instytucje w sieci wsparcia społecznego. 6. Nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne, natomiast przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, upatrują w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie i we własnym funkcjonowaniu.

cd. tab. 7

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
7. Osoby w wieku 50+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zły stan zdrowia oraz pojawiające się oznaki utraty sprawności współokreślają ich aktualne i przyszłe położenie. 2. Żyją skromnie, z kłopotami w opłacaniu kosztów mieszkania i mediów oraz z zakupem odzieży i żywności – zdecydowana większość nigdy nie funkcjonowała w sferze ubóstwa. 3. Na ogół nie są to klienci pomocy społecznej, ale widzą potrzebę uzyskania jakiejś formy pomocy z uwagi na aktualny stan zdrowia i warunki życiowe. 4. Są częściej przekonane, iż w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie upatrywać należy przyczyn obecnego położenia – nie czują się podmiotem, który ma wpływ na bieg spraw w gminie/powiecie. 5. Aktualnie nie dostrzegają jakichś szczególnie niekorzystnych zmian w swym życiu, ale częściej niż inni badani sygnalizują brak wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i sąsiadów oraz gminy. 6. W ich otoczeniu głównie znajdują się ludzie o takim samym statusie materialnym – na ogół czują się bezpieczne.
8. Osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rzadziej niż inni dostrzegają niekorzystne zmiany swoim w życiu – nie czują się obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie, przyczyn obecnego położenia zaś upatrują przede wszystkim w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie. 2. To osoby postrzegające minimalne zmiany w stanie zdrowia, z zachowaną na ogół sprawnością. 3. Żyją na średnim poziomie, lecz, tak jak większość, mają trudności z opłatami za mieszkanie, rzadziej z wydatkami na żywność i odzież (niewielka część doświadczyła ubóstwa). 4. To nie są klienci pomocy społecznej, nie widzą także potrzeby otrzymania jakiejś formy wsparcia z zewnątrz – w swoim otoczeniu mają osoby o takim samym/podobnym statusie i mogą liczyć na pomoc w sieci wsparcia.
9. Osoby powracające po urlopach wychowawczych na rynek pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. W wielu przypadkach zgłaszają pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie, ale przyczyn swojego położenia upatrują nie tyle w świecie zewnętrznym/losie, co w sobie i we własnym funkcjonowaniu. 2. Na ogół nie zgłaszają zaburzeń w stanie zdrowia i sprawności. 3. Żyją w gospodarstwach domowych o średnich i wyższych zasobach finansowych – nie mają tak dużych kłopotów, jak inni badani z opłacaniem kosztów mieszkania, zakupu żywności oraz odzieży i obuwia. Zdecydowana większość gospodarstw domowych nigdy nie znalazła się na granicy ubóstwa. 4. Na ogół nie korzystają z pomocy społecznej – nie widzą też potrzeby jakiejś formy wsparcia z zewnątrz. W zdecydowanej większości przypadków mogą liczyć na pomoc ze strony rodziny i potencjalnych źródeł wsparcia, funkcjonujących w społeczności lokalnej. 5. W otoczeniu społecznym w zdecydowanej większości znajdują się ludzie o takim samym/podobnym statusie materialnym.

Tabela 8. Charakterystyka socjoekonomiczna i zdrowotna grup wysokiego ryzyka socjalnego – powiat wrzesiński

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających	<ol style="list-style-type: none"> 1. Większość sygnalizuje pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – w większości przypadków przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie, upatrują w sobie i w swoim postępowaniu, a nie w świecie zewnętrznym/w złym losie – nie mają też poczucia wpływu na bieg spraw publicznych w gminie/powiecie. 2. To osoby ze złym stanem zdrowia (zwłaszcza w sferze psychicznej) i pogarszającą się sprawnością, ale nie czują się gorzej traktowane w placówkach służby zdrowia niż inni pacjenci. 3. Żyją w zdecydowanie lepszych warunkach materialnych niż pozostali badani, ale w przeszłości duża część doświadczyła statusu osoby ubogiej – mają mniejsze problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych. Rzadziej znajdują się wśród klientów pomocy społecznej, rzadziej też niż inni badani oczekują kontynuacji wsparcia z zewnątrz. 4. Na ogół mogą liczyć na większość źródeł potencjalnego wsparcia w swoim otoczeniu (wyjątek: rodzina i krąg przyjaciół). 5. Funkcjonują w kręgu ludzi żyjących w podobnych warunkach materialnych, na ogół czują się bezpieczne.
2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. To wieloletni klienci pomocy społecznej z nadzieją/oczekiwaniem na kontynuowanie wsparcia – czasami dotyka ich ubóstwo, na ogół żyją skromnie, mając problemy z zakupem odzieży, rzadziej żywności i z opłacaniem mieszkania. 2. Rzadko dostrzegają niekorzystne zmiany w swym życiu, rzadko też sygnalizują problemy zdrowotne – poważniejsze kłopoty mają tylko z radzeniem sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym, na ogół w pełni sprawni. Nie mają poczucia gorszego traktowania w placówkach służby zdrowia. 3. Na ogół pewnym wsparciem są przyjaciele, rzadziej rodzina i inne instytucje społeczności lokalnej. 4. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – nie odczuwają odmiennego traktowania w środowisku społecznym, na ogół czują się także bezpiecznie. 5. Osoby na ogół częściej niż inni badani przekonane, iż przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, należy upatrywać w nich samych i ich funkcjonowaniu, a nie w świecie zewnętrznym/w złym losie – zdecydowana większość nie ma poczucia wpływu na bieg spraw w gminie/powiecie.
3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym	<ol style="list-style-type: none"> 1. Często przekonani o braku wpływu na bieg spraw publicznych – znacznie częściej niż inni badani przyczyn obecnego położenia upatrują w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/w złym losie. 2. Rejestrowane są niewielkie zmiany w stanie zdrowia (gorzej znoszą wysiłek fizyczny i obciążenie psychiczne), ale są w pełni sprawni. 3. Gospodarstwa domowe, w których funkcjonują, żyją skromnie, napotykać mają kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media – rzadziej trudności sprawiają zakupy odzieży i obuwia oraz żywności. 4. Sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – niewielka część doświadczyła ubóstwa, na ogół korzystają z pomocy społecznej, ale znacznie mniej oczekuje dalszego kontynuowania wsparcia z zewnątrz. 5. Nie mają wystarczającego oparcia w rodzinie oraz instytucjach samorządu gminnego – mogą liczyć na przyjaciół i społeczność parafialną.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
	<p>6. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – nie uważają, by otoczenie traktowało ich inaczej niż pozostali mieszkańcy, czują się bezpieczne w swoim otoczeniu.</p>
4. Osoby niepełnosprawne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Samooceny stanu zdrowia są gorsze niż ocena sprawności – ograniczenia sprawności dotyczą głównie pokonywania stopni i wykonywania czynności w pochyleniu, rzadziej poruszania się w domu i poza mieszkaniem. 2. Raczej w sobie niż w świecie zewnętrznym/w złym losie upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie, ale bardzo często mówią o braku wpływu na sprawy powiatu/gminy. 3. Rzadko sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – większe nadzieje wiążą z potencjalnymi źródłami wsparcia funkcjonującymi w społeczności. 4. Bardzo rzadko lokują siebie w strefie ubóstwa, aktualnie żyją skromnie i mają, podobnie jak większość badanych, kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media oraz dokonywaniem zakupów odzieży, rzadziej żywności – bardzo niewiele osób korzysta z pomocy społecznej, także niewiele widzi konieczność uzyskania jakiejś formy wsparcia z zewnątrz. 5. Żyją w otoczeniu ludzi o takim samym statusie materialnym, ale nie czują się zbyt bezpieczne, nie mają poczucia bycia gorzej traktowanymi przez otoczenie niż inni.
5. Opuszczający rodziny zastępcze/ placówki opiekuńczo-wychowawcze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Większość postrzega pojawienie się nowych, niekorzystnych zmian w swoim życiu. 2. To ludzie w pełni zdrowi i sprawni. 3. Żyją skromnie, mają jednakże nieco mniejsze niż inni badani trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych (część z nich doświadczyła ubóstwa). 4. W większości są klientami pomocy społecznej, ale tylko niektórzy oczekują jakiejś formy wsparcia. 5. Nie mają pewnego oparcia w rodzinie i wśród przyjaciół – mogą raczej liczyć na społeczność parafialną. 6. Rzadziej niż inni badani żyją wśród ludzi o takim samym/podobnym statusie materialnym, czują się w swoim otoczeniu bezpiecznie. 7. Częściej niż przedstawiciele innych kategorii ryzyka przede wszystkim w sobie i własnym funkcjonowaniu upatrują przyczyn obecnego położenia – zdecydowana większość uważa, że nie ma wpływu na bieg spraw w powiecie/gminie.
6. Osoby długotrwale bezrobotne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mimo długotrwałego pozostawania bez pracy nie dostrzegają szczególnie niekorzystnych zmian w życiu, jednak nie czują się w pełni bezpieczne. 2. Niezbyt dobrze oceniają własny stan zdrowia, zachowują jednakże sprawność – nie mają poczucia gorszego traktowania w placówkach służby zdrowia. 3. Żyją skromnie, bardzo rzadko wśród tej kategorii grup ryzyka socjalnego spotyka się osoby żyjące kiedykolwiek w ubóstwie – jak większość badanych, mają także trudności z podstawowymi wydatkami na mieszkanie, odzież, żywność. 4. Rzadko korzystają z pomocy społecznej, uważają jednakże, iż z uwagi na sytuację, w jakiej się znaleźli, konieczne byłoby jakieś wsparcie. 5. Żyją w kręgu ludzi takich jak oni – mogą liczyć przede wszystkim na rodzinę, rzadziej na instytucje w sieci wsparcia społecznego. 6. Nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne, przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, upatrują w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie i we własnym funkcjonowaniu.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
7. Osoby w wieku 50+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zły stan zdrowia i pojawiające się oznaki utraty sprawności współokreślają ich położenie. 2. Żyją raczej skromnie, z kłopotami w opłacaniu kosztów mieszkania i mediów oraz z zakupem odzieży i żywności – część poznała ubóstwo. 3. Nie są to jednak w swojej masie klienci pomocy społecznej, ale część z nich widzi potrzebę uzyskania jakiejś formy pomocy z uwagi na aktualny stan zdrowia i warunki życiowe. 4. Są częściej niż inni badani przekonani, iż w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie i własnej aktywności upatrywać należy przyczyn obecnego położenia – nie czują się podmiotem, który ma wpływ na bieg spraw w gminie/powiecie. 5. Aktualnie rzadziej dostrzegają jakieś szczególnie niekorzystne zmiany w swym życiu, ale częściej niż inni badani mogą liczyć na wsparcie ze strony rodziny – słabsze jest natomiast zaplecze lokalnego wsparcia. 6. W ich otoczeniu znajdują się na głównie ludzie o takim samym statusie materialnym, ale nie czują się bezpiecznie.
8. Osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nie dostrzegają niekorzystnych zmian swoim w życiu – przyczyn obecnego położenia upatrują przede wszystkim w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie, ale nie czują się obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie. 2. To osoby sygnalizujące minimalne zmiany w stanie zdrowia, zachowujące na ogół sprawność. 3. Żyją skromnie i tak jak większość badanych mają trudności z opłatami za mieszkanie, rzadziej z wydatkami na żywność i odzież (bez doświadczeń życia w ubóstwie). 4. Rzadko stają się klientami pomocy społecznej, nie widzą także zbytniej potrzeby otrzymywania jakiejś formy wsparcia z zewnątrz – w swoim otoczeniu mają osoby o takim samym/podobnym statusie i mogą liczyć na pomoc rodziny, instytucji gminno-powiatowych i społeczności parafialnej.
9. Osoby powracające po urlopach wychowawczych na rynek pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. W wielu przypadkach zgłaszają pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie, ale przyczyn swego położenia i pozycji społecznej upatrują nie tyle w świecie zewnętrznym/w złym losie, co w sobie i we własnym funkcjonowaniu. 2. Na ogół nie zgłaszają zaburzeń w stanie zdrowia i sprawności. 3. Żyją w gospodarstwach domowych o lepszych niż u innych badanych zasobach finansowych – nie mają tak dużych kłopotów, jak inni z grup ryzyka z opłacaniem kosztów mieszkania, zakupu żywności oraz odzieży i obuwia (bardzo niewiele gospodarstw domowych znalazła się kiedykolwiek na granicy ubóstwa). 4. Niezwykle rzadko korzystają z pomocy społecznej – nie widzą też zbyt palącej potrzeby uzyskania jakiejś formy wsparcia z zewnątrz. 5. W zdecydowanej większości przypadków mogą liczyć na pomoc ze strony rodziny, przyjaciół i powiatu – w ich otoczeniu społecznym w zdecydowanej większości znajdują się ludzie o takim samym/podobnym statusie materialnym.

Tabela 9. Charakterystyka socjoekonomiczna i zdrowotna grup wysokiego ryzyka socjalnego – powiat złotowski

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
<p>1. Osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo często sygnalizują pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – w większości przypadków w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są. 2. Utrzymują, że nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie, ale nie czują się gorzej traktowane przez otoczenie. 3. To osoby ze złym stanem zdrowia (zwłaszcza w sferze psychicznej), napotykające na trudności w pokonywaniu stopni i wykonywaniu czynności w pochyleniu. 4. Od dłuższego czasu żyją w trudnych warunkach materialnych, duża część żyje bądź żyła w ubóstwie, stąd ludzie ci mają stałe problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych – to wieloletni klienci pomocy społecznej, oczekujący kontynuacji wsparcia społecznego. 5. Na ogół mogą liczyć na wszystkie potencjalne źródła wsparcia w swoim otoczeniu – wyjątek: czasami wskazują na trudności z otrzymaniem wsparcia ze strony gminy i powiatu. 6. Rzadziej niż inni badani funkcjonują w kręgu ludzi żyjących w podobnych warunkach materialnych – tylko mała część nie ma poczucia bezpieczeństwa.
<p>2. Osoby niezatrudnione, korzystające z pomocy społecznej</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. To na ogół ludzie zdrowi i sprawni (rzadko tylko napotykają trudności w wykonywaniu czynności w pochyleniu) – sygnalizują jednak niekorzystne zmiany w życiu. 2. Wieloletni klienci pomocy społecznej z nadzieją/oczekiwaniem na kontynuowanie wsparcia – czasami dotyka ich ubóstwo, na ogół żyją skromnie, mając poważne problemy z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (mieszkanie, żywność, odzież). 3. Na ogół mogą liczyć na wsparcie przyjaciół i sąsiadów, rzadziej na rodzinę i instytucje gminne oraz powiatowe. 4. Osoby na ogół częściej niż inni badani przekonane, iż przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, należy upatrywać w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie i własnym funkcjonowaniu. 5. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – rzadko, ale odczuwają odmienne traktowanie w środowisku społecznym.
<p>3. Młodzież w wieku 15–25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zdecydowana większość przekonana o braku wpływu na bieg spraw publicznych – przyczyn obecnego położenia badani upatrują w sobie i swoim funkcjonowaniu, nie zaś w świecie zewnętrznym/w losie. 2. To na ogół ludzie zdrowi i sprawni. 3. Rzadko sygnalizują pojawienie się jakichś nowych, niekorzystnych zmian w życiu. 4. Gospodarstwa domowe, w których żyją, są niezbyt zamożne, mają kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media – trudności sprawiają także zakupy odzieży i obuwia, rzadziej żywności (niektórym okresowo zdarzało się popadać w ubóstwo). 5. To wieloletni klienci pomocy społecznej – zdecydowana większość oczekuje dalszego wsparcia z zewnątrz. 6. Nie mają wystarczającego oparcia w rodzinie oraz instytucjach samorządu gminnego i powiatowego. 7. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym – nie czują, że traktowani są inaczej niż pozostali mieszkańcy, mają poczucie bezpieczeństwa w swoim otoczeniu.

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
4. Osoby niepełnosprawne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Znacznie gorsza samoocena stanu zdrowia niż sprawności – większe ograniczenia sprawności dotyczą głównie pokonywania stopni oraz wykonywania czynności w pochyleniu. 2. Głównie w sobie, nie zaś w świecie zewnętrznym/w złym losie upatrują przyczyn obecnego położenia, ale w większości przypadków są przekonane o braku wpływu na sprawy powiatu/gminy. 3. W większości przypadków w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrują przyczyn obecnego położenia i tego, kim są obecnie. 4. Nie dostrzegają nowych, niekorzystnych zmian w życiu, ale sygnalizują słabszą niż u innych badanych sieć potencjalnego wsparcia (niezbyt mogą liczyć na przyjaciół). 5. Zdarzało się im w przeszłości funkcjonować w strefie ubóstwa, żyją skromnie, mają kłopoty z regulowaniem opłat za mieszkanie i media oraz dokonywaniem zakupów odzieży. 6. Rzadko korzystają z pomocy społecznej, jednakże widzą potrzebę wsparcia z zewnątrz. 7. Żyją w otoczeniu ludzi o podobnym lub takim samym statusie materialnym, czują się raczej bezpieczne, nie mają poczucia bycia gorzej traktowanymi przez otoczenie niż inni.
5. Opuszczający rodziny zastępcze/placówki opiekuńczo-wychowawcze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Większość dostrzega niekorzystne zmiany w swoim życiu, aczkolwiek sygnalizują niewielkie zmiany w stanie zdrowia (zwłaszcza w sferze psychicznej), przy zachowanej sprawności. 2. Żyją skromnie, mają trudności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych (część doświadczyła ubóstwa), stąd w przeważającej części są klientami pomocy społecznej, ale nie wszyscy oczekują kontynuacji wsparcia w przyszłości. 3. Na ogół mają oparcie w instytucjach – rzadziej mogą jednak liczyć na grupy pierwotne; częściej w sobie upatrują przyczyn obecnego położenia. 4. Żyją wśród ludzi o takim samym/podobnym statusie materialnym, czują się bezpieczne.
6. Osoby długotrwale bezrobotne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mimo długotrwałego pozostawania bez pracy nie dostrzegają szczególnie niekorzystnych zmian w życiu, czują się bezpieczne. 2. Niezbyt dobrze oceniają własny stan zdrowia (zwłaszcza nie radzą sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym), zachowują jednakże sprawność (tylko niektórzy mają kłopoty z wykonywaniem czynności w pochyleniu) – mają poczucie gorszego traktowania w placówkach służby zdrowia. 3. Żyją skromnie, wśród tej kategorii grup ryzyka socjalnego spotyka się osoby żyjące teraz i w przeszłości w ubóstwie – jak większość badanych mają także trudności z podstawowymi wydatkami na mieszkanie, odzież, żywność. 4. Aktualnie nie dostrzegają jakichś szczególnie niekorzystnych zmian w swoim życiu. 5. Rzadziej niż inni z grup ryzyka korzystają z pomocy społecznej, uważają jednakże, iż z uwagi na sytuację, w jakiej się znaleźli, konieczne byłoby jakieś wsparcie. 6. Żyją w kręgu ludzi takich jak oni – mogą liczyć przede wszystkim na rodzinę, rzadziej na podmioty w sieci wsparcia społecznego. 7. Nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne, przyczyn ich położenia i tego, kim są obecnie, upatrują w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie i we własnym funkcjonowaniu.
7. Osoby w wieku 50+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich położenie obecne/przyszłe w dużym stopniu określa bardzo zły stan zdrowia i pojawiające się oznaki utraty sprawności. 2. Żyją skromnie, z kłopotami w opłacaniu kosztów mieszkania i mediów oraz zakupu odzieży, nieco rzadziej żywności – pewna część doświadczyła ubóstwa. 3. Rzadko są klientami pomocy społecznej, ale w większości przypadków widzą potrzebę uzyskania jakiejś formy pomocy z uwagi na aktualny stan zdrowia i warunki życiowe.

cd. tab. 9

Grupy ryzyka	Charakterystyka osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Nie zawsze mogą liczyć na przyjaciół i rodzinę, a także pozostałe podmioty w lokalnej sieci wsparcia społecznego. 5. Są częściej przekonane, iż w sobie, a nie w świecie zewnętrznym/losie upatrywać należy przyczyn obecnego położenia – sugerowano jednakże brak wsparcia ze strony rodziny i podmiotów gminno-powiatowych. 6. W ich otoczeniu na ogół znajdują się ludzie o takim samym statusie materialnym – co prawda rzadko, ale sygnalizują odmienne traktowanie przez otoczenie.
8. Osoby nieaktywne zawodowo z uwagi na opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obecnie nie dostrzegają niekorzystnych zmiany w swoim w życiu, mają poczucie pełnego bezpieczeństwa – duża część nie czuje się obywatelami mającymi wpływ na bieg spraw w powiecie/gminie. 2. Przede wszystkim w świecie zewnętrznym/losie, a nie w sobie upatrują przyczyn obecnego położenia. 3. To osoby postrzegające niewielkie na ogół zmiany w stanie zdrowia i sprawności – są przekonane o większej podatności na zachorowania, mają trudności z wykonywaniem czynności w pochyleniu, rzadziej w pokonywaniu stopni. 4. Żyją skromnie, oszczędzając (część doświadczyła kiedyś ubóstwa) – trudności sprawiają opłaty mieszkaniowe oraz zakupy ubioru, rzadziej wydatki na żywność. 5. Rzadziej niż inni badani korzystają z pomocy społecznej, większość widzi jednak potrzebę otrzymania jakiejś formy wsparcia z zewnątrz. 6. W swoim otoczeniu mają osoby o takim samym/podobnym statusie – w pełni liczyć mogą na rodzinę i przyjaciół, rzadziej na pozostałe instytucje z kręgu wsparcia społecznego.
9. Osoby powracające po urlopach wychowawczych na rynek pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niezbyt często zgłaszają pojawienie się niekorzystnych zmian w życiu – nie mają poczucia wpływu na sprawy publiczne w powiecie/gminie, przyczyn ich położenia zaś upatrują nie tyle w świecie zewnętrznym/w złym losie, co w sobie i we własnym funkcjonowaniu. 2. Zgłaszają pojawienie się zaburzeń w stanie zdrowia, ale zachowują pełną sprawność – czują się gorzej traktowane w placówkach służby zdrowia. 3. Żyją skromnie, muszą oszczędnie gospodarować zasobami finansowymi – nie mają jednakże zbyt dużych kłopotów z zakupem żywności, rzadko z opłacaniem kosztów mieszkania oraz z zakupem odzieży i obuwia. 4. Korzystają z pomocy społecznej, niewielka część doświadczyła ubóstwa – rzadziej niż inni badani widzą potrzebę jakiejś formy wsparcia. 5. W zdecydowanej większości mogą liczyć na pomoc ze strony rodziny – rzadziej oparciem służą pozostałe elementy sieci wsparcia. 6. W ich otoczeniu społecznym w zdecydowanej większości znajdują się ludzie o takim samym/podobnym statusie materialnym – duża część nie czuje się bezpiecznie.

Architektura programów rozwiązywania problemów społecznych na poziomie powiatu

1. Strategia rozwiązywania problemów społecznych a polityka społeczna

Kilkadziesiąt lat temu M. Valliant Higginson¹ zwrócił uwagę, iż w definicjach polityki najczęściej używane są takie czasowniki, jak: *podtrzymywać, utrzymywać, podążać, dostarczać, pomagać, asystować, towarzyszyć, zapewniać, zabezpieczać, współpracować, stosować, świadczyć, służyć, działać, zaprzestać*, a także *być*.

Podążając tym śladem, możemy stwierdzić, iż czasowniki te wspólnie wpisują się w działania władz publicznych, które powinny być podejmowane po to, by:

- 1) umożliwiać ludziom budowanie warunków i rozwijanie własnego życia,
- 2) opanowywać i powstrzymywać siły destrukcyjne, zagrażające rozwojowi jednostkowemu i zbiorowemu,
- 3) tworzyć warunki sprzyjające artykułowaniu interesów różnorodnych grup społecznych, w tym zwłaszcza grup mniejszościowych, kategorii wysokiego ryzyka marginalizacji i wykluczenia społecznego (grup „wrażliwych”),
- 4) definiować kategorie korzystających z systemu wsparcia społecznego (beneficjentów) oraz formułować zasady współuczestnictwa odbiorców świadczeń i usług socjalnych w rozwiązywaniu własnych problemów (zakres i forma partycypacji),
- 5) budowanie warunków efektywnie funkcjonującej społeczności powiatowej oraz jakości życia jej mieszkańców wymaga zarówno podstaw ekonomicznych, jak i polityki społecznej; procesy te z jednej strony są inwestycją w ludzi oraz wkładem każdego z uczestników życia zbiorowego na rzecz innych, powracającą wartością dodaną w sferze gospodarczej i pomyślnością innych obywateli, rodzin, państwa

¹ M. Valliant Higginson (1966). *Management policies I: Their development as corporate guide*. New York: AMA Research Study 76, s. 59.

(*dobro indywidualne i wspólne*), z drugiej zaś strony zapobieganiem (*ograniczanie źródeł ubóstwa, przyczyn i skutków dewiacji, demoralizacji oraz patologii społecznej; promocja zaradności i samodzielności w rozwiązywaniu własnych problemów*).

Przy tak określonych zadaniach pomoc społeczna nie może być jedynym adresatem tworzenia/realizowania strategii rozwiązywania problemów społecznych² i wpisywanych do niej programów, bowiem instytucja ta nie jest kreatorem całości warunków, które generują problemy społeczne i potencjalnych klientów ustawowo gwarantowanych świadczeń oraz usług socjalnych. Wielu z odbiorców świadczeń pomocy społecznej otrzymuje co prawda wsparcie, ale pełni ono na ogół funkcję interwencyjną. W związku z tym nie zmienia się sytuacja oraz położenie socjoekonomiczne beneficjentów systemu pomocowego na tyle, by oddalić/zredukować/zneutralizować ryzyko utraty bezpieczeństwa socjalnego oraz utrzymania możliwości/samodzielności w zaspokajaniu potrzeb i rozwiązywaniu własnych problemów lub też oddalić/zredukować/zneutralizować ryzyko wejścia na ścieżkę demoralizacji i przestępstwa.

Brak możliwości zmiany warunków generujących przyczyny korzystania z pomocy społecznej może w skrajnych przypadkach stać się swoistym inkubatorem niezaradności – klienci instytucji pomocowych powracają do nich z tymi samymi lub spotęgowanymi potrzebami i/lub problemami. Tracą zatem w kolejnych fazach utraty bezpieczeństwa socjalnego zdolność do samoopieki i samopomocy, co grozi wejściem w spiralę długotrwałego ubóstwa i bezradności (trudno w takich przypadkach mówić o efektywności jakości opieki).

Z tego punktu widzenia prawie wszystkie efekty oceniania skuteczności opieki w pomocy społecznej mogą być zasługą podjętej interwencji, co jednocześnie może być najlepszym sposobem oceny działania publicznego systemu wsparcia, ponieważ dokumentuje to bezpośredni związek między symptomami (*inputs*) a wynikami (*outcomes*). Byłby to jednak zbyt uproszczony sposób oceny jakości opieki w pomocy społecznej, bowiem realne możliwości w jej ocenie stwarza dopiero praca socjalna, czyli działalność zawodowa służąca: (1) identyfikacji, (2) minimalizowaniu, (3) i/lub usuwaniu nierównowagi socjoekonomicznej między jednostką a jej społecznym otoczeniem (4) oraz dostarczaniu narzędzi służących odzyskaniu/wzmacnianiu potencjału jednostek, grup i społeczności, a także zaspokajaniu potrzeb i wywołaniu zmian służących poprawie skuteczności działania w sytuacjach problemowych (kryzysowych), grożących niewydolnością i/lub bezradnością osób oraz grup z kręgu ryzyka socjalnego.

Należy jednakże zauważyć, iż nowoczesna pomoc społeczna ma do odegrania kluczową rolę w przygotowywaniu programów rozwiązywania problemów społecznych, adresowanych do jednostek/grup już tkwiących w spirali zda-

² Obowiązek i zakres opracowywania strategii rozwiązywania problemów społecznych na poziomie powiatu określono w nowelizacji ustawy o pomocy społecznej z dnia 18 marca 2011 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 81, poz. 440).

zeń, zjawisk i procesów marginalizujących i/lub wykluczających. Tak rozumianą pomoc społeczną charakteryzować musi, oprócz interwencji:

- 1) staranność w rozpoznaniu³ sytuacji potencjalnych klientów pomocy społecznej,
- 2) adekwatność dostarczanych narzędzi zmiany życia jednostek/grup ryzyka,
- 3) poszerzony zakres i skuteczność poradnictwa,
- 4) efektywność w łączeniu ludzi znajdujących się w potrzebie oraz zasobów w sektorze publicznym, prywatnym i pozarządowym, służących utrzymaniu i/lub odbudowie bądź rozwojowi potencjału jednostkowego i grupowego,
- 5) indywidualizacja oraz selektywność świadczeń i usług socjalnych jako przeciwwaga rutyny profesjonalnej i biurokratyzacji systemu,
- 6) dostępność świadczeń i/lub usług oraz stabilność w ich dostarczaniu,
- 7) fachowość/rzetelność w sprawowaniu opieki (zwłaszcza instytucjonalnej),
- 8) poziom i formy komunikacji profesjonalistów i administracji „pomocowej” z klientami,
- 9) zakres współuczestnictwa oraz poziom aktywizacji i samodzielności beneficjentów pomocy społecznej w rozwiązywaniu własnych problemów.

Konieczne jest zatem usytuowanie pomocy społecznej i pracy socjalnej w ramach szerszego systemu wsparcia, uruchamianego przez społeczeństwo/społeczność w wypadku pojawienia się problemów społecznych lub gdy jednostka bądź grupa znajdzie się w trudnej sytuacji życiowej, której przezwyciężenie wykracza poza jej własne środki, możliwości i uprawnienia. Pomoc społeczna jest subsystemem, który domyka system zabezpieczenia społecznego⁴ i jest ona adresowana do kręgu osób/grup szczególnego ryzyka⁵ znalezienia się poniżej progu bezpieczeństwa socjalnego. Zgodnie z obowiązującym w Polsce porządkiem prawnym pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia.

³ Opracowanie planu opieki w pomocy społecznej bez dostatecznej informacji (diagnozy) jest tym samym, czym patologia bez laboratorium.

⁴ To zabezpieczenie społeczne obejmujące całokształt środków i działań instytucji publicznych, za pomocą których społeczeństwo stara się chronić swych obywateli przed niezawinionym przez nich deficytem i/lub niedostatkiem, przed groźbą utraty możliwości zaspokojenia podstawowych, społecznie uznanych za ważne potrzeb. Służą temu różne rodzaje świadczeń w przypadku pojawienia się typowych zdarzeń losowych (ryzyk socjalnych) – w tym między innymi w ramach: ubezpieczenia społecznego, świadczenia o charakterze zaopatrzeniowym, świadczenia zdrowotnego, rehabilitacji osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, pomocy stypendialnej itp.

⁵ Art. 3 ustawy o pomocy społecznej stanowi, iż wsparcia ze środków publicznych udziela się z powodu: „ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej choroby, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych), alkoholizmu i narkomanii, trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego, klęski żywiołowej lub ekologicznej” (Dz.U.98.64.414 z późn. zm.).

Obejmuje ona działania doraźne, programy ratunkowe/wspomagające/asekurujące sektora publicznego i innych podmiotów polityki społecznej⁶.

Ciążar działalności związanej z realizowaniem polityki społecznej – w tym także pomocy społecznej – przenosi się, zgodnie z zasadą pomocniczości⁷, na samorząd terytorialny różnych szczebli, organizacje społeczne i sektor prywatny oraz na podstawowe grupy społeczne (rodzina, sąsiedztwo itp.). „Czysta” polityka nie może abstrahować od oczekiwań społecznych, zwłaszcza od postaw, oczekiwań, a nawet roszczeń jednostek/grup *poszkodowanych* w wyniku procesów i zmian mających miejsce w konkretnym społeczeństwie⁸. Postuluje się, by w ramach kompetencji państwa przewidzieć możliwość udzielenia tej kategorii obywateli/grup rekompensaty tego, co zostało utracone niekoniecznie z własnej winy, lecz wskutek określonego sposobu zorganizowania życia zbiorowego (np. *choroba, niesprawność, bezrobocie, ubóstwo* itp.). Dlatego strategia rozwiązywania problemów społecznych zakotwiczona być musi w koncepcji polityki społecznej. Polityka społeczna funkcjonalnej społeczności do katalogu swych kanonicznych założeń wpisuje:

1) stwarzanie warunków sprzyjających aktywności indywidualnej i zbiorowej, stanowiącej podstawę utrzymania oraz osiągania przynajmniej minimum gwarantującego egzystencję, odpowiadającą współczesnemu rozumieniu godności ludzkiej (*gospodarka, rynek pracy, instytucje społeczeństwa obywatelskiego, system wsparcia społecznego*),

2) odbudowę/wspieranie naturalnej tkanki pierwotnych kontaktów i stosunków społecznych jako istotnego elementu zasobów społecznych,

3) pierwszeństwo dla działań sprzyjających maksymalizowaniu potencjału człowieka/grupy i ujawnianiu różnorodnych form zaradności jednostkowej/grupowej (*edukacja, aktywizacja, partycypacja*),

⁶ Art. 1.1 Dz.U.98.64.414 z późn. zm.

⁷ Zasada pomocniczości (*subsidiarności*) oznacza, iż:

1) każda instytucja/grupa winna pospieszyć z pomocą innej, niepotrafiącej lub niemogącej samodzielnie wypełnić swego zadania,

2) pomoc winna być tak świadczona, by wzmacniać potencjał i autonomię biorcy,

3) świadczenie pomocy służyć ma samopomocy, co oznacza, iż nie odbiera się ludziom możliwości robienia tego, co leży w granicach ich możliwości; wsparcie pojawia się wtedy, gdy człowiek nie może sam sobie pomóc; pomoc jest wycofywana wówczas, gdy osiągnięta jest samodzielność podmiotu.

Zasada pomocniczości oznacza zatem zarówno zakaz pozbawiania, jak i obowiązek towarzyszenia, a także zobowiązuje do działania i do samoograniczenia się.

⁸ Poważnym sygnałem niezgody obywatelskiej na sposób rozwiązywania światowego kryzysu finansowego jest globalizujący się Ruch Oburzonych – protesty młodych Hiszpanów z 15 maja 2011 r. objęły już 80 krajów i kilka tysięcy miast na świecie (w Polsce od 15 X 2011); a także gwałtowne demonstracje w Grecji, we Włoszech, Wielkiej Brytanii, Francji, bunty społeczne w północnej Afryce oraz amerykański ruch Okupuj Wall Street, z którego wyrosły protesty w kilkudziesięciu miastach USA. Przyjęto nawet termin dla nowej klasy społecznej: *prekariat*, obejmujący ludzi młodych, dobrze wykształconych, ale bez perspektyw (seryjni stażysty, pracownicy tymczasowi, młodzi bezrobotni). Bez względu na ocenę racjonalności i efektywności tego typu działań jest to fakt społeczny, co oznacza, że nie pozostanie on bez wpływu na sposób myślenia o państwie oraz na życie zbiorowe w najbliższych latach.

4) promowanie programów służących dostarczaniu narzędzi zmiany własnego życia, sprzyjających rozwojowi/kreatywności/niezależności (m.in. poradnictwo indywidualne i grupowe, asysta w działaniach modelujących zachowania jednostkowe i zbiorowe oraz w procesie aranżowania zmian),

5) wyprzedzanie zdarzeń grożących degradacją społeczną, demoralizacją i/lub wejściem w spiralę dewiacji i patologii – szerzej: utratą bezpieczeństwa socjalnego i/lub samodzielności życiowej bądź niezależności (*profilaktyka i prewencja, praca socjalna, monitorowanie i ewaluacja programów socjalnych*),

6) stwarzanie pola aktywności obywatelskiej i wspieranie organizacyjno-finansowe działalności służącej wzmocnieniu i/lub odzyskiwaniu zdolności do samodzielnego funkcjonowania przez ludzi przejściowo znajdujących się w trudnej sytuacji,

7) preferowanie rozwiązań prawno-instytucjonalnych, służących wsparciu jednostek/grup znajdujących się w potrzebie (zwłaszcza organizacji pozarządowych), eliminujących lub redukujących do minimum *naznaczające świadczenia*, uprawnienia, ulgi i przywileje,

8) rozbudowę zróżnicowanych oraz zindywidualizowanych⁹ form pomocy społecznej i opieki środowiskowej (w tym zwłaszcza wspieranie organizacji pozarządowych),

9) wzmocnianie wszelkich form rzecznictwa interesów i potrzeb osób/grup, które utraciły samodzielność/niezależność i/lub którym grozi społeczne wykluczenie i marginalizacja. Rzecznictwo w interesie jednostek i grup będących w słabszej pozycji wobec innych (na ogół nie z własnej woli i winy) nie jest decydowaniem lub działaniem za *klienta* – oznacza ono raczej mandat dla ochrony jego praw i dostarczanie informacji oraz wsparcia umożliwiających podjęcie przez zainteresowanych decyzji najlepszej z możliwych.

2. Warstwowa struktura powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych – „skrzynka z narzędziami”

Diagnoza sytuacji socjodemograficznej, ekonomicznej i zdrowotnej badanych powiatów, a także rozpoznanie obszarów zagrożenia zjawiskami generującymi problemy społeczne umożliwiły sformułowanie misji i wizji strategii rozwiązywania tychże problemów (tab. 1), opartych na dwóch następujących założeniach:

1. Wspólnota jest odpowiedzialna za swych niesamodzielnych i zależnych członków.

2. Obywatele są współodpowiedzialni za własne życie i włączają się w rozwiązywanie własnych problemów.

⁹ Oznacza to także zwracanie większej uwagi na potrzeby wyrażane przez samych zainteresowanych – w miejsce dotychczasowej inwentaryzacji potrzeb, opartej prawie wyłącznie na standardach i kryteriach profesjonalistów oraz wyspecjalizowanych instytucji (*humanizowanie świadczeń i usług*).

Tabela 1. Misja i wizja powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych

Powiatowa strategia rozwiązywania problemów społecznych	
Misja	Wizja
<p>Ogólne wyobrażenie drogi dochodzenia do stanu rzeczy projektowanego w wizji określa, co jest kluczowe dla osiągnięcia efektu oraz zawiera ogólną informację o metodzie dokonywania zmian.</p> <p>Misja to pomost między tym, co jest a tym, co miałyby być – nie zakłada jednakże bezpośredniego oddziaływania na wszystkie zidentyfikowane aspekty rzeczywistości, lecz kładzie nacisk na te, w których dokonane zmiany pociągną za sobą największy zakres skutków pożądanych (wymóg ekonomiczności – osiągnięcie celów przy posiadanych zasobach).</p>	<p>Koncepcja przyszłego, oczekiwanego stanu końcowego po zrealizowaniu zaprojektowanych działań.</p> <p>Wizja oparta jest na wartościach – może wynikać z niezadowolenia z aktualnego stanu rzeczy, powinna być realistyczną, projektować rozwiązania odważne/ryzykowne i pełnić funkcję motywacyjną.</p> <p>Wizja opiera się na dobrej diagnozie i zawiera wyobrażenie rozwiązań gwarantujących trwałość proponowanych zmian, narzędzi samoregulacyjnych i przewidywany porządek instytucjonalny.</p>
Strategia osiągnie założone cele, gdy będzie:	Realizacja strategii sprzyjać ma:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzmacniać potencjał jednostek i społeczności, służący stabilizacji oraz rozwojowi (profilaktyka pierwotna problemów społecznych). 2. Redukować ryzyko – wzmacniać czynniki ochronne – korygować negatywne skutki problemów społecznych (profilaktyka wtórna i trzeciorzędowa). 3. Oslaniać standardy minimalne – gwarantować niezbędne wsparcie – pomagać nie uzależniając – usamodzielniać. 4. Dostarczać narzędzi zmiany warunków i sposobu życia jednostek/grup absorbowanych zjawiskami generowanymi przez problemy społeczne. 5. Redukować niepewność – wygaszać konflikty, odbudowywać relacje jednostek z grup wrażliwych z ich światem społecznym. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompensowaniu/odbudowie obniżonego standardu życia oraz utraconych możliwości w wyniku deficytów socjalizacyjnych, socjoekonomicznych, zdrowotnych i instytucjonalnych. 2. Przerwywaniu pętli ubóstwa i przeciwdziałaniu dziedziczenia biedy, desocjalizacji i/lub deprawacji jednostek z <i>grup wrażliwych</i>. 3. Ochronie członków społeczności przed przemocą oraz ograniczaniu rozmiarów zagrożenia demoralizacją i przestępczością. 4. Odwracaniu procesu marginalizacji społecznej w grupach zagrożonych utratą bezpieczeństwa socjalnego. 5. Reintegracji i poprawie funkcjonowania społecznego niesamodzielnego/zależnych członków społeczności oraz ich rodzin.

Analiza sytuacji społecznej i zasobów badanych powiatów oraz położenie zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem mieszkańców upoważniają do przyjęcia konkretnych priorytetów i preferencji programowych następujących opcji w procesie budowania strategii:

1. Priorytet dla programów, procedur i narzędzi prowadzących do budowania solidarności społecznej oraz działań sprzyjających przywracaniu i ochronie godności ludzkiej – orientacja na programy i przedsięwzięcia służące budowaniu indywidualnego potencjału, niezależności i odpowiedzialności obywateli, zwłaszcza młodego pokolenia oraz realnemu ich włączaniu w nurt życia zbiorowego (*edukująca społeczność*).

2. Ogniskowanie wysiłków na tworzeniu/poszerzaniu zasobów i dostępności infrastruktury edukacyjnej oraz sprawiedliwej dystrybucji usług oświatowych – edukacja społeczna jako podstawowy składnik programów prewencji, rozwiązywania i eliminowania problemów społecznych.

3. Wyrównywanie szans równego startu życiowego dzieci i młodzieży, bez względu na status społeczny, materialny i zdrowotny, oraz wspieranie programów niezbędnych do niwelowania deficytów edukacyjnych najmłodszego pokolenia.

4. Promowanie działań służących budowaniu aktywności i zaradności obywateli oraz ochronie rodziny przed dezorganizacją i rozpadem – dominacja programów asekuracyjno-kompensacyjnych na rzecz gospodarstwa domowego, minimalizujących groźbę utraty samodzielności i niezależności poszczególnych członków i/lub grupy rodzinnej jako całości.

5. Konieczność wspierania profilaktyki i interwencji programami integracyjnymi: pierwszeństwo dla przedsięwzięć służących ochronie standardu i jakości życia rodziny, warunkujących rozwój potomstwa oraz budowanie/wzmacnianie sił i potencjału grupy rodzinnej – interwencja w przypadkach ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego i pojawienia się oznak bezradności społecznej.

6. Orientacja na przedsięwzięcia sprzyjające wyzwaniu i utrwalaniu predyspozycji do grupowej samopomocy oraz nabywaniu indywidualnych umiejętności wyrównania szans w życiu osobistym i społecznym.

7. Uruchamianie mechanizmów wczesnej interwencji i socjoterapii zapobiegającej degradacji rodziny z kręgu wysokiego ryzyka socjalnego – praca socjalna narzędziem zapobiegania wchodzeniu osób/rodzin w obszar zagrożenia bezpieczeństwa socjalnego, demoralizacji i patologii społecznych.

8. Priorytet dla programów interwencyjnych, ratowniczych oraz asekuracja osób żyjących w warunkach wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego (*priorytet: dzieci i młodzież*) oraz zagrożonych instytucjonalizacją (*najstarsi, samotni, niepełnosprawni*).

9. Preferencje dla programów interwencyjnych adresowanych do grup wysokiego ryzyka instytucjonalizacji (*najstarsi, samotni, niepełnosprawni*).

10. Integrowanie społeczności lokalnej wokół problemów przeciwdziałania i ograniczania rozmiarów niedostosowania, demoralizacji i patologii społecznej przestępczości nieletnich, grożących deprawacją rówieśników oraz marginalizacją i wykluczeniem społecznym – profilaktyka przed sankcją.

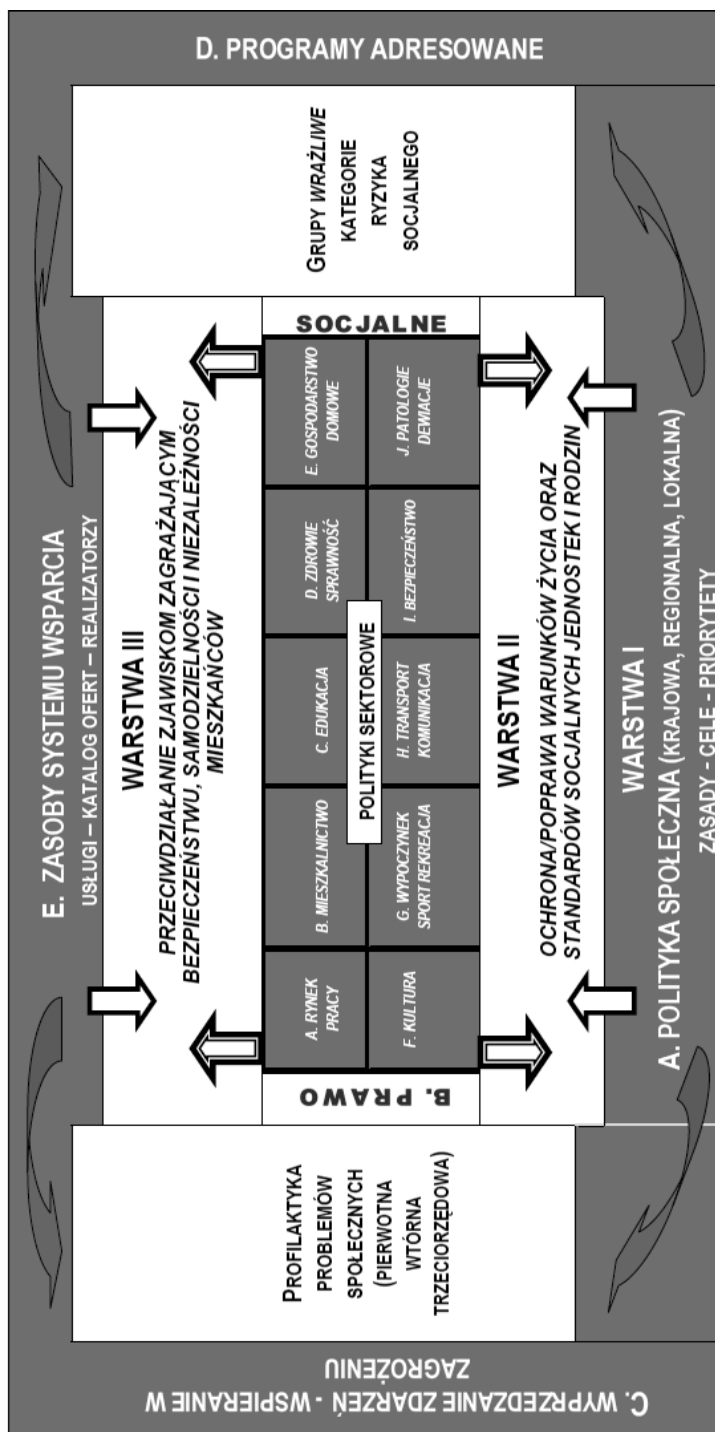
Priorytet dla programów i działań zwiększających szanse wyjścia rosnącej liczby osób z kręgu beneficjentów świadczeń społecznych poprzez zatrudnienie i/lub podjęcie własnej działalności gospodarczej (w tym: *przedsięwzięcia w ramach ekonomii społecznej*).

Przyjęto także założenie, by w toku budowania strategii rozwiązywania problemów społecznych uwzględnić cztery zasadnicze wymiary jakości życia mieszkańców społeczności:

- 1) środowisko zamieszkania,
- 2) stosunki interpersonalne,
- 3) uczestnictwo i zaangażowanie w życiu społeczności (*partycypacja*),
- 4) stabilność/trwałość rozwiązań, instytucji i działań w sferze społecznej.

A. WARSTWA I
POWIATOWEJ STRATEGII
ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH
JAKO INTEGRALNA CZĘŚĆ POLITYKI SPOŁECZNEJ



Rys. 1. Wielowarstwowa architektura powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych – warstwa I

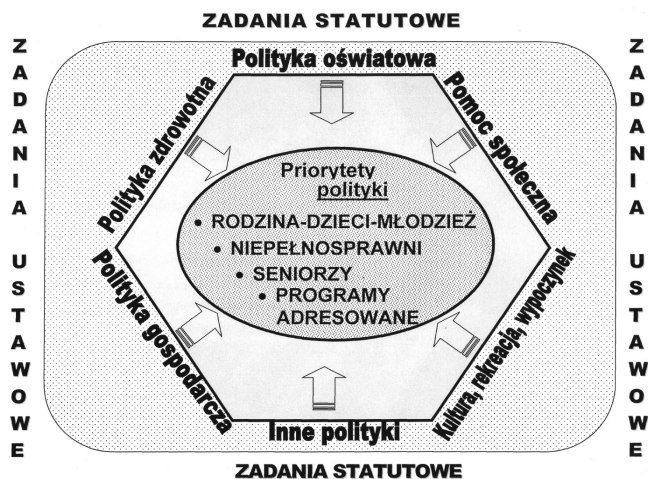
Przygotowana strategia rozwiązywania problemów społecznych zakotwiczona została w koncepcji polityki społecznej opartej na solidaryzmie społecznym, podmiotowości i partycypacji obywateli oraz tworzona jest zgodnie z zasadą pomocniczości państwa¹⁰. Polityka społeczna rozumiana jest jako działania będące racjonalną odpowiedzią na przemiany demograficzne, gospodarcze oraz społeczno-kulturowe, dające jednostkom i grupom: (1) możliwość harmonijnego rozwoju, (2) możliwość udziału w kulturze i życiu społecznym, (3) szansę prowadzenia aktywnego i niezależnego życia. Ponadto polityka społeczna to przewodnik działania: (1) opierający się na zadeklarowanych wartościach i zasadach, (2) określający i wyjaśniający posłannictwo (misja), (3) obejmujący możliwości i cele przedsięwzięć organizacyjno-instytucjonalnych (wizja), (4) wymuszający zachowania właściwe z punktu widzenia przyjętych celów i zadań, (5) nakreślający przydział odpowiedzialności i towarzyszącą temu delegację kompetencji (władza) na wszystkie poziomy organizacyjne struktur państwa i społeczeństwa obywatelskiego.

Do tradycyjnych obszarów polityki społecznej (*zdrowie, bezpieczeństwo społeczne, pomoc społeczna*) i dominujących do niedawna form działania w obszarze ryzyka socjalnego (*interwencja, ratownictwo społeczne*) współcześnie dopisujemy takie kwestie, jak: rozwój dzieci i młodzieży, wzmacnianie rodziny, mieszkalność oraz zatrudnienie z przypisanymi im świadczeniami, edukację i rynek pracy, bezpieczeństwo publiczne, a także kulturę, komunikowanie oraz zajęcia czasu wolnego itp. (szerzej: *organizacja życia społecznego służąca poprawie jakości życia*).

Polityka społeczna opierając się na jakimś jednym podsystemie (*rynek pracy, edukacja, zdrowie, pomoc społeczna* itp.), musi jednak działać na rzecz większych całości społecznych (*społeczeństwa, zbiorowości, grup, kategorii społecznych, jednostek*), pełniąc pewną globalną rolę przy coraz bardziej ograniczonych możliwościach, działaniach i kurczących się zasobach (*opcja: równoważenia potrzeb i możliwości*) (rys. 2).

Kluczową zasadą współczesnej polityki społecznej jest wyprzedzanie zdarzeń opierające się na formule – profilaktyka przed interwencją. Zasadę tę wpisujemy do strategii rozwiązywania problemów społecznych (adresatów, cele i działania profilaktyki pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej zamieszczono w tab. 2).

¹⁰ Pomocniczość państwa oznacza, iż nie odbiera się ludziom, grupom społecznym i instytucjom możliwości robienia tego, co leży w granicach ich możliwości, a wsparcie pojawia się, gdy człowiek (grupa/instytucja) nie może sam sobie pomóc, pomoc zaś jest wycofywana, gdy osiągnięta jest samodzielność podmiotu – wsparcie powinno wzmacniać potencjał i autonomię biorcy. Uprawnienia do działania umiejscawiane są tam, gdzie lokowana jest odpowiedzialność za skutki podjętych decyzji. Subsydiarność to zakaz pozbawiania, nakaz towarzyszenia, pomoc dla samopomocy, a także zobowiązanie do działania, jak i samoograniczania się (władz, zbiorowości, obywateli).



Rys. 2. Udział polityk sektorowych w realizacji zadań polityki społecznej

Źródło: Z. Woźniak

W prezentowanej strategii rozwiązywania problemów społecznych celem profilaktycznym towarzyszą programy służące:

1) promocji i tworzeniu warunków równego startu różnych kategorii społecznych, a zwłaszcza najmłodszego pokolenia – istotnym składnikiem strategii jest promocja programów służących budowaniu odpowiedzialności oznaczającej zdolność właściwego reagowania na wyzwania życia, co w odniesieniu do młodzieży oznacza, że wejście w samodzielne, niezależne życie to realne, a nie tylko prawne przejście współodpowiedzialności za własny rozwój i późniejszy standard życia oraz miejsce w strukturze społecznej;

2) kompensowaniu obniżonego standardu życia w wyniku deficytów zdrowotnych i/lub intelektualnych bądź zdarzeń losowych;

3) uczeniu przejmowania pełnej lub częściowej samoopieki i samopomocy we wczesnych fazach socjalizacji, a wśród osób z grup wysokiego ryzyka socjalnego tak szybko, jak to tylko możliwe i na ile są one do tego zdolne;

4) ochronie przed dyskryminacją, marginalizacją i wykluczeniem społecznym oraz przed bezradnością – uruchamianie adekwatnych do potrzeb procedur interwencyjnych, szczególnych form świadczeń i usług;

5) kontroli społecznej w odniesieniu do: demoralizacji, deprawacji, przemocy oraz zjawisk określanych mianem patologii społecznej;

6) udzielaniu doraźnej, okresowej pomocy osobom/grupom znajdującym się przejściowo w trudnej sytuacji życiowej – społeczność jest zobowiązana do przyjmowania odpowiedzialności za ludzi zależnych, którzy w szerokim sensie znaczenia są zależni do działania wspólnoty, jednym z zadań jest także edukacja osób zależnych, by zachowywać się i żyć odpowiedzialnie.

Tabela 2. Poziomy, adresaci i cele profilaktyki problemów społecznych

Profilaktyka problemów społecznych			
Poziom	Adresaci	Cele	Działania
I. Profilaktyka pierwotna (profilaktyka I ^o : uniwersalna, uprzedzająca)	Działania najwcześniejsze, niezróżnicowane – adresowane do wszystkich członków społeczności i/lub szerszych zbiorowości.	<p>1. Osiągnięcie przez członków społeczności lokalnych większej wrażliwości i świadomości:</p> <p>a) źródeł określonych rodzajów problemów społecznych i zagrożen z tym związanych,</p> <p>b) roli organizacji i funkcjonowania społeczeństwa jako całości oraz zbiorowości w powstawaniu i rozwiązywaniu problemów społecznych,</p> <p>c) praw i obowiązków osób z grup wrażliwych (<i>ubóstwo, bezrobocie, bezdomność, bezradność, nieprzystosowanie społeczne, dewiacje itp.</i>) oraz możliwości ich pełnego udziału w życiu zbiorowym.</p> <p>2. Wyprowadzenie zjawisk i zdarzeń generujących problemy społeczne i/lub zmniejszenie ryzyka ich rozwoju.</p> <p>3. Zwiększanie potencjału psychofizycznego, zdrowotnego, kulturowego i ekonomicznego populacji.</p> <p>4. Redukowanie/usuwanie źródeł deficytów, nierówności społecznych oraz ryzyk prowadzących do powstawania problemów społecznych.</p> <p>5. Dostarczanie informacji na temat objawów i przyczyn utraty przez jednostki/grupy bezpieczeństwa socjalnego i/lub zagrożenia marginalizacją lub wykluczeniem społecznym (tzw. <i>grupy wrażliwe</i>).</p> <p>6. Obniżenie rozmiarów nieprzystosowania, dewiacji i patologii społecznej w populacji – zapobieganie dysfunkcjom jednostek, grup i instytucji w społeczności lokalnej i w szerszych zbiorowościach.</p>	<p>1. Działania wzmacniające zdolności adaptacyjne systemu społecznego m.in. poprzez:</p> <p>a) promowanie/wspieranie zachowań zgodnych ze społeczeństwem akceptowanymi normami, wartościami i postawami w relacjach międzyludzkich,</p> <p>b) tworzenie nowych struktur i mechanizmów rozwiązywania problemów społecznych,</p> <p>c) dostarczanie informacji na temat objawów i przyczyn utraty przez jednostki/grupy bezpieczeństwa socjalnego i/lub zagrożenia marginalizacją lub wykluczeniem społecznym (tzw. <i>grupy wrażliwe</i>),</p> <p>d) wzmacnianie postaw prospołecznych – rozwijanie/wzmocnianie zdolności radzenia sobie ludzi z problemami życiowymi (w <i>tym trening asertywności</i>),</p> <p>e) budowanie alternatyw i przeciwwagi dla zachowań generowanych przez problemy społeczne.</p> <p>2. Upowszechnianie i wdrażanie zdrowotnych programów profilaktyczno-promocyjnych (<i>choroby przewlekłe, zaburzenia psychiczne, schorzenia upośledzające sprawność, uzależnienia, zdrowie w szkole, środowisku zamieszkania i zakładzie pracy</i>):</p> <p>a) ocena oraz redukcja czynników ryzyka zdrowotnego (<i>ograniczenie i/lub zaniechanie stosowania używek, wykrywanie źródeł chorób przewlekłych i ostrych, przeciwdziałanie bezczynności i spadkowi kondycji psychofizycznej</i>),</p> <p>b) poradnictwo na rzecz modyfikacji/zmiany stylu życia i dostarczanie narzędzi temu służących – propagowanie zdrowego żywienia, aktywnego wypoczynku i rekreacji, różnorodnych form relaksu, aktywizacji intelektualnej itp.,</p>

		<p>7. Budowanie podstaw społecznego sprzeciwu wobec przejawów dyskryminacji osób z <i>grup wrażliwych</i> – otwarcie osobom z <i>grup wrażliwych</i> dróg umożliwiających włączenie się w główny nurt życia społecznego (<i>świadomość społeczna, ustawodawstwo</i>).</p>	<p>c) monitorowanie problemów zdrowotnych w populacji, d) zapobieganie wypadkom i urazom. 3. Upowszechnianie informacji na temat rozmiarów/źródeł/sprawców oraz konsekwencji jednostkowych i grupowych zachowań społecznych, dewiacyjnych oraz patologicznych. 4. Rozwój zróżnicowanych tematycznie form edukacji dorosłych (<i>kształcenie ustawiczne</i>) – edukacja społeczna i zdrowotna służąca zwiększaniu/utrzymaniu przez obywateli kontroli nad biegiem własnego życia (<i>samokontrola, samoopieka, samopomoc</i>). 5. Przebudowa struktur i instytucji edukacyjnych oraz rynku pracy, umożliwiająca kształcenie/doskonalenie zawodowe/przekwalifikowanie oraz dostęp do rynku pracy osób z <i>grup wrażliwych</i>. 6. Budowanie w świadomości społecznej realnego obrazu położenia, warunków życia i funkcjonowania <i>grup wrażliwych</i> (<i>instytucje oświatowe i wychowawcze, socjalizacja grup rówieśniczych, organizacje pozarządowe, media</i>). 7. Generowanie przestrzeni publicznej dla działań organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z <i>grup wrażliwych</i>.</p>
<p>II. Profilaktyka wtórna (profilaktyka II^o: <i>selektywna, objawowa</i>)</p>	<p>Działania skierowane do jednostek, kategorii społecznych, grup i subkultur: 1. Podwyższonego i wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa społecznego.</p>	<p>1. Wczesne wykrycie/inwentyzacja dysfunkcji, nieprzystosowania, dewiacji i/lub patologii społecznych. 2. Ujawnianie zjawisk/zachowań zagrażających spójności społecznej oraz lokalizowanie barier ograniczających funkcjonowanie osób/grup wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa społecznego i/lub marginalizacji oraz wykluczenia społecznego. 3. Wczesne podjęcie działań korekcyjnych, naprawczych i/lub terapeutycznych.</p>	<p>1. Prawna ochrona statusu oraz warunków życia członków <i>grup wrażliwych</i> i ich uczestnictwa w życiu zbiorowym (<i>ustawodawstwo antydyskryminacyjne i socjalne sprzyjające resocjalizacji, reedukacji, integracji oraz normalizacji</i>) – działania na poziomie władz centralnych i w regionie. 2. Pomiar i analiza korelatów problemów społecznych występujących w społeczności lokalnej (<i>zasieg, głębokość, specyficzność</i>) – opracowanie profilu socjoekonomicznych i zdrowotnych grup ryzyka dla poszczególnych rodzajów problemów społecznych.</p>

Profilaktyka problemów społecznych			
Poziom	Adresaci	Cele	Działania
	<p>2. Zagrożonych marginalizacją i/lub wykluczeniem społecznym.</p> <p>3. Wykazujących wczesne oznaki nieprzystosowania, dewiacji i/lub patologii społecznych.</p>	<p>4. Obiektywizacja potencjału i zdolności osób z grup wrażliwych.</p> <p>5. Obniżanie/eliminowanie ryzyka nawrotu zjawisk generujących problemy społeczne oraz powstrzymywanie dalszego pogłębiania dysfunkcjonalności jednostek, grup i instytucji.</p> <p>6. Ograniczanie czasu trwania zjawisk zaliczanych do problemów społecznych.</p>	<p>3. Opracowanie i wdrożenie strategii służących korygowaniu/ zmianie warunków generujących problemy społeczne oraz ich skutków jednostkowych i zbiorowych.</p> <p>4. Inwentaryzacja i monitoring położenia oraz stanu zdrowia i sprawności jednostek z grup ryzyka utraty bezpieczeństwa społecznego i/lub marginalizacji oraz wykluczenia społecznego, a także nieprzystosowania, dewiacji i patologii społecznych.</p> <p>5. Profelowanie programów profilaktyczno-promocyjnych oraz integracyjnych dla jednostek i z grup ryzyka, wykrytych w badaniach diagnostycznych.</p> <p>6. Opracowanie/wdrażanie programów wspierających jednostki i rodziny w samodzielnym rozwiązywaniu trudności i problemów życiowych generowanych przez problemy społeczne – w tym zwłaszcza służących dostępności/utrzymaniu w systemie edukacji i/lub na rynku pracy.</p> <p>7. Wspieranie przedsięwzięć służących zwiększaniu samokontroli, samoopieki i samopomocy osób zagrożonych skutkami określonych rodzajów problemów społecznych.</p> <p>8. Uruchamianie wszelkich dostępnych środków ograniczania/eliminowania możliwości utrwalaania się/nawrotów skutków problemów społecznych.</p> <p>9. Likwidowanie i przeciwdziałanie utrzymywaniu się barier prawnych oraz społecznych uniemożliwiających osobom z grup ryzyka partycypację społeczną.</p> <p>10. Uruchamianie programów edukacyjnych służących funkcjonowaniu osób z grup ryzyka w roli rzeczownika własnych spraw i interesów.</p>

<p>III. Profilaktyka trzeciorzędowa (profilaktyka III^o: <i>zachowawczo-powstrzymująca</i>)</p>	<p>Działanie adresowane do osób/grup:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Z deficytami generowanymi przez problemy społeczne. 2. Z objawami zależności psychospołecznej. 3. Charakteryzujących się bezradnością (zwłaszcza wyuczoną) i rozstrzeniowością. 4. Funkcjonujących poza głównym nurtem życia społeczność (wykluczenie, marginalizacja, izolacja). 5. Wobec których zawiódła interwencja, korekcja i/lub resocjalizacja. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalizowanie/usuwanie następstw problemów społecznych. 2. Zapobieganie wtórnym skutkom problemów społecznych i ich zwiłokrotnionemu wpływowi na ograniczenia funkcjonalne i/lub restrykcje w sferze aktywności życiowej oraz społecznej członków społeczności. 3. Obniżenie rozmiarów nieprzystosowania, dewiacji i patologii społecznych oraz liczby zagrożonych wykluczeniem społecznym, marginalizacją i/lub izolacją. 4. Ograniczanie/redukcja/eliminowanie skutków problemów społecznych i przeciwdziałanie ich nawrotom – w tym przerywanie procesu deprawacji i wywołania się członków społeczności uwikłanych w zdarzenia wywołane problemami społecznymi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inwentaryzacja i monitoring położenia oraz funkcjonowania jednostek/grup zmarginalizowanych, nieprzystosowanych, dewiacyjnych oraz z kręgu patologii społecznych. 2. Opracowanie/wspieranie/realizowanie programów korekcyjno-resocjalizujących i/lub terapeutycznych w stosunku do osób przejawiających zachowania dewiacyjne i patologiczne. 3. Uruchamianie programów służących przygotowaniu jednostek/rodzin wysokiego ryzyka marginalizacji, wykluczenia społecznego oraz nieprzystosowania, dewiacji i patologii społecznych do radzenia sobie z codziennymi trudnościami – w tym: <ol style="list-style-type: none"> a) wizyty patrolażowe w rodzinach z problemami, b) reedukacja społeczna, c) dostarczanie narzędzi zmiany sposobu życia, d) utrzymanie zdolności do zatrudnienia (<i>edukacja, kwalifikacje zawodowe</i>), e) poszerzanie dostępności pomocy w sytuacjach kryzysowych, f) poradnictwo/wsparcie prawne, psychologiczne, medyczne i/lub socjalne. <p>Priorytet: jednostki/rodziny funkcjonujące przez długi okres pod presją zjawisk, sytuacji oraz zdarzeń wywołanych problemami społecznymi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Inicjowanie/wspieranie przedsięwzięć na rzecz przeciwdziałania konsekwencjom będącym pochodną problemów społecznych – priorytet: ochrona dzieci i młodzieży przed skutkami zjawisk i zdarzeń generowanych przez problemy społeczne. 5. Promowanie/wspieranie równego traktowania osób z <i>grup wrażliwych</i>, ich samowystarczalności ekonomicznej, pełnej partycypacji społecznej oraz prowadzenia samodzielnego, niezależnego życia (<i>edukacja, resocjalizacja, podjęcie powrotu do pracy, integracja społeczna</i>).
---	--	---	--

Profilaktyka problemów społecznych			
Poziom	Adresaci	Cele	Działania
			<p>6. Uruchamianie programów służących utrzymaniu/zwiększeniu niezbędnego dla funkcjonowania stanu zdrowia i sprawności oraz poziomu niezależności życiowej, samokontroli, samoopieki i samopomocy wśród osób/grup uwikłanych w zjawiska, procesy i zdarzenia wywołane problemami społecznymi.</p> <p>7. Wspieranie programów i podmiotów adresujących działalność do kręgów doświadczających skutków zjawisk, procesów i zdarzeń wywołanych problemami społecznymi – prioritytet: programy rokujące szanse powrotu jednostek/rodzin z grup <i>wrażliwych</i> do normalnego funkcjonowania (<i>zwłaszcza dzieci i młodzieży</i>).</p>

Źródło: Z. Woźniak

Tak rozumiana polityka społeczna stanowi zatem niezbędny składnik strategii rozwiązywania problemów społecznych, bowiem jej zasady, cele i zadania są stosowane po to, by:

- 1) umożliwić ludziom budowanie godnych warunków życia i rozwoju;
- 2) opanowywać i powstrzymywać siły destrukcyjne, zagrażające rozwojowi jednostkowemu i zbiorowemu;
- 3) tworzyć warunki sprzyjające artykułowaniu interesów różnorodnych grup społecznych, w tym zwłaszcza grup mniejszościowych oraz zagrożonych utratą bezpieczeństwa socjalnego, a także marginalizacją i/lub wykluczeniem społecznym.

Polityka społeczna na rzecz jednostek i grup zagrożonych marginalizacją oraz wykluczeniem

Wsparcie społeczne dla jednostek/rodzin z syndromem wykluczenia i bezradności społecznej oznacza zorganizowaną, celową działalność władz publicznych i innych podmiotów społecznych kierowaną do osób/grup szczególnego ryzyka znalezienia się poniżej progu bezpieczeństwa socjalnego i/lub utraty podstawowych związków społecznych, służącą odbudowie, poprawie i/lub utrzymaniu standardu życia oraz statusu społecznego tych, którym na pojawiające się/utrzymujące się trudności i problemy w funkcjonowaniu zagrażać może:

- 1) utrata kontroli nad biegiem zdarzeń życiowych,
- 2) utrwalanie warunków prowadzących do ubóstwa i bezradności,
- 3) degradacja społeczna,
- 4) wejście na ścieżkę deprawacji, demoralizacji i/lub kolizji z prawem,
- 5) pozostawanie poza głównym nurtem życia społeczności.

Do kategorii wysokiego ryzyka marginalizacji i wykluczenia społecznego zalicza się: ubóstwo, bezrobocie, bezdomność, długotrwałą chorobę i/lub niepełnosprawność, uzależnienia, dewiacje i patologie społeczne, przestępczość i przemoc, stany nadzwyczajne, wywołane klęskami żywiołowymi, katastrofami i/lub zdarzeniami losowymi zagrażającymi natychmiastową lub nieodległą w czasie utratą bezpieczeństwa fizycznego i socjalnego jednostek/grup i społeczności.

Programy adresowane do osób/grup z syndromem wykluczenia i bezradności są opartą na wartościach legislacyjno-instytucjonalnych odpowiedzią na problemy i potrzeby mieszkańców znajdujących się w trudnej sytuacji, której przezwyciężenie wymaga:

- 1) kształtowania ogólnych warunków rozwoju życia mieszkańców powiatu,
- 2) wsparcia z zewnątrz (pomoc kręgów społecznych, organizacji i instytucji społecznych),
- 3) odbudowy/wspierania warunków umożliwiających odzyskanie/utrzymanie samodzielności w rozwiązywaniu problemów życiowych i/lub radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych,
- 4) kształtowania/wspierania warunków sprzyjających wyzwaniu wrażliwości i aktywności społecznej,
- 5) wspomagania jednostek/grup dotkniętych problemami w radzeniu sobie z zadaniami rozwojowymi,
- 6) stwarzania możliwości sprostania aktualnym i przyszłym zagrożeniom socjalnym oraz problemom związanym ze zmianami zachodzącymi w społeczności i społeczeństwie globalnym.

Programy adresowane do jednostek/grup z syndromem wykluczenia i bezradności osadzone są w rozwiązaniach prawno-instytucjonalnych systemu zabezpieczenia społecznego, pomocy społecznej, zróżnicowanych formach działania organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego.

Tym, co uruchamia zasoby społeczności w sytuacjach kryzysowych, służące zaspokojeniu potrzeb i wywołaniu zmian warunkujących poprawę skuteczności działania, jest praca socjalna służąca identyfikacji, minimalizowaniu lub usuwaniu nierównowagi między jednostką a jej społecznym otoczeniem oraz wzmacnianiu potencjału jednostek, grup i społeczności – tym zaś, co winno ożywiać społeczność i jej zasoby, jest idea rzecznicstwa praw i interesów ludzi/grup zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem.

Zasady ogólne polityki społecznej:

- podmiotowość, ochrona godności osoby ludzkiej,
- sprawiedliwość oraz równość w dostępie do urządzeń infrastruktury społecznej i świadczeń społecznych,
- solidaryzm, wymiana międzypokoleniowa i międzygrupowa,
- współodpowiedzialność oraz kooperacja zróżnicowanych podmiotów polityki społecznej (władz publicznych, instytucji społecznych, organizacji pozarządowych, rodzin),
- aktywność zainteresowanych, partycypacja społeczna i partnerstwo,
- uniwersalizm oraz selektywność w wyborze celów i działań służących zaspokajaniu potrzeb,
- preferowanie/premiowanie pracy socjalnej oraz profilaktyki przed interwencją w rozwiązywaniu problemów i zaspokajaniu potrzeb jednostek/rodzin,
- ciągłość działania, trwałość, jakość i efektywność rozwiązań systemowych,
- pomocniczość państwa (delegowanie przez władze publiczne własnych uprawnień na najniższe szczeble realizacyjne, zwłaszcza do organizacji pozarządowych).

Źródło: Z. Woźniak

Globalne cele polityki społecznej:

- ochrona/poprawa warunków i jakości życia mieszkańców, zwłaszcza osób/grup najsłabszych – dzieci i młodzieży, niepełnosprawnych oraz najstarszych obywateli i rodzin problemowych,
- zwiększanie kompetencji i uczestnictwa jednostek/grup w rozwiązywaniu własnych problemów,
- wzmacnianie potencjału społeczności służącego rozwojowi osobowemu, aktywności i samorealizacji oraz zdolności do samoopieki i samopomocy,
- pomoc w odbudowie/utrzymaniu/poprawie relacji jednostek/grup z problemami życiowymi z ich światem społecznym – tworzenie/odbudowa/wspieranie naturalnej sieci pierwotnych kontaktów i stosunków społecznych (rodzina, sąsiedztwo, kręgi przyjaciół i znajomych, społeczność osiedlowa),
- gwarantowanie odpowiednich ilościowo i jakościowo oraz adekwatnych do potrzeb świadczeń i usług,
- wyprzedzanie zdarzeń i przeciwdziałanie stanom groźącym trwałym zubożeniem, degradacją społeczną, utratą samodzielności życiowej bądź niezależności obywateli.

Priorytety programów polityki społecznej adresowanych do kategorii wysokiego ryzyka marginalizacji i wykluczenia społecznego

1. Tworzenie infrastruktury instytucjonalnej wspomagającej programy rozwiązywania problemów społecznych i umożliwiającej hierarchizację zadań w programach adresowanych do jednostek/rodzin z syndromem bezradności (badania naukowe, diagnoza społeczna, wspieranie organizacji pozarządowych, monitorowanie i ewaluacja programów socjalnych).

2. Eliminowanie/redukowanie czynników sprzyjających ubożeniu, izolacji, marginalizacji i wykluczeniu społecznemu jednostek i grup oraz uruchomienie ścieżek szybkiego reagowania na sytuacje kryzysowe w sferze biofizycznej, psychoemocjonalnej i socjoekonomicznej na poziomie jednostki i środowiska.

3. Tworzenie infrastruktury prawno-instytucjonalnej służącej odbudowie statusu materialnego i społecznego jednostek/grup ryzyka socjalnego oraz realizowaniu rzecznicstwa interesów i potrzeb osób/rodzin z syndromem bezradności.

4. Rozwijanie/udostępnianie/wspieranie programów edukacyjnych i szkoleniowych służących nabywaniu wiedzy i umiejętności koniecznej do odzyskania/utrzymania/rozwoju samoopieki, samodzielności, zaradności i niezależności osób/grup z kręgów ryzyka socjalnego i/lub zagrożonych bezradnością, marginalizacją, i/lub wykluczeniem społecznym.

5. Rozwój/wspieranie zróżnicowanych form działań na rzecz integracji międzypokoleniowej, międzygrupowej i międzyinstytucjonalnej w sprawowaniu opieki i udzielaniu wsparcia osobom/grupom z kręgu ryzyka socjalnego i zagrożonych bezradnością.

6. Tworzenie/wspieranie systemu instytucjonalnego rzecznicstwa osób i rodzin z syndromem bezradności (edukacja społeczeństwa, media, organizacje społeczne, lobby w świecie polityki).

Źródło: Z. Woźniak

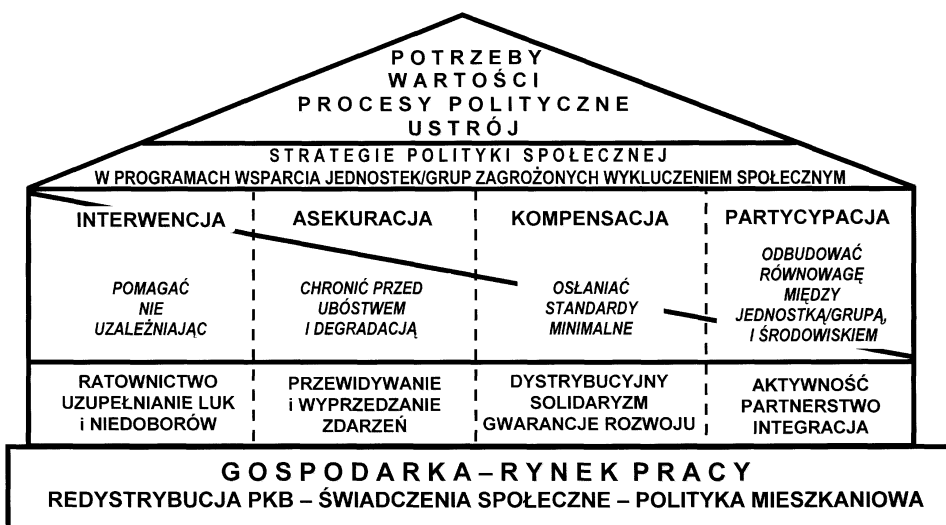
W ramach powiatowych programów rozwiązywania problemów społecznych powinny być uruchamiane cztery następujące kluczowe formy działań, w zależności od: potrzeb, warunków środowiskowych oraz zasobów ludzkich, infrastrukturalnych i finansowych (rys. 3).

1. Wspieranie w zagrożeniu (*interwencja – likwidacja niedoborów, rozwiązywanie istniejących problemów i zaspokajanie potrzeb po stwierdzeniu, co się komu przydarzyło; działania podejmowane głównie w przypadkach uzasadnionych zagrożeniem dla spójności społecznej w powiecie).*

2. Wyprzedzanie zdarzeń (*profilaktyka i asekuracja – przewidywanie tego, co może przytrafić się jednostce lub grupie i zapobieganie tym przewidywanym sytuacjom oraz generowanie pola aktywności i samodzielności podmiotów).*

3. Wyrównywanie szans/utraconych możliwości (*kompensacja – ochrona rozwoju i/lub ochrona/odbudowa statusu materialnego i społecznego zgodnie z obowiązującymi zasadami polityki społecznej i ustawodawstwem).*

4. Współuczestnictwo – współudział (*partycypacja – integracja społeczna, budowanie warunków i rozwoju oraz współuczestnictwa ludzi i podmiotów instytucjonalnych w podejmowaniu decyzji, a także realizacji celów i zadań z zakresu polityki społecznej).*



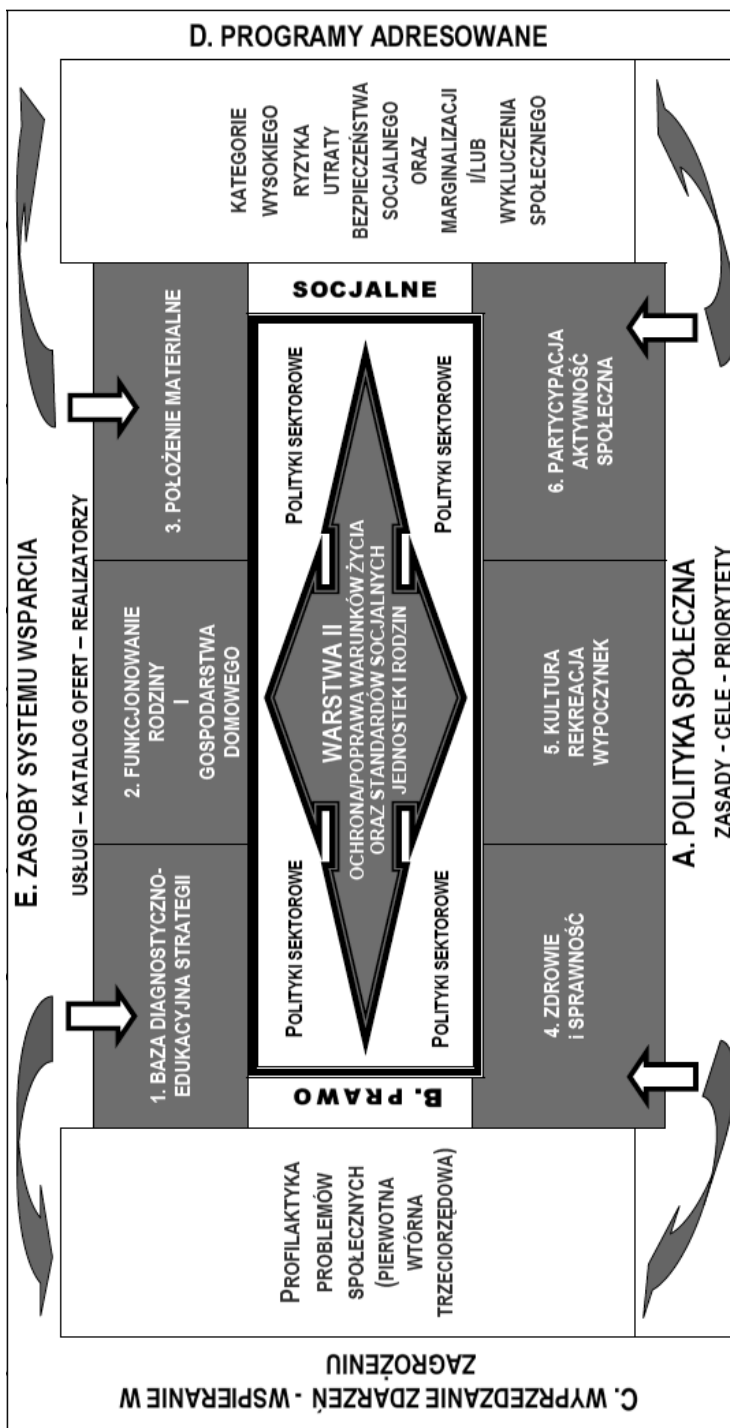
Rys. 3. Funkcje strategii polityki społecznej na rzecz jednostek/grup zagrożonych marginalizacją i/lub wykluczeniem

Źródło: Z. Woźniak

B. WARSTWA II

POWIATOWEJ STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

OCHRONA/POPRAWA WARUNKÓW ŻYCIA
ORAZ STANDARDÓW SOCJALNYCH JEDNOSTEK I RODZIN



Rys. 4. Wielowarstwowa architektura powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych – warstwa II

Tabela 3. Cele operacyjne strategii polityki społecznej – warstwa II

DOMENA PROGRAMOWA	
I. Baza diagnostyczno-edukacyjna strategii	
Cele operacyjne	Zadania
<p>A. Poszerzenie bazy informacyjno-analitycznej potrzeb i problemów społecznych w powiecie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budowa powiatowego systemu diagnostyczno-analitycznego identyfikującego natężenie potrzeb i problemów społecznych w gminach – prowadzenie cyklicznych badań umożliwiających diagnozę czynników ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego i wejścia w spiralę wykluczenia społecznego. 2. Inwentaryzacja/monitoring problemów społecznych i grup ryzyka oraz tworzenie/aktualizowanie mapy zagrożeń socjalnych i zdrowotnych w poszczególnych gminach – diagnoza warunków życia rodzin oraz dzieci i młodzieży (cykliczna realizacja). 3. Tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu <i>wczesnej sygnalizacji zagrożeń</i> i mechanizmów <i>wczesnej interwencji</i> w obszarach wysokiego ryzyka socjalnego. 4. Dokonywanie bieżącej analizy sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej w powiecie jako bazy oceny realizacji przyjętych celów strategii i dokonywania zmian w zapisach tego dokumentu.
<p>B. Wzmacnianie wrażliwości społeczności lokalnej na problemy społeczne i pobudzanie aktywności społecznej sprzyjającej ich rozwiązywaniu</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wspieranie/uruchamianie programów dostarczających informacji o zagrożeniach w życiu współczesnych społeczeństw i sposobach ich prewencji oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach, uczących odporności na manipulację medialną, grupową, ekonomiczną. 2. Rozwijanie/wspieranie lokalnej infrastruktury informacyjnej i edukacyjnej, wspomagającej mieszkańców powiatu w rozumieniu globalnych i lokalnych problemów społecznych. 3. Upowszechnianie informacji na temat źródeł, konsekwencji i sposobów rozwiązywania problemów społecznych (<i>kampanie medialne, placówki oświatowo-wychowawcze, osiedla, sąsiedztwo, parafia</i>). 4. Wspieranie/wdrażanie programów otwierających świadomość obywateli na problemy osób starszych i ludzi niepełnosprawnych oraz zagrożenia cywilizacyjne i zachowania prowadzące do utraty bezpieczeństwa fizycznego, zdrowotnego, socjalnego (adresat priorytetowy: młode pokolenie). 5. Promowanie/wspieranie/wdrażanie programów sprzyjających zmianie stereotypowych wyobrażeń na temat: źródeł, skutków, zapobiegania i wychodzenia z: ubóstwa, uzależnień, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności. 6. Uruchamianie programów aktywizujących istotne dla profilaktyki segmenty społeczności – zwłaszcza rozbudowa poradnictwa i edukacji środowiskowej adresującej swoją działalność do podmiotów wychowujących, kobiet i młodzieży. 7. Edukacja podmiotów publicznych w kwestiach związanych z możliwościami zapobiegania oraz eliminowania problemów i zagrożeń społecznych. 8. Tworzeniu klimatu służącego racjonalizowaniu postaw społecznych wobec osób/rodzin problemowych i uzyskiwaniu aprobaty społecznej dla udzielania im wsparcia.

DOMENA PROGRAMOWA	
II. Funkcjonowanie gospodarstwa domowego i rodziny	
Cele operacyjne	Zadania
<p>A. Udzielanie wsparcia umożliwiającego jednostkom i rodzinom wysokiego ryzyka socjalnego utrzymanie lub przywrócenie samodzielności i prowadzenie niezależnego życia w ich środowisku społecznym (<i>prewencja i wychodzenie z bezradności</i>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwijanie/wspieranie programów wczesnej interwencji i konsolidujących działania zróżnicowanych podmiotów publicznych wspierających osoby i rodziny z problemami życiowymi w ich środowisku społecznym. 2. Budowa/wzmacnianie zaplecza społecznego i usługowego dla gospodarstw domowych z osobami zagrożonymi degradacją socjoekonomiczną (priorytet: <i>dzieci i młodzież oraz niesamodzielni, zależni dorośli</i>). 3. Wzmacnianie potencjału tkwiącego w jednostce/grupie rodzinnej poprzez inicjowanie/tworzenie/wspieranie programów umożliwiających funkcjonalne powiązanie ze społecznością lokalną i jej instytucjami jednostek/grup zagrożonych utratą bezpieczeństwa socjalnego i bezradnością (<i>preferowane grupy samopomocowe</i>). 4. Inicjowanie/promocja/wspieranie programów służących redukcji czynników zagrażających stabilności i funkcjonalności gospodarstwa domowego/systemu rodzinnego osób wysokiego ryzyka socjalnego (priorytet: <i>rodzice samotnie wychowujący potomstwo</i>). 5. Diagnoza potrzeb i zasobów mieszkaniowych osób/rodzin z kręgów wysokiego ryzyka socjalnego i opracowanie programów ratowniczych w tym obszarze. 6. Tworzenie infrastruktury pomocy doraźnej w rozwiązywaniu problemów jednostek/grup wysokiego ryzyka, opartej na jednolitych i spójnych dla wszystkich podmiotów publicznych standardach świadczenia usług. 7. Inicjowanie/promowanie/wspieranie programów służących: <ol style="list-style-type: none"> a) odbudowie/formułowaniu przez osoby z kręgu wysokiego ryzyka socjalnego realistycznych celów życiowych umożliwiających odzyskanie/utrzymanie kontroli nad rezultatami własnych działań, b) zwiększenie kompetencji jednostek/rodzin w rozwiązywaniu własnych problemów, c) uzyskaniu dostępu do zasobów społeczności, adekwatnych do problemu jednostki/rodziny. 8. Rozwijanie systemu wsparcia dla rodziny (lub jej poszczególnych członków), zróżnicowanego ze względu na różnorodność problemów i potrzeb społecznych – zapewnienie dzieciom i młodzieży z rodzin ubogich posiłków w szkole, wyposażenia w podręczniki i przybory szkolne, wypoczynku w czasie ferii i wakacji, poszerzenie sieci placówek pełniących funkcję pogotowia rodzinnego. 9. Rozwój poradnictwa służącego poprawie/nabywaniu umiejętności racjonalnego gospodarowania budżetem domowym. 10. Wprowadzanie ulg czynszowych/podatkowych dla podmiotów gospodarczych i społecznych stosujących preferencyjne ceny usług socjalnych dla jednostek/rodzin wysokiego ryzyka socjalnego lub świadczących je nieodpłatnie. 11. Budowanie/wzmacnianie infrastruktury doradczej i terapeutycznej dla osób i rodzin z problemami. 12. Ewaluacja programów pomocy socjalnej adresowanych do osób i rodzin z kręgu wysokiego ryzyka socjalnego (<i>poradnictwo, pomoc społeczna wynikająca z przepisów prawnych, praca socjalna w środowisku, terapia uzależnień, socjoterapia itp.</i>).

DOMENA PROGRAMOWA	
II. Funkcjonowanie gospodarstwa domowego i rodziny	
Cele operacyjne	Zadania
B. Ochrona dzieci i młodzieży przed nieprzystosowaniem społecznym, marginalizacją	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ewaluacja programów pomocy socjalnej adresowanych do dzieci i młodzieży zagrożonych ubóstwem. 2. Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego wśród dzieci i ludzi młodych. 3. Opracowywanie/wspieranie/wdrażanie programów kompensujących deficyty socjalizacyjno-wychowawcze i edukacyjne młodego pokolenia. 4. Objęcie opieką/wsparciem dzieci wychowywanych poza rodziną biologiczną: <ol style="list-style-type: none"> a) rozwój zastępczej opieki rodzinnej, b) zabezpieczenie w zasobach gminnych mieszkań dla wychowanków opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze oraz instytucje opieki zastępczej (w tym mieszkań chronionych). 5. Międzygminna/międzypowiatowa/międzyregionalna/międzynarodowa wymiana doświadczeń i programów stabilizujących bezpieczeństwo socjalne młodego pokolenia.
C. Pomiar i eliminowanie barier społecznych generujących ryzyko marginalizacji i wykluczenia społecznego osób z ograniczeniem sprawności	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inwentaryzacja/monitoring grup ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego wśród osób z ograniczeniem sprawności oraz tworzenie/aktualizowanie mapy zagrożeń socjalnych wśród tej kategorii członków społeczności (we współpracy z organizacjami pozarządowymi i placówkami naukowymi). 2. Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego wśród osób z ograniczeniem sprawności. 3. Ewaluacja programów pomocy socjalnej oraz poradnictwa i aktywizacji zawodowej dla osób niepełnosprawnych – modernizacja systemu rehabilitacji zawodowej oraz łagodzenie skutków bezrobocia wśród osób z ograniczeniem sprawności. 4. Międzygminna/międzypowiatowa/międzyregionalna/międzynarodowa wymiana doświadczeń i programów poradnictwa oraz aktywizacji zawodowej dla osób niepełnosprawnych (baza <i>dobrych przykładów</i>).
D. Monitorowanie warunków życiowych seniorów zagrożonych ubóstwem i bezradnością	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inwentaryzacja grup ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego wśród osób starych oraz tworzenie/aktualizowanie mapy zagrożeń socjalnych wśród tej kategorii członków społeczności (we współpracy z organizacjami pozarządowymi i ekspertami). 2. Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji i interwencji zagrożeń w obszarach wysokiego ryzyka socjalnego najstarszego pokolenia (priorytet: <i>osoby 80+ oraz samotne</i>). 3. Ewaluacja programów pomocy socjalnej adresowanych do osób starszych, zagrożonych wykluczeniem społecznym – poszerzanie oferty usługowej dla seniorów zagrożonych ubóstwem i bezradnością oraz instytucjonalizacją.

E. Udzielanie wsparcia bezdomnym i/lub rodzinom zagrożonym bezdomnością	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budowanie/wzmacnianie lokalnej infrastruktury i zasobów dla wczesnej interwencji w odniesieniu do osób i rodzin bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością (<i>diagnoza, informacja, edukacja, praca socjalna, pomoc materialna</i>). 2. Promowanie/wspieranie programów wychodzenia z bezdomności. 3. Tworzenie placówek i innych form pomocy doraźnej dla bezdomnych, umożliwiających im bytowanie w warunkach odpowiadających godności człowieka (priorytet: <i>zapewnienie opieki medycznej</i>). 4. Zapobieganie degradacji osób bezdomnych, pozostających poza placówkami pomocy stacjonarnej poprzez wprowadzenie/przywrócenie aktywnych form pracy socjalnej w środowisku (m.in. tzw. <i>streetworkingu</i>).
DOMENA PROGRAMOWA	
III. Położenie materialne	
Cele operacyjne	Zadania
A. Ochrona statusu materialnego mieszkańców żyjących w kręgu wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja zadań ustawowych służących ochronie położenia materialnego obywateli. 2. Budowa systemu wczesnego sygnalizowania negatywnych zmian w położeniu materialnym rodzin z kręgu ryzyka socjalnego (<i>diagnoza, interwencja i monitorowanie gospodarstw domowych</i>). 3. Opracowanie programu ochrony położenia materialnego mieszkańców żyjących w kręgu wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego (priorytet: <i>dzieci, niepełnosprawni i seniorzy</i>). 4. Zapobieganie degradacji socjoekonomicznej osób i rodzin dotkniętych problemami społecznymi poprzez aktywizowanie sieci wsparcia społecznego i samych zainteresowanych (<i>praca socjalna</i>). 5. Inwentaryzacja/kompensacja deficytów w sferze materialnej, służąca utrzymaniu/poprawie standardu życia jednostkom/rodzinom funkcjonującym w skrajnie niekorzystnych warunkach życia. 6. Ewaluacja programów pomocy socjalnej adresowanych do osób i rodzin z grup ryzyka socjalnego (<i>poradnictwo, pomoc społeczna wynikająca z przepisów prawnych, praca socjalna w środowisku</i>).
B. Pomoc materialno-finansowa dla osób i rodzin znajdujących się w trudnych warunkach życiowych	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budowa/wzmacnianie lokalnej infrastruktury instytucjonalnej, służącej bezpośredniemu świadczeniu pomocy materialnej osobom z grup wysokiego ryzyka socjalnego. 2. Uruchamianie w trybie interwencyjnym pomocy materialnej dla osób i rodzin niemożących własnymi zasobami doprowadzić do zaspokojenia podstawowych potrzeb (priorytet: <i>rodziny z dziećmi, wielodzietne, samotne matki</i>). 3. Opracowanie/wdrażanie programów wychodzenia z kręgu ubóstwa dzieci i młodzieży z rodzin problemowych – dożywianie, wyprawki szkolne, wypoczynek wakacyjny itp.
C. Zapobieganie degradacji ekonomicznej oraz społecznej osób i rodzin zagrożonych bezrobociem i skutkami utraty pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorowanie źródeł i rozmiarów bezrobocia oraz diagnozowanie rynku pracy, służące dostosowaniu kwalifikacji do potrzeb rynku pracy. 2. Przygotowanie/upowszechnienie informacji o zagrożeniach, możliwościach przeciwdziałania i wychodzeniu z bezrobocia. 3. Wspieranie/promocja zajęć dydaktycznych służących budowaniu postaw sprzyjających rozwijaniu umiejętności społecznych oraz przedsiębiorczości młodego pokolenia:

DOMENA PROGRAMOWA	
III. Położenie materialne	
Cele operacyjne	Zadania
	<p>a) inicjowanie/premiowanie/wspieranie projektów dydaktycznych kształcących umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów, budowania i uwalniania kreatywności, otwartości, konstrukttywizmu i przedsiębiorczości,</p> <p>b) upowszechnianie oferty szkolnictwa ponadgimnazjalnego,</p> <p>c) poradnictwo/informacja na temat oczekiwań pracodawców, potrzeb i możliwości rynku pracy,</p> <p>d) inicjowanie/wspieranie warsztatów służących nabywaniu umiejętności autoprezentacji i technik poszukiwania zatrudnienia oraz uruchamiania własnych przedsięwzięć gospodarczych.</p> <p>4. Przygotowanie oferty specjalistycznych kursów i szkoleń służących nabywaniu umiejętności aktywnego poszukiwania pracy i przekwalifikowaniu zgodnym z potrzebami rynku pracy.</p> <p>5. Budowanie i wzmacnianie lokalnej infrastruktury wczesnej interwencji informacyjnej, edukacyjnej i terapeutycznej dla osób i rodzin zagrożonych/dotkniętych bezrobociem.</p> <p>6. Tworzenie/rozbudowa zintegrowanego systemu instytucjonalno-finansowego, chroniącego rodzinę przed utratą bezpieczeństwa socjalnego (z <i>placówkami wczesnej interwencji oraz wsparciem dla rodzin z długotrwale bezrobotnymi rodzicami włącznie</i>).</p> <p>7. Koordynowanie programów socjalnych dla bezrobotnych i ich rodzin z przedsięwzięciami na rynku pracy, realizowanymi w ramach programów unijnych, krajowych/wojewódzkich oraz z działaniami Powiatowego Urzędu Pracy (priorytet: <i>podnoszenie „atrakcyjności” obszaru dla potencjalnych inwestorów i pracodawców – np. wyznaczanie terenów dla działalności pozarolniczej, stosowanie ulg podatkowych dla inwestorów itp.</i>).</p> <p>8. Wspieranie działań konsolidujących przedsięwzięcia zróżnicowanych podmiotów społecznych, sprzyjających tworzeniu nowych możliwości zatrudnienia i przeciwdziałaniu bezrobociu.</p> <p>9. Tworzenie lokalnej infrastruktury socjalnej umożliwiającej włączenie osób krótko- i długotrwale bezrobotnych do aktywizujących programów poszukiwania pracy (priorytet: <i>absolwenci szkół i studiów, rodziny z obojgiem rodziców bez pracy, kobiety, osoby w wieku 50+, niepełnosprawni</i>).</p> <p>10. Inicjowanie/wspieranie inicjatyw samopomocowych służących redukcji negatywnych skutków bezrobocia oraz zapobieganiu problemom wywołanym bezrobociem.</p> <p>11. Tworzenie zachęt sprzyjających uruchamianiu/utrzymaniu dodatkowego (<i>kompensacyjnego</i>) rynku pracy dla osób bezrobotnych – preferencje dla przedsiębiorstw zatrudniających osoby bez pracy, promowanie programów typu: <i>złota rączka</i>, przygotowanie i upowszechnianie informatorów o usługach sąsiedzkich itp. (priorytet: <i>osoby w wieku 50+, niepełnosprawni</i>).</p>

	<p>12. Wspieranie/wdrażanie programów umożliwiających jednostkom i rodzinom wysokiego ryzyka socjalnego utrzymanie lub przywrócenie samodzielności i prowadzenie niezależnego życia w ich środowisku społecznym (priorytet: <i>wspieranie/wdrażanie przedsięwzięć w obszarze ekonomii społecznej/zatrudnienia socjalnego</i>).</p> <p>13. Budowanie/wzmacnianie infrastruktury sektora pomocowego, służącej wsparciu materialnemu i nakierowanej na pracę socjalną z osobami/rodzinami zagrożonymi negatywnymi skutkami bezrobocia.</p>
D. Zapobieganie degradacji ekonomicznej oraz społecznej osób i rodzin bezdomnych i/lub zagrożonych bezdomnością	<p>1. Opracowanie i wdrożenie w programie lokalnej polityki mieszkaniowej modułu dla osób/rodzin zagrożonych bezdomnością i/lub bezdomnych – priorytet: poradnictwo służące odzyskaniu zdolności opłacania czynszu i uniknięciu eksmisji z powodu zadłużenia wobec właściciela nieruchomości oraz udzielanie wsparcia finansowego umożliwiającego utrzymanie posiadanego lokalu (<i>dotatki mieszkaniowe, dopłaty do czynszów, odpracowanie zaległości w opłacaniu czynszu, w skrajnych przypadkach abolicja</i> itp.); tworzenie stałych/rotacyjnych zasobów mieszkaniowych dla bezdomnych rodzin (<i>mieszkania chronione, mieszkania socjalne</i> itp.).</p> <p>2. Wspieranie programów umożliwiających tworzenie/funkcjonowanie placówek udzielających schronienia osobom bezdomnym.</p>
DOMENA PROGRAMOWA	
IV. Zdrowie i sprawność	
Cele operacyjne	Zadania
A. Opracowanie lokalnego systemu prewencji zdrowotnej i terapii	<p>1. Prowadzenie analiz stanu zdrowia ludności – opracowywanie profili socjomedycznych grup ryzyka.</p> <p>2. Opracowywanie okresowych diagnoz epidemiologicznych i socjomedycznych na potrzeby bieżące decydentów oraz programów wojewódzkiej polityki zdrowotnej.</p> <p>3. Budowa/rozwijanie zintegrowanej infrastruktury instytucjonalnej, wspomagającej przygotowywanie i wdrożenie programów promocji zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i szeroko rozumianej ochrony zdrowia – realizowanie programów służących edukacji zdrowotnej oraz generowaniu zachowań prozdrowotnych i generalnie prowadzeniu zdrowego stylu życia.</p> <p>4. Rozwijanie infrastruktury instytucjonalnej i wspieranie/wdrażanie programów opieki zdrowotnej służących rozwiązywaniu najistotniejszych problemów zdrowotnych populacji (<i>choroby-zabójcy</i>) oraz <i>ścieżek szybkiego reagowania</i> na sytuacje kryzysowe w sferze biofizycznej i psychoemocjonalnej na poziomie jednostki i środowiska – w tym opieki długoterminowej i hospicyjnej.</p> <p>5. Likwidowanie barier organizacyjno-finansowych oraz redukcja nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej (infrastruktura instytucjonalno-kadrowa, dostępność, jakość świadczeń).</p>
B. Zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej osobom z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi	<p>1. Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach wysokiego ryzyka utraty zdrowia i sprawności osób z grup ryzyka socjalnego.</p>

DOMENA PROGRAMOWA	
IV. Zdrowie i sprawność	
Cele operacyjne	Zadania
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tworzenie zachęt i bodźców materialnych służących budowie <i>ścieżek dostępu</i> do opieki medycznej dla osób z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi, i/lub zagrożonych uzależnieniami. 3. Wspieranie/wdrażanie inicjatyw i działań sprzyjających otwieraniu/poszerzaniu dostępu grup wysokiego ryzyka zdrowotnego i/lub zagrożonych marginalizacją oraz wykluczeniem społecznym do niezbędnych świadczeń zdrowotnych. 4. Opracowanie/wdrożenie procedur postępowania medycznego dla osób nieubezpieczonych w ciężkim stanie zdrowia (zwłaszcza bezdomnych i uzależnionych). 5. Uruchamianie/wspieranie placówek opiekuńczych dla osób nieubezpieczonych (priorytet: <i>bezdomni, uzależnieni</i>), których stan zdrowia nie wymaga kontynuowania hospitalizacji (<i>schroniska, hostele, domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy, zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne</i> itp.). 6. Budowa/wspieranie rozwoju lecznictwa otwartego i zamkniętego dla osób uzależnionych (priorytet: <i>profilaktyka i terapia HIV/AIDS</i>). 7. Uruchomienie/wspieranie programów poradnictwa psychologicznego dla osób z kręgu ryzyka socjalnego i/lub zagrożonych zjawiskami generowanymi przez problemy społeczne. 8. Wspieranie/wdrażanie programów pomocy medycznej dla osób z grup wrażliwych, realizowanych przez sektor pozarządowy i wolontariat.
DOMENA PROGRAMOWA	
V. Kultura – rekreacja – wypoczynek	
Cele operacyjne	Zadania
A. Poszerzenie dostępności placówek kulturalnych dla mieszkańców z kręgów wysokiego ryzyka socjalnego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dotowanie uczestnictwa w kulturze osób i rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym: Powiatowa Karta Rodzinna (priorytet: <i>dzieci z rodzin „problemowych”, osoby niepełnosprawne, długotrwale bezrobotni i ich rodziny, osoby starsze</i>). 2. Inicjowanie działań służących poszukiwaniu sponsorów wspierających udział osób i grup dotkniętych problemami społecznymi w kulturze. 3. Premiowanie/promowanie instytucji i organizatorów imprez kulturalnych stosujących zniżki i/lub zwolnienia z opłat dla osób z kręgu ryzyka socjalnego.
B. Tworzenie warunków autokreacji i samorealizacji jednostek z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi w sferze kultury	<ol style="list-style-type: none"> 1. Premiowanie/wspieranie programów, organizacji i instytucji ułatwiających ujawnianie/rozwijanie/promowanie talentów artystycznych wśród osób z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi. 2. Wspieranie różnorodnych form twórczości i ruchu artystycznego oraz znajdowanie sponsorów w sektorze prywatnym i pozarządowym dla tego typu działalności. 3. Promowanie/upowszechnianie osiągnięć artystycznych jednostek z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi w mediach (<i>materiały sponsorowane</i>), publikacjach lokalnych, na stronach internetowych gminy/powiatu.

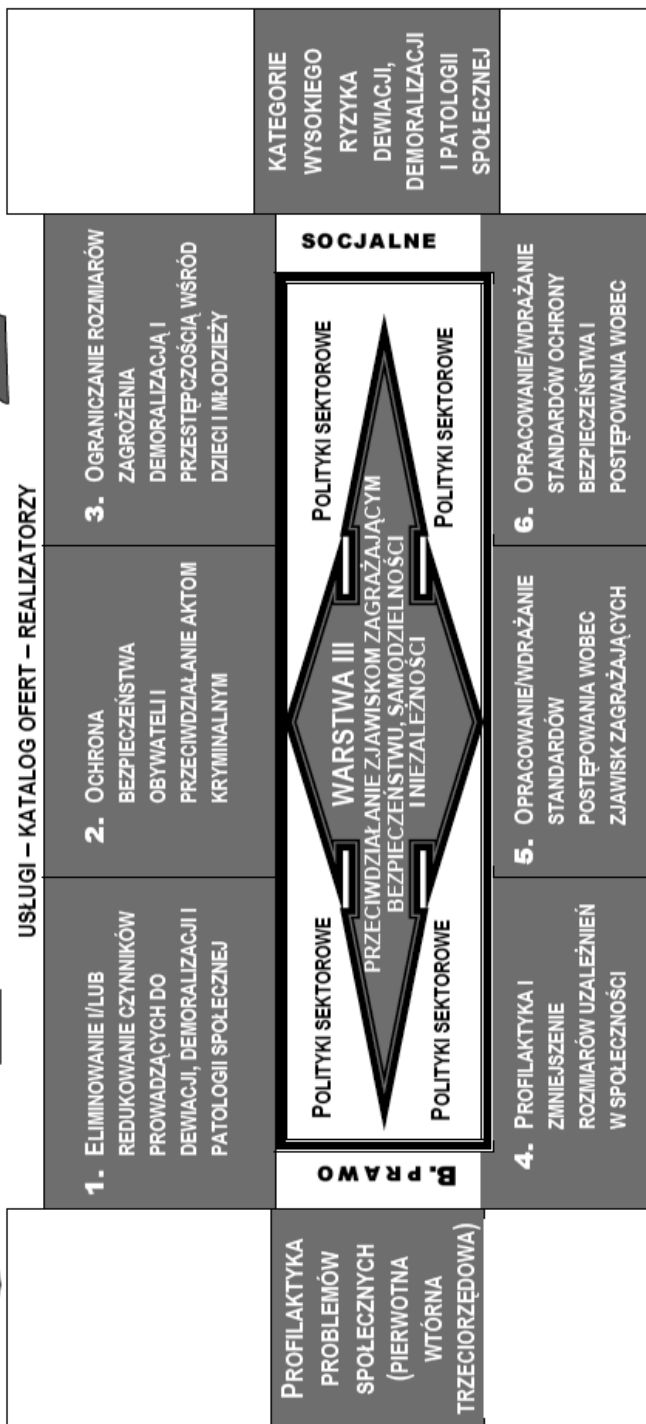
C. Zwiększanie dostępu osób z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi oraz grup dotkniętych problemami społecznymi do aktywnych form wypoczynku	<ol style="list-style-type: none"> 1. Popularyzacja/wspieranie imprez sportowych i rekreacyjnych o integracyjnym charakterze. 2. Wspieranie inicjatyw służących tworzeniu zróżnicowanej oferty turystyczno-rekreacyjnej dla jednostek/rodzin z kręgu ryzyka socjalnego. 3. Udostępnianie obiektów rekreacyjno-sportowych na preferencyjnych warunkach dla jednostek/rodzin z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi. 4. Dotowanie kosztów uczestnictwa w zorganizowanych formach wypoczynku dla dzieci i młodzieży z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi.
DOMENA PROGRAMOWA	
VI. Partycypacja – aktywność społeczna	
Cele operacyjne	Zadania
A. Poszerzanie obszarów życia społecznego dostępnych jednostkom/grupom z kręgu wysokiego ryzyka socjalnego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie form organizacyjnych i instytucjonalnych sprzyjających partycypacji osób/grup zagrożonych ubóstwem, marginalizacją i wykluczeniem w podejmowaniu decyzji we własnych sprawach. 2. Gwarantowanie równego dostępu osób/grup upośledzonych społecznie, marginalizowanych i zagrożonych wykluczeniem społecznym do zasobów społecznych. 3. Kompensacja deficytów intelektualnych osób z kręgu ryzyka socjalnego poprzez realizację programów specjalnych. 4. Budowanie lokalnych koalicji przeciw zjawiskom i zachowaniom zagrażającym spójności oraz efektywności społeczności, a także zaradności i aktywności obywatelskiej.
B. Wypracowanie programów i narzędzi służących urzeczywistnianiu koncepcji <i>społeczeństwa dla wszystkich grup i kategorii społecznych</i> na poziomie społeczności lokalnej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicjowanie/wspieranie działań służących propagowaniu idei integracji osób/grup z kręgu ryzyka socjalnego, marginalizowanych i wykluczonych, ze społecznością lokalną poprzez dialog i debatę publiczną, wspólną pracę oraz włączanie w nurt życia społeczności bez uprzedzeń (priorytet: <i>bezrobotni, bezdomni, uzależnieni</i>). 2. Tworzenie warunków do autokreacji i samorealizacji jednostek z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi w instytucjach/organizacjach społeczeństwa obywatelskiego (<i>kultura, sport, turystyka</i>). 3. Inicjowanie/wspieranie/wdrażanie przedsięwzięć obywatelskich na rzecz odbudowy równowagi między jednostkami/grupami wrażliwymi i ich środowiskami. 4. Propagowanie/wspieranie idei wolontariatu oraz innych form aktywności sprzyjającej otwieraniu świadomości mieszkańców na potrzeby innych ludzi i budowaniu postaw <i>prospołecznych</i> oraz podejmowaniu działań na rzecz środowiska lokalnego i szerszych zbiorowości (priorytet: <i>młode pokolenie</i>). 5. Wspieranie/wdrażanie przedsięwzięć poszerzających udział ludzi młodych jako wolontariuszy w programach adresowanych do <i>grup wrażliwych</i>.

Źródło: Z. Woźniak

C. WARSTWA III
POWIATOWEJ STRATEGII
ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

PRZECIWDZIAŁANIE ZJAWISKOM ZAGRAŻAJĄCYM
BEZPIECZEŃSTWU, SAMODZIELNOŚCI
I NIEZALEŻNOŚCI MIESZKAŃCÓW

E. ZASOBY SYSTEMU WSPARCIA



Rys. 5. Wielowarstwowa architektura powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych – warstwa III

Źródło: Z. Woźniak

Tabela 4. Cele operacyjne strategii polityki społecznej – warstwa III

DOMENA PROGRAMOWA	
I. Eliminowanie/redukowanie czynników prowadzących do dewiacji, demoralizacji i patologii społecznej	
Cele operacyjne	Zadania
A. Profilaktyka dewiacji i patologii społecznych <i>grup wrażliwych</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnoza rozmiarów oraz monitorowanie zjawisk dewiacyjnych i patologii społecznej. 2. Tworzenie infrastruktury instytucjonalnej i programów służących zapobieganiu degradacji społecznej oraz ograniczaniu rozmiarów i głębokości dezorganizacji społecznej rodzin i społeczności. 3. Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach zagrożonych dewiacjami i patologią społeczną. 4. Uruchamianie programów ochrony rodzin wysokiego ryzyka socjalnego przed zagrożeniami natury kryminalnej oraz skutkami zachowań dewiacyjnych. 5. Współpraca międzysektorowa z: policją, placówkami oświatowo-wychowawczymi i naukowymi oraz organizacjami pozarządowymi w budowie/realizacji programów profilaktyki dewiacji, deprawacji oraz przestępczości.
B. Przeciwdziałanie przemocy wobec dzieci i rodziny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnoza oraz skala krzywdzenia dzieci i młodzieży/rodziny. 2. Rozwój sieci placówek pomocy pedagogiczno-psychologicznej i terapeutycznej dla dzieci i młodzieży – ofiar przemocy domowej (<i>emocjonalnej, fizycznej, seksualnej</i>). 3. Rozwijanie/wspieranie programów przeciwdziałania przemocy rówieśniczej i szkolnej oraz w środowisku lokalnym. 4. Promocja/wspieranie działalności programu „Niebieska Linia” oraz uruchomienie całodobowego ośrodka interwencji kryzysowej dla dzieci i rodzin – ofiar przemocy. 5. Poszerzanie w ramach programu „Niebieska Linia” punktu informacyjno-zgłoszeniowego o nadużyciach i przemocy wobec kategorii wysokiego ryzyka (<i>dzieci, kobiety, seniorzy, osoby niepełnosprawne</i> itp.).
C. Rozwijanie programów ochrony bezpieczeństwa osób izolowanych społecznie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnoza/pomiar izolacji społecznej. 2. Tworzenie/wspieranie/wdrażanie zintegrowanych, międzysektorowych i interdyscyplinarnych programów przeciwdziałania przemocy wobec ludzi izolowanych społecznie. 3. Inicjowanie/wspieranie/wdrażanie programów ochrony osób izolowanych przed pogłębianiem procesu deprawacji i patologią społeczną. 4. Ochrona osób izolowanych przed zagrożeniami natury kryminalnej oraz skutkami innych ryzykowanych zachowań i zdarzeń.
DOMENA PROGRAMOWA	
II. Ochrona bezpieczeństwa obywateli i przeciwdziałanie aktom kryminalnym	
Cele operacyjne	Zadania
A. Rozwój/wspieranie profilaktyki przestępczości	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie/aktualizowanie mapy zagrożeń dewiacjami, patologią społeczną i przestępczością w poszczególnych gminach/powiatach (<i>we współpracy z: policją, ekspertami, organizacjami pozarządowymi i placówkami edukacyjnymi oraz naukowymi</i>). 2. Diagnoza rozmiarów/monitorowanie zjawisk dewiacyjnych i patologii społecznej w kręgach wysokiego ryzyka socjalnego.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Wspieranie/wdrażanie projektów profilaktyczno-edukacyjnych realizowanych z młodzieżą przez policję i inne instytucje wymiaru sprawiedliwości – wykorzystanie <i>dobrych przykładów</i> krajowych i zagranicznych. 4. Przygotowanie/wdrożenie/realizowanie programu <i>bezpieczeństwo w domu i miejscach publicznych</i> we współpracy z policją, strażą gminną/powiatową i strażą pożarną – rozszerzanie monitoringu wizyjnego miejsc publicznych oraz szczególnie zagrożonych przemocą. 5. Promocja/uruchomienie/wspieranie programów służących uzyskaniu społecznej aprobaty dla zdecydowanych działań skierowanych przeciwko sprawcom wandalizmu w miejscach publicznych i chuligaństwa. 6. Podejmowanie/kontynuacja działań zmierzających do eliminowania handlu środkami odurzającymi w szkole i w jej otoczeniu, miejscach rozrywki i zamieszkania. 7. Rozwijanie/wspieranie/wdrażanie programów profilaktycznych oraz systemu przeciwdziałania przemocy (w rodzinie, wobec dzieci, seniorów, niepełnosprawnych, szerokiej kategorii „obcych” itp.). 8. Współpraca/wspieranie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości oraz zorganizowanych grup obywateli w redukowaniu/przeciwdziałaniu przestępczości. 9. Promowanie instytucji mediacji w sporach i konfliktach między obywatelami. 10. Tworzenie/wdrażanie we współpracy z kuratorami sądowymi infrastruktury instytucjonalnej i programów resocjalizacyjnych na poziomie samorządu terytorialnego, związanych z wprowadzanymi przez kodeks karny nowymi formami penalizacji sprawców przestępstw (<i>m.in. tworzenie tzw. systemu probacyjnego dla opuszczających zakłady karne</i>).
B. Ochrona osób/rodzin przed zagrożeniami natury kryminalnej oraz skutkami innych dewiacyjnych i patologicznych zachowań	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budowa/wdrażanie międzysektorowego programu efektywnego zapobiegania/zwalczania dolegliwej społecznie i jednostkowo tzw. <i>drobnej przestępczości</i> oraz wandalizmu i chuligaństwa 2. Rozbudowa systemu interwencyjnego oraz infrastruktury instytucjonalnej i programów skierowanych przeciwko przestępczości. 3. Opracowanie i wdrożenie lokalnych programów interwencyjnych, stabilizujących stan psychofizyczny oraz położenie i warunki życiowe ofiar: przestępstw, nadużyć, wypadków, katastrof i innych zdarzeń nadzwyczajnych. 4. Wsparcie dla osób opuszczających zakłady karne (<i>w tym m.in. pomoc w uzyskaniu schronienia i zatrudnienia</i>).
DOMENA PROGRAMOWA	
III. Ograniczanie rozmiarów zagrożenia demoralizacją i przestępczością wśród dzieci i młodzieży	
Cele operacyjne	Zadania
A. Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa dzieci i młodzieży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wspieranie programów ilustrujących zagrożenia współczesności i sposoby prewencji oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach, uczących odporności na manipulację medialną, grupową, ekonomiczną. 2. Współpraca instytucji oświatowych, policji, prokuratury, sądów oraz nauczycieli akademickich w tworzeniu programów edukacyjnych zwiększających świadomość prawną dzieci i młodzieży oraz propagujących zasady bezpiecznego zachowania. 3. Promocja/wspieranie programów budujących zaufanie i szacunek ludzi młodych do organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości oraz podejmowania współpracy w przeciwdziałaniu/zwalczaniu przestępczości.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Realizacja autorskich programów „Bezpieczna Szkoła – Bezpieczny Dom – Bezpieczna Gmina” z aktywnym oraz twórczym udziałem dzieci i młodzieży. 5. Włączanie młodzieży do działań straży sąsiedzkiej. 6. Promocja/wspieranie projektów profilaktyczno-edukacyjnych realizowanych z młodzieżą przez policję i straż gminną/powiatową – wykorzystanie <i>dobrych przykładów</i> krajowych i zagranicznych. 7. Organizowanie/wspieranie szkół i innych podmiotów realizujących zajęcia z zakresu samoobrony (zwłaszcza dla dziewcząt).
B. Profilaktyka/ zmniejszanie rozmiarów przestępczości dziecięcej i młodzieżowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie/wspieranie/wdrażanie zintegrowanych, międzysektorowych i interdyscyplinarnych programów przeciwdziałania przemocy, deprawacji, wykolejeniu i przestępczości młodego pokolenia – współpraca międzyregionalna, międzypowiatowa i międzygminna (<i>w kooperacji z policją</i>). 2. Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach wysokiego zagrożenia dzieci i młodzieży deprawacją, demoralizacją i przestępczością (<i>w kooperacji z policją</i>). 3. Wspieranie/wdrażanie programów mających na celu redukcję zachowań antysocjalnych i wandalizmu wśród młodzieży (<i>w kooperacji z policją</i>). 4. Wspieranie/wdrażanie programów przeciwdziałania agresji rówieśniczej i przemocy wśród dzieci i młodzieży. 5. Stałe szkolenie nauczycieli, wychowawców oraz innych pracowników szkół i placówek opiekuńczo-wychowawczych w kwestiach związanych z diagnozowaniem, wczesnym rozpoznaniem dewiacji i patologii wśród wychowanków oraz sposobami zapobiegania i pomocy (<i>w kooperacji z policją</i>). 6. Tworzenie/promocja/wspieranie programów integrujących i aktywizujących społeczność lokalną (<i>zwłaszcza sąsiedztwo</i>) na rzecz przeciwdziałania dewiacjom i patologii wśród dzieci i młodzieży. 7. Wspieranie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości oraz zorganizowanych grup obywateli w redukowaniu/przeciwdziałaniu przestępczości młodzieżowej.
DOMENA PROGRAMOWA	
IV. Profilaktyka i zmniejszenie rozmiarów uzależnień w społeczności lokalnej	
Cele operacyjne	Zadania
A. Poszerzanie adresatów programów edukacyjnych służących profilaktyce uzależnień	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opracowywanie/wdrażanie kampanii medialnych podejmujących problematykę uzależnień. 2. Organizowanie cyklicznych szkoleń/warsztatów na temat przyczyn i skutków oraz profilaktyki i terapii uzależnień dla: <ol style="list-style-type: none"> a) rodziców, nauczycieli, uczniów, dziennikarzy, administracji publicznej, policji, b) personelu służby zdrowia, c) pracowników pomocy społecznej. 3. Współpraca z placówkami naukowymi i instytucjami adresującymi działalność do osób uzależnionych. 4. Rozwijanie profesjonalnego poradnictwa i edukacji dla organizacji pozarządowych działających w obszarze prewencji uzależnień. 5. Inicjowanie/wspieranie/realizowanie programów promujących życie bez środków uzależniających.

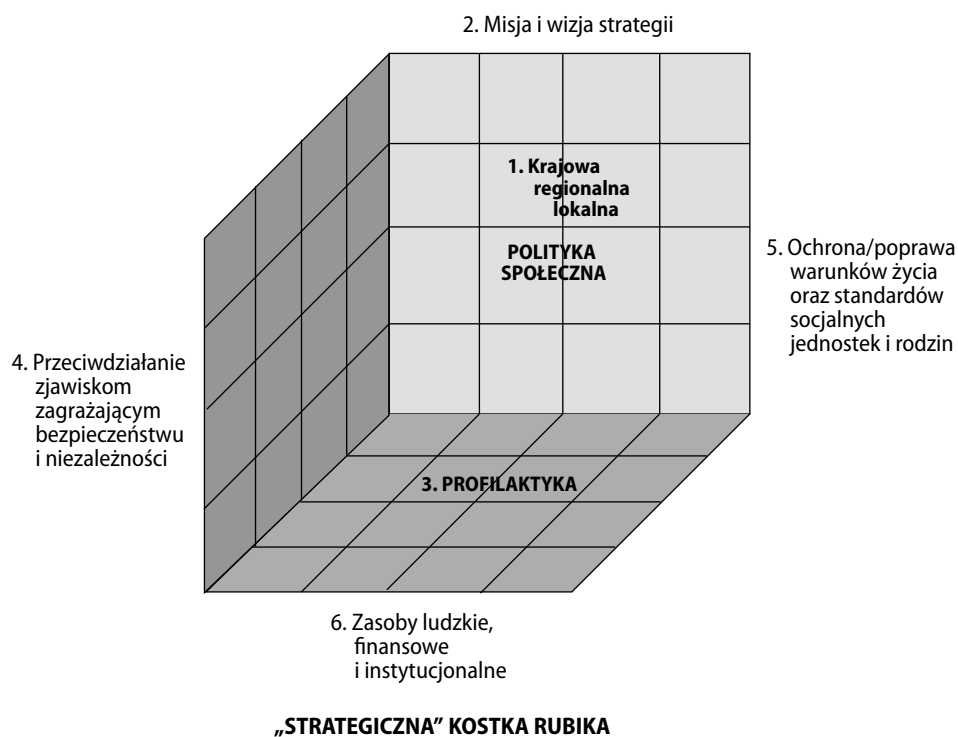
B. Przeciwdziałanie uzależnieniom dzieci i młodzieży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promocja/kontynuacja/wspieranie programów edukacyjnych, profilaktycznych i terapeutycznych związanych z uzależnieniami, adresowanych do dzieci i młodzieży (<i>nikotyna, alkohol, narkotyki</i>). 2. Kontrola/egzekwowanie zakazu sprzedaży papierosów/alkoholu i środków odurzających dzieciom i młodzieży. 3. Ochrona dzieci i młodzieży przed uzależnieniami w rodzinie. 4. Podejmowanie/kontynuacja zdecydowanych działań zmierzających do eliminowania handlu środkami odurzającymi w szkole i w jej otoczeniu, miejscach rozrywki i zamieszkania.
C. Zapobieganie degradacji ekonomicznej i społecznej osób/rodzin zagrożonych uzależnieniami	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budowanie/wzmacnianie lokalnej infrastruktury i zasobów dla wczesniej interwencji w odniesieniu do osób i rodzin zagrożonych uzależnieniami (<i>diagnoza, informacja, edukacja, praca socjalna, pomoc materialna</i>). 2. Promowanie/wspieranie programów zapobiegania uzależnieniom oraz wychodzenia z nałogu i uzależnienia. 3. Tworzenie placówek i innych form pomocy doraźnej dla uzależnionych i ich rodzin, umożliwiających im bytowanie w warunkach odpowiadających godności człowieka. 4. Budowanie/wzmacnianie lokalnej infrastruktury informacyjnej, edukacyjnej i terapeutycznej dla osób i rodzin dotkniętych uzależnieniami. 5. Wspieranie osób i rodzin zagrożonych uzależnieniami poprzez: <ol style="list-style-type: none"> a) organizowanie/wspieranie kampanii medialnych i informacyjnych promujących życie bez uzależnień, b) prowadzenie w placówkach oświatowych i wychowawczych profilaktyki uzależnień, c) tworzenie placówek socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniami i/lub pochodzących z rodzin z uzależnionymi członkami.
DOMENA PROGRAMOWA	
V. Opracowanie i wdrażanie standardów postępowania wobec zjawisk zagrażających niezależności osób niepełnosprawnych	
Cele operacyjne	Zadania
A. Wzmacnianie wrażliwości społeczności lokalnej na problemy osób z ograniczeniem sprawności i ich rodzin oraz pobudzanie aktywności społecznej sprzyjającej ich rozwiązywaniu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upowszechnianie informacji na temat źródeł, konsekwencji i sposobów rozwiązywania problemów osób z ograniczeniem sprawności (<i>bariery społeczne, ubóstwo, nieprzystosowanie społeczne, bezrobocie, uzależnienia, dewiacje, bezradność</i>). 2. Promowanie/wspieranie programów sprzyjających zmianie stereotypowych wyobrażeń na temat źródeł, skutków, zapobiegania i wychodzenia z: ubóstwa, uzależnień, bezrobocia, dewiacji i bezradności wśród osób z ograniczeniem sprawności. 3. Rozwijanie/wspieranie lokalnej infrastruktury informacyjnej, edukacyjnej, doradczej i terapeutycznej, wspomagającej osobę niesprawną i jej rodzinę w rozumieniu oraz rozwiązywaniu problemów związanych z syndromem bezradności. 4. Opracowanie/wdrażanie programów usuwania barier społecznych i architektonicznych utrudniających codzienne funkcjonowanie osób z ograniczeniem sprawności.
B. Profilaktyka i leczenie uzależnień	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnoza rozmiarów i rodzajów uzależnień wśród osób z ograniczeniem sprawności (w tym także lekozależności). 2. Wspieranie programów edukacyjnych na temat uzależnień i ich konsekwencji adresowanych do osób z ograniczoną sprawnością i ich opiekunów. 3. Opracowanie/realizacja programów prewencji i leczenia uzależnionych osób niepełnosprawnych.

C. Ochrona osób z ograniczeniem sprawności przed dewiacjami i patologią	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnoza rozmiarów nadużyć, dewiacji i patologii wśród niepełnosprawnych. 2. Inicjowanie/wspieranie/wdrażanie programów ochrony osób z ograniczeniem sprawności przed deprawacją, dewiacjami i patologią społeczną. 3. Współpraca z policją i strażą gminną/miejską, organizacjami pozarządowymi oraz sąsiadami w ochronie bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych. 4. Ochrona osób niepełnosprawnych przed zagrożeniami natury kryminalnej oraz skutkami innych ryzykownych zachowań i zdarzeń. 5. Opracowanie/wdrażanie programów interwencyjno-terapeutycznych dla osób niepełnosprawnych – ofiar przestępstw, nadużyć, wypadków.
DOMENA PROGRAMOWA	
VI. Opracowanie i wdrażanie standardów ochrony bezpieczeństwa i postępowania wobec zjawisk dewiacyjnych wśród seniorów	
Cele operacyjne	Zadania
A. Ochrona osób starszych przed zagrożeniami natury kryminalnej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnoza rozmiarów dewiacji/patologii wśród osób starszych oraz oszacowanie skali nadużyć wobec osób starszych. 2. Przygotowanie we współpracy z policją, strażą gminną i strażą pożarną programu <i>bezpieczeństwo seniorów w domu i na ulicy</i>. 3. Uruchomienie w ramach „Niebieskiej Linii” punktu informacyjno-zgłoszeniowego o nadużyciach i przemocy wobec osób starszych. 4. Inicjowanie/wspieranie/wdrażanie programów bezpieczeństwa samotnie mieszkających/izolowanych społecznie osób starszych – wspieranie/wdrażanie przedsięwzięć zwiększających dostępność elektronicznych systemów monitorowania mieszkań oraz rozwijanie zasobów wolontariatu, realizujących wizyty patronażowe (priorytet: <i>osoby powyżej 80. i 90. roku życia</i>). 5. Opracowanie i wdrożenie programów interwencyjnych dla: seniorów, ofiar przestępstw, nadużyć, wypadków i katastrof oraz programów stabilizujących ich położenie po wystąpieniu takich zdarzeń.
B. Profilaktyka i leczenie uzależnień	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnoza rozmiarów i rodzajów uzależnień wśród osób starszych (<i>w tym także lekozależności</i>) – opracowanie/wspieranie/wdrażanie programu prewencji i leczenia uzależnień wśród seniorów. 2. Wspieranie/wdrażanie programów edukacyjnych adresowanych do profesji i osób realizujących opiekę nad seniorami na temat zagrożenia uzależnieniami w starszym wieku. 3. Wspieranie/wdrażanie programów edukacyjnych adresowanych do seniorów zagrożonych uzależnieniami.

3. Mechanizmy i narzędzia wspomaganie procesu wdrożeniowego powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych

Z diagnozy wynika także, iż w każdym z powiatów biorących udział w badaniu występują te same problemy społeczne, różnicuje je tylko głębokość, intensywność i kolejność priorytetów w ich przewycięzaniu. Przyjęto zatem, że oparta na zebranych danych bardzo obszerna lista zadań w ramach poszczególnych celów operacyjnych programowanych na dziesięciolecie stanowić powinna:

- 1) zasób, w ramach którego dokonywane będą wybory polityczne w ramach struktur decyzyjnych samorządu powiatowego,
 - 2) podstawę wyznaczania kierunku i zakresu działań podejmowanych w kolejnych latach (budżet),
 - 3) zaplecze, bazę wykorzystywaną w kolejnych edycjach prac nad ewaluacją i uaktualnianiem strategii.
- Przesunięcia celów, zadań i zasobów proponowanych w modelowej strategii powiatowej dokonywać się powinno przez uwzględnienie w decyzjach kierunkowych („strategiczna” kostka Rubika – rys. 7):



Rys. 7. Mechanizm dokonywania wyboru celów operacyjnych i zadań powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych

Źródło: Z. Woźniak

- 1) zasobów społeczności oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej w czasie konstruowania/korekty programów strategii,
- 2) zakresu kompetencji władz powiatu (ustawodawstwo),
- 3) programów lokalnej i regionalnej polityki społecznej (w tym przypadku Strategii Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do 2020 roku) oraz

wkładu polityk szczegółowych (oświatowej, zatrudnienia, zdrowotnej itp.) w budowę i realizację strategicznych priorytetów, celów i zadań,

4) dyrektyw i dokumentów programowych z zakresu polityki społecznej organizacji międzynarodowych, których Polska jest członkiem lub których dokumenty zostały ratyfikowane lub są politycznie aprobowane (*struktury Unii Europejskiej ONZ, Światowa Organizacja Zdrowia, Rada Europy, OECD, Bank Światowy* itp.),

5) potencjalnych podmiotów sceny publicznej w budowaniu i realizacji powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych oraz uzgodnień władz powiatu z partnerami społecznymi (*zwłaszcza z organizacjami pozarządowymi*),

6) preferencji/programów politycznych elit sprawujących aktualnie władzę.

Istotnym wzmocnieniem w fazie koncepcyjnej i realizacyjnej programu rozwiązywania problemów społecznych będą następujące zasoby, które mogą być użyte w procesie tworzenia strategii:

1) wykorzystanie w toku prac nad strategią doświadczeń i dorobku innych krajów (*wymiana w ramach miast, gmin i powiatów partnerskich*), a także krajowych, regionalnych powiatowych projektów socjalnych,

2) zaplecze intelektualne i organizacyjne skupione wokół przygotowywanej/wdrażanej strategii (*eksperti, uczelnie wyższe, autorytety lokalne*),

3) dysponowanie narzędziami badania położenia społecznego oraz oczekiwań mieszkańców (*powtarzalne badania warunków i jakości życia*),

4) stosowanie formuły pragmatycznego partnerstwa, skupiającego potencjalne podmioty lokalnej polityki społecznej wokół ważkich kwestii społecznych, służącej wzmocnieniu i poszerzaniu zasobów społecznych poprzez włączanie szerokich rzesz obywateli w proces rozwoju społeczności lokalnej,

5) dysponowanie narzędziami określania standardu usług społecznych i trybu powierzania zadań publicznych organizacjom pozarządowym.

W budowie programów strategii rozwiązywania problemów społecznych pomocne są wszelkiego rodzaju struktury pośrednie, mediacyjno-kreacyjne, generowane na poziomie lokalnym. Wśród zasad ogólnych stosowanych w procesie uruchamiania programów rozwiązywania problemów społecznych znaleźć się powinny:

1) szeroko rozumiane **partnerstwo** wszystkich podmiotów aktywnych w sferze socjalnej. Partnerstwo jako najpełniejsza forma partycypacji społecznej zakłada: otwartość, dążenie do podejmowania decyzji przede wszystkim w drodze *consensu*, jawność, negocjacyjny charakter w rozwiązywaniu pojawiających się konfliktów (kształtowanie nierywalizującego nastawienia stron), informowanie zainteresowanych i szerszego otoczenia o rezultatach. Zaczynem stosunków partnerskich jest podjęcie wspólnej analizy i hierarchizacji potrzeb społeczności oraz planowania sposobu ich zaspokojenia lub rozwiązania pojawiających się przy tej okazji problemów,

2) aktywne, acz zgodne z możliwościami uczestnictwo adresatów (*beneficjentów*) programów rozwiązywania problemów społecznych w poszukiwaniu i uruchamianiu dostępnych zasobów,

3) wycofywanie wsparcia winno następować przy pierwszych ewaluacyjnych wskaźnikach uzyskiwania samodzielności życiowej klienta instytucji pomocowych (dotyczy to zwłaszcza programów ratowniczo-interwencyjnych).

Tym, co winno *ożywiać* społeczność wokół kwestii związanych z rozwiązywaniem problemów społecznych, jest *idea rzecznictwa* ludzi w potrzebie. Rzecznictwo to realizowane winno być w trzech głównych obszarach: (1) rzecznictwo nastawione na ochronę standardu i jakości życia, (2) rzecznictwo w sprawach związanych z opieką (zdrowotną, socjalną), (3) ochrona prawa stanowienia o sobie – obrona praw społecznych, rzecznictwo prawne. Rzecznictwo może mieć odniesienie *jednostkowe*, zogniskowane na zmianie sposobu zaspokajania potrzeb i rozwiązywania problemów konkretnej jednostki, bez zmiany systemowej, oraz *zbiorowe* – szczególnie efektywne, gdy celem jest zmiana systemu lub polityki w określonym obszarze życia społecznego (*udział wielu podmiotów, zwłaszcza organizacji pozarządowych oraz wolontariuszy*).

Realistyczny program planowania faz wdrożeniowych strategii obejmować powinien:

1. Strategie jednoroczne – w pierwszych fazach realizacji nowej, całościowej i zintegrowanej z innymi powiatowymi programami społecznymi strategii ciężar rozwiązywania problemów socjalnych spoczywać będzie nadal po stronie działań doraźnych, interwencyjnych. Kolejny program zadaniowy (budżet) z zakresu strategii rozwiązywania problemów społecznych powinien już być konstruowany *w duchu* przyjętej strategii.

2. Strategię średniookresową – w kolejnych 3–5 latach w programach wyznaczonych strategią rozwiązywania problemów społecznych nastąpić winno przesuwanie akcentów w priorytetach i nakładach na profilaktykę (zwłaszcza pierwotną), obejmującą działania służące osiągnięciu przez społeczność większej wrażliwości i świadomości zagrożeń oraz tworzeniu warunków sprzyjających rozwojowi i prawidłowemu funkcjonowaniu jednostek/grup/instytucji oraz zwiększaniu udziału obywateli w rozwiązywaniu problemów własnych i problemów społeczności.

3. Strategię długookresową – powyżej 5 lat; prezentowany projekt zawiera podstawowe cele perspektywiczne strategii oparte na aktualnych danych socjodemograficznych, zdrowotnych i ekonomicznych, jednakże konieczne będzie ich weryfikowanie związane ze zmianami społeczno-gospodarczymi w kraju, regionie i powiecie oraz czynnikami zewnętrznymi (w tym przyszłymi dyrektywami unijnymi); otwarta formuła programowa strategii oraz zaproponowana elastyczność zadaniowa umożliwić powinna szybkie absorbowanie/adaptowanie zmian w sferze ekonomicznej oraz społeczno-kulturowej.

Podsumowanie

Problemy społeczne są/mogą być zapowiedzią dezorganizacji życia zbiorowego, stąd konieczność tworzenia wyspecjalizowanych instytucji dla ich wykrywania i stawiania diagnoz, rozpoznania przyczyn i szukania środków zaradczych. Choć zabrzmiało to banalnie, to jednak raz jeszcze przypomnieć trzeba, iż każda strategia żywi się diagnozą. Zatem pierwszym krokiem przygotowującym racjonalnie zaplanowaną zmianę powinna być zawsze identyfikacja problemów oraz inwentaryzacja stanu posiadania w zasobach infrastrukturalnych, swoisty bilans otwarcia poprzedzający i wspomagający wybór odpowiedniej strategii działania.

Jest zatem oczywiste, iż warunkiem powodzenia w procesie tworzenia i realizacji strategii oraz programów rozwiązywania problemów społecznych jest dysponowanie odpowiednim zasobem informacji i ekspertyzami dla poszczególnych etapów procesu planowanej zmiany (informacja jako katalizator planowanej zmiany). Dysponowanie systemem zwiększającym sieć sygnałową systemu wsparcia w społeczności oraz umożliwiającym pełniejsze rozpoznanie potrzeb, kontrolę nad wykorzystaniem zasobów oraz poszerzenie wachlarza świadczeń i usług socjalnych to warunek efektywności i racjonalności działania. Bez tego narzędzia decydenci jakichkolwiek szczebli samorządowych znajdują się w kleszczach trzech praw informacji Finagle'a, głoszących:

1. Informacja, jaką posiadasz, nie jest tą, której pragnąłeś.
2. Informacja, której pragniesz, nie jest tą, której potrzebujesz.
3. Informacja, której potrzebujesz, nie jest tą, którą możesz uzyskać.

Tak więc podstawowym problemem współczesnych konsumentów informacji jest nie tyle niewystarczający zasób danych, co raczej czas dostępu materiałów, które w danym momencie są potrzebne. Skróceniu czasu dostępu do informacji towarzyszyć musi możliwość szybkiej ich obróbki, interpretacji oraz opracowaniu syntetycznych dokumentów umożliwiających efektywne ich wykorzystanie przez decydenta. Nie należy także bagatelizować przeciążenia informacją, które stało się jednym z najistotniejszych źródeł stresu i frustracji wśród osób z kręgów decyzyjnych – nie omija ono zatem także ludzi zajmujących się działalnością publiczną.

Nie dopracowaliśmy się jednakże w naszym kraju adekwatnych do potrzeb informacyjnych narzędzi diagnostycznych, wzorów okresowych ekspertyz oraz innych dokumentów wspierających planowanie społeczne i decyzje w tej dziedzinie.

Brak również autentycznego, deklarowanego publicznie zapotrzebowania na takie działania ze strony większości decydentów i chęci ponoszenia przez nich kosztów funkcjonowania systemu informacji wykorzystywanego w planowaniu kierunków lokalnej polityki społecznej i konstruowaniu programów socjalnych¹.

W sprawie tej od lat interweniują niezależne grupy ekspertów – jednym z ostatnich dokumentów przekazanych władzom państwowym jest stanowisko Konwersatorium Doświadczenie i Przyszłość, zaprezentowane w Senacie RP w czerwcu 2008 r., w którym stwierdza się:

Rozwój samorządności jest procesem długotrwałym i ewolucyjnym. Konieczna jest jego ciągła obserwacja, analiza i ocena, która powinna służyć jako podstawa do odpowiednich modyfikacji ustrojowych. Taki system w Polsce, jeśli nie brać pod uwagę Systemu Analiz Samorządowych prowadzonych przez Związek Miast Polskich², nie powstał.

Podejmowane prace naukowe często mają charakter fragmentaryczny i są oderwane od procesów legislacyjnych. Nie prowadzi się studiów porównawczych, które umożliwiłyby wykorzystywanie doświadczeń innych krajów.

Należy przy tym zwrócić uwagę, iż decydenci szczebla centralnego i/lub wojewódzkiego znajdują się w znacznie korzystniejszej sytuacji niż ich odpowiednicy w gminach i powiatach – zaplecze informacyjno-eksperckie tych ostatnich jest bowiem uboższe lub go nie ma.

Z badań ogólnopolskich³ wynika, iż władze samorządowe (zarządy gmin, radni, komisje problemowe rad) zbyt często wykazują niedostateczne rozeznanie w kwestiach istotnych dla rozwiązywania problemów społecznych. Powoduje to nie tylko zbytnią podejrzliwość w ocenie zasadności uruchamiania środków na cele społeczne, lecz także sprzyja bagatelizowaniu lub wręcz marginalizowaniu zagrożeń

¹ Przygotowujący strategię natrafili na największe trudności w uzyskaniu danych z Powiatowych Ośrodków Pomocy Rodzinie, mimo iż instytucje te dysponują elektronicznym programem POMOST, zbierającym dane o klientach i formach pomocy społecznej. Z uwagi na architekturę tego programu ewentualne generowanie danych z jego zasobów – np. na temat profili społecznych korzystających z pomocy społecznej, istotnych dla monitorowania zjawisk problemowych – wymaga dużego nakładu pracy i przygotowania fachowego (konieczna pomoc informatyka). W praktyce zasoby programu służą głównie sprawozdawczości (opis wartości „brzegowych”), nie służą natomiast przygotowaniu pogłębionych informacji o klientach pomocy społecznej.

² Od roku 1999 funkcjonuje elektroniczny, interaktywny System Analiz Samorządowych prowadzony przez Związek Miast Polskich (od 2008 r. w projekt włączył się Związek Powiatów Polskich). Z zasobów SAS korzysta tylko część miast członkowskich ZMP – liczba uczestników w poszczególnych latach waha się od 80 do 100 samorządów. Wejście do systemu wymaga dostarczania danych na temat: zasobów i funkcjonowania transportu, pomocy społecznej, kultury, edukacji, usług komunalnych, komunalnej gospodarki mieszkaniowej (systematyczna sprawozdawczość), część samorządów nie chce poddawać się porównaniom (unikanie oceny).

³ Z. Woźniak, *Pomoc społeczna w działalności samorządu terytorialnego. Eksperyment po trzech latach*. Związek Miast Polskich, Poznań 1994; Z. Woźniak, *Funkcjonowanie pomocy społecznej w polskich miastach*. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 2008, LXX, z. 3 s. 185–202.

ze strony zjawisk dewiacyjnych i patologicznych w innych sferach funkcjonowania społeczności. Brak zobiektywizowanej informacji oraz znajomości podłoża problemów społecznych powoduje, iż przedstawiciele władz lokalnych w debacie i przy podejmowaniu decyzji zbyt często:

- 1) szermują pseudorównościową argumentacją na poparcie własnych, często obudowanych stereotypami i uprzedzeniami koncepcji,
- 2) zawierają własnej omnipotencji budowanej na doświadczeniu działacza i kontaktach z obywatelami,
- 3) podważają zasadność i celowość niesienia pomocy tak zwanym rodzinom problemowym i ludziom z kręgu patologii społecznej,
- 4) proponują sięganie po bardzo restrykcyjne rozwiązania problemów społecznych (zwłaszcza z kręgu patologii),
- 5) odwołują się do argumentów emocjonalnych, bagatelizując fakty przedstawiane przez profesjonalistów.

Równie istotną kwestią jak skrócenie czasu dostępu materiałów, które w danym momencie są potrzebne, jest forma przekazu oraz poziom syntezy faktów i zjawisk ułatwiający odbiór treści w najbardziej istotnym dla odbiorcy informacji momencie. Wielości danych będących w dyspozycji rozmaitych instytucji nie towarzyszy bowiem łatwość korzystania z tego typu materiałów. Z uwagi na sposób gromadzenia i prezentacji materiały te nie są przydatne do celów informacyjno-edukacyjnych; na ogół są to dane surowe, wymagające przeliczeń i odpowiedniej obróbki interpretacyjnej. Brak również analiz uwzględniających zróżnicowanie czynników leżących u podstaw konkretnych problemów.

Jedynym środkiem zaradczym w tej sytuacji jest podejmowanie różnorodnych prób dotarcia z wieloma przetworzonymi i zinterpretowanymi informacjami do wszystkich, od których decyzji zależy kształt lokalnej polityki w ogóle, a polityki społecznej w szczególności. Najogólniej rzecz ujmując, źródłem informacji mogą w tym wypadku być:

- 1) specjalnie zaprojektowane dla wybranych celów diagnostycznych badania socjologiczne (materiały wywołane),
- 2) wtórna, socjologiczna obróbka danych urzędowych, będących w dyspozycji rozmaitych instytucji na poziomie: gminy, powiatu, regionu i kraju (plus międzynarodowe analizy porównawcze).

W tym drugim przypadku pomocnym narzędziem w ogarnięciu i zapanowaniu nad rozproszonymi, surowymi, niezinterpretowanymi materiałami dostępnymi na poziomie gminy (lub związku funkcjonalnego kilku gmin, np. przysły powiat) okazać się może sprawdzony w praktyce Profil Socjo-Ekonomiczny Społeczności⁴ (profile składowe: demograficzny; zdrowotny; infrastruktura i dostępność systemu opieki zdrowotnej, stan zdrowia mieszkańców; socjoekonomiczny: gospodarka i po-

⁴ Autorem PSES jest Z. Woźniak.

łożenie materialne ludności, edukacja, bezpieczeństwo obywateli, socjokulturowe aspekty funkcjonowania społeczności; socjalny: kadra, zasoby i klienci publicznego sektora pomocy społecznej oraz pozarządowy system wsparcia społecznego).

Pakiet analityczny PSES (z analizami uzupełniającymi) służyć może:

1) zarysowaniu charakteru i struktury problemów społecznych występujących w społeczności, opartemu na sytuacji: demograficznej, ekonomicznej, zdrowotnej i społeczno-kulturowej,

2) wyznaczeniu kierunków lokalnej polityki rozwiązywania problemów społecznych na podstawie ujawnionych obszarów zagrożonych dysfunkcyjnością,

3) wskazaniu aktualnych realizatorów i dostępnych form działań związanych z programami socjalnymi w sektorze publicznym i w kręgu organizacji pozarządowych,

4) inwentaryzacji potencjalnych partnerów publicznego sektora w sieci wsparcia społecznego i ich programów (społeczności parafialne, media, instytucje, organizacje i stowarzyszenia, instytucje ekonomii społecznej itp.).

Docelowo efektywności PSES służyć powinien specjalny program elektronicznej bazy danych, ułatwiający zbieranie niezbędnych informacji, ich analizę i prognozowanie.

Dodatkowym walorem analiz opartych na przetwarzaniu danych urzędowych jest ich stosunkowo niewysoki koszt (okresowość, łatwość dostępu, większość prac przygotowawczych wykonywać mogą pracownicy konkretnych instytucji). Analityk (np. socjolog) będzie przydatny na etapie przygotowania zestawu wskaźników i opracowania raportu-ekspertyzy. Z kolei szczególnie istotne problemy społeczne ujawnione w toku analizy danych urzędowych mogą stać się przedmiotem zleconych, celowanych badań: socjologicznych, socjopsychologicznych, socjomedycznych, prawnych, socjoekonomicznych itp. Możliwość precyzyjnego określenia oczekiwań wobec badaczy to kolejna oszczędność i szansa na uzyskanie poszerzonej informacji ułatwiającej opracowanie poszczególnych elementów lokalnego programu z zakresu polityki społecznej.

Raporty-ekspertyzy trafiające na biurko decydenta muszą być przedstawione w syntetycznej, atrakcyjnej poglądowo formie (szansa choćby przeczytania, jeśli zostanie zaintrygowany – sam poprosi o materiały uzupełniające, dokumentację, wskaźniki itp. badawcze utensylia). Dlatego raport o cechach opisu i ekspertyzy powinien być przygotowywany w formie wielowariantowej: od 2–3-stronicowej syntezy najistotniejszych wniosków i zaleceń poprzez poszerzoną część analityczno-opisową na części dokumentacyjno-warsztatowej kończąca.

Chcąc sprostać tak wielu zadaniom, konieczne jest, by na poziomie małych samorządów ktoś jednak pełnił rolę koordynatora prac nad zbieraniem danych, ich opracowywaniem oraz interpretowaniem, a także opracowującym (lub zlecającym opracowanie) raport-ekspertyzę. W aglomeracjach, powiatach i dużych

gminach powinny powstać specjalne agendy samorządu zajmujące się analizami społecznymi⁵, w gminach wiejskich wystarczy koordynator współpracujący z zatrudnianym na umowę zlecenie ekspertem, na przykład socjologiem, politykiem społecznym itp.

Prace nad diagnostycznym bilansem otwarcia pełnią równocześnie kilka istotnych dla realizatorów i partnerów całego przedsięwzięcia funkcji, wykraczających znacznie poza bieżące potrzeby prac nad samą strategią (tab.).

T a b e l a . Funkcje diagnozy na rzecz budowy strategii rozwiązywania problemów społecznych

I. Funkcja poznawcza
<p>Wykorzystanie istniejącego w społeczności i zawsze ograniczonego potencjału instytucji, organizacji (w tym sektora pozarządowego), sieci świadczeń i usług oraz podejmowanie racjonalnych i adekwatnych do potrzeb decyzji politycznych wymaga dysponowania przez decydentów odpowiednią, zbiektywowaną oraz dostępną w konkretnym czasie informacją. Inicjując program tworzenia efektywnej strategii rozwiązywania problemów społecznych, konieczne jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Co znajduje się w zasobach informacyjnych powiatu i może być wykorzystane na potrzeby systemu wsparcia społecznego? 2. Co z tego rodzaju danych jest/ może być przydatne dla celów diagnostyczno-eksperymentalnych? 3. Jakich informacji brakuje na poziomie struktur powiatowych do pełnego obrazu zasobów możliwych do wykorzystania w programach społecznych? 4. Jakie dane trzeba będzie wprowadzić do rutynowej sprawozdawczości, by budować efektywne i adekwatne do potrzeb programy służące rozwiązywaniu problemów społecznych?
II. Funkcja badawczo-analityczna
<p>Władze powiatowe muszą/ powinny dysponować systemem informacyjno-diagnostycznym, poszerzającym sieć sygnałową, umożliwiającą: pełniejsze rozpoznanie potrzeb, oczekiwań społecznych, opinii decydentów i wykonawców zadań (urzędnicy), gwarantujących właściwe adresowanie wsparcia, kontrolę nad wykorzystaniem zasobów i modyfikowanie (poszerzanie) wachlarza świadczeń oraz usług w sektorze usług społecznych i socjalnych. Celem diagnozy jest dostarczanie informacji na temat kondycji i potrzeb obywateli oraz zasobów instytucjonalnych, by:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiedzieć dla przewidywania, 2) ocenić potencjał oraz dostępność i funkcjonowanie infrastruktury „obsługującej” cele strategii, 3) inwentaryzować obszary życia obywateli zagrożonych dysfunkcyjnością, wymagających reagowania/ wsparcia, 4) wyprzedzić zdarzenia, 5) dokonywać racjonalnych i adekwatnych do potrzeb wyborów oraz prognozowania kierunków działania.
III. Funkcja edukacyjna
<p>Praca nad tworzeniem programu oraz monitoring strategii rozwiązywania problemów społecznych dla władz powiatowych stanowić będzie podstawę oceny efektywności nakładów i efektów (ewaluacja), doświadczenia wspólnej pracy zaś posłużą edukacji (merytorycznej i obywatelskiej) wszystkich uczestników procesu planowania, realizacji i oceny strategii powiatowej.</p>

⁵ W ostatnim czasie na poziomie województwa powstają różnego rodzaju OBSERWATORIA – konieczne jest jednak integrowanie tego typu przedsięwzięć w jednej formule instytucjonalnej, inaczej grozi przeciążenie sprawozdawczością u źródeł informacji, rozproszenie danych i brak koordynacji.

IV. Funkcja menedżerska
<p>Władzom powiatowym wyniki analiz i rekomendacje oraz prognozy oparte na diagnozie dostarczyć mają narzędzi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wspomagania decyzji w różnych fazach realizacji programów społecznych i zadań bieżących, 2) budowania strategii i zadań powiatowej strategii, adresowanych do różnych segmentów populacji (grupy ryzyka), 3) oceny własnej sytuacji na tle innych gmin i/lub powiatów, 4) synchronizacji rozmaitych polityk (ludnościowej, gospodarczej, zdrowotnej, socjalnej itp.).
V. Funkcja motywacyjna
<ol style="list-style-type: none"> 1. Raporty z badań, analizy oraz interpretacje władzom powiatowym dostarczają dowodu, iż przekazywane w górę sprawozdania: <ol style="list-style-type: none"> a) nie giną bez śladu, lecz wracają na poziom samorządu lokalnego i jego partnerów w postaci opracowań syntetycznych, propozycji zmian/korekt działań bieżących i perspektywicznych, b) stają się użyteczne w codziennej pracy władz lokalnych i administracji powiatowej, c) partnerom władz lokalnych dostarczają faktów umożliwiających obiektywizację własnego stanowiska w sprawach publicznych. 2. Diagnoza jest źródłem danych pozwalających na promowanie oryginalnych rozwiązań w polityce społecznej i politykach sektorowych oraz w systemie wsparcia społecznego.
VI. Funkcja lobbystyczna
<p>Materiały analityczne i programowe służyć winny:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) realizacji roli rzecznika interesu rozmaitych segmentów populacji wobec władz państwowych (ponadgminne szczeble samorządu terytorialnego, a także parlament i rząd), 2) promowaniu innowacyjnych rozwiązań w programach rozwiązywania problemów społecznych na różnych szczeblach organizacyjnych samorządu terytorialnego oraz w mediach, 3) promowaniu rozwiązań organizacyjno-instytucjonalnych służących poszerzaniu wachlarza usług i świadczeń oraz gwarantujących ich jakość.

Profilaktyka przed interwencją – to najczęściej powielane twierdzenie nie ma realnego odzwierciedlenia w nakładach budżetowych na programy profilaktyki społecznej. W rachunku ciągnionym programy profilaktyczne prawie zawsze przynoszą poważne korzyści dla jednostek i większych zgrupowań ludzkich – także wymierne finansowo (zwłaszcza pogramy zdrowotne). Mimo wielokrotnie przytaczanych w literaturze przedmiotu argumentów za programami profilaktycznymi w sferze społecznej nadal najwięcej przeciwników jest wśród ekonomistów, aczkolwiek krytyków tychże programów spotykamy wśród decydentów różnych szczebli władzy, urzędników instytucji ubezpieczeniowych – generalnie wśród wszystkich silnie przywiązanych do reguł działań interwencyjnych, naprawczych, dających szybki, ale krótkotrwały rezultat. Krytyków profilaktyki w sferze społecznej znajdujemy także wśród fundamentalistów w gronie orędowników wolności i praw obywatelskich, postrzegających tego typu działania jako ingerencję w wolny wybór zachowań niekoniecznie zgodnych z panującym porządkiem aksjonormatywnym (wolność wyboru bez odpowiedzialności).

W dyskusjach nad tymi zagadnieniami zbyt często nadużywa się formuły tak zwanej analizy kosztowej, która ma udowodnić, iż prewencja zamiast obniżenia nakładów zwiększa wydatki, które są wyższe niż dotychczas stosowane procedury

interwencyjno-naprawcze. Krytycy programów profilaktycznych w sferze społecznej (zwłaszcza w odniesieniu do profilaktyki zdrowotnej) na ogół używają dwóch prostych argumentów ekonomicznych:

- 1) nie można udowodnić, że zostaną zaoszczędzone jakieś pieniądze,
- 2) nawet jeśli tak się stanie, to będzie trwało to tak długo, że nie można sobie na to pozwolić⁶.

Takie praktyki skutecznie blokują wdrożenie nawet bardzo tanich projektów, bowiem ich autorzy nie zawsze mogą zebrać w odpowiednim czasie dowody, iż działanie jest skuteczne (krótkie terminy składania wniosków). To błędne koło, bowiem bez przeciwdziałania zjawiskom marginalizacji i wykluczenia poważna część osób/grup wysokiego ryzyka trafi do pomocy społecznej, a więc zwiłokrotni wydatki budżetowe.

Programy strategii rozwiązywania problemów społecznych muszą być praktycznym wyrazem realizacji 3W: „wrażliwości”, „wyobraźni” i „współuczestnictwa” (partycypacji). Państwo nie może odwracać się od problemów i skutków ubocznych reform, reorganizacji, rozwoju (np. bezrobocie, pauperyzacja, ograniczenie dostępu do świadczeń i usług itp.). Władza publiczna nie może więc abstrahować od oczekiwań społecznych, zwłaszcza roszczeń poszkodowanych w wyniku tychże procesów i zmian mających miejsce w konkretnym społeczeństwie. Postuluje się zatem, by w ramach kompetencji państwa postrzeganego jako stan ogólnospołecznej organizacji dochodziło do rekompensowania obywatelowi tego, co traci on na skutek określonego sposobu zorganizowania życia zbiorowego⁷. Żądanie zbyt wielu wyrzeczeń od obywateli oraz poszerzanie się luki między roszczeniami społecznymi i możliwościami polityki rujnuje ideologie polityczne oraz niszczy kapitał, jakim jest zaufanie potencjalnych sojuszników i wyborców⁸. Praktyka dowodzi, że kluczem do rozwiązania dylematów współczesnej polityki jest wypracowywanie efektywnych sposobów pozyskiwania czasu, zainteresowania i energii obywateli (zwłaszcza młodzieży) – adresatem tego postulatu są: komunikacja polityczna, partnerstwo, współpraca międzysektorowa na poziomie społeczności lokalnej, regionu oraz społeczeństwa globalnego. Dlatego istotnym warunkiem efektywnego wdrożenia zaproponowanej strategii jest stosowanie w ramach partycypacji społecznej⁹ zasady partnerstwa, umożliwiającej pełniejsze wykorzystanie zasobów społecznych

⁶ R. Chernoff, D. Lipschitz (red.) (1988). *Health promotion and disease prevention in the elderly*. Aging series v. 35. New York: Raven Press, s. 17, 22, 35, 161.

⁷ Należy zauważyć, iż maksymalizowanie tego postulatu grozi jednakże uniwersalizacją kompetencji państwa.

⁸ Dzieje się tak dlatego, że „teorie, które umożliwiły powstanie nowoczesnego państwa konstytucyjnego, są bezradne wobec sytuacji powstałych dzięki nim”. Inaczej mówiąc: kształtowały one rzeczywistość, którą trzeba ocenić; patrz: N. Luhmann, dz. cyt., s. 148.

⁹ Partycypacja społeczna układać się może w sekwencję: *współdziałanie–współpraca–partnerstwo*. Pierwsza oznacza podjęcie działania na ogół krótkotrwałego i bez budowania powiązań między uczestnikami, druga trwać może nawet długo, lecz wzajemne stosunki stron są w ustawicznej zmianie, trzecia postać oznacza najwyższą formę partycypacji społecznej (Z. Woźniak).

w programach służących zaspokajaniu potrzeb i rozwiązywaniu problemów społecznych. Nie jest to oczekiwanie „na wyrost”, bowiem w społeczeństwach o ustroju demokratycznym w toku wyznaczania „pola gry interesów” w procesie kształtowania i realizacji jakiegokolwiek polityki coraz bardziej zyskują na znaczeniu prawa konsumentów decyzji politycznych władz różnych szczebli – takie jak: (1) prawo do bezpieczeństwa, (2) prawo wyboru, (3) prawo bycia wybieranym, (4) prawo bycia informowanym, (5) prawo bycia zapytanim, (6) prawo bycia wysłuchanym. Prawa te są niezbywalne także w odniesieniu do tej części społeczeństwa, którego członkowie z różnych powodów znaleźli się w spirali zdarzeń i zjawisk grożących marginalizacją oraz degradacją w stopniu wykluczającym udział w życiu społecznym.

Zacznem stosunków partnerskich jest podjęcie wspólnej analizy i hierarchizacji potrzeb społeczności oraz planowania sposobu ich zaspokojenia lub rozwiązania pojawiających się przy tej okazji problemów. Partnerstwo zakłada: (1) otwartość, (2) dążenie do podejmowania decyzji przede wszystkim w drodze *konsensusu*, (3) jawność, (4) negocjacyjny charakter w rozwiązywaniu pojawiających się konfliktów (kształtowanie nierywalizującego nastawienia stron), (5) informowanie zainteresowanych i szerszego otoczenia o rezultatach.

Konsekwencją podjęcia formuły planowania partnerskiego powinno być zatem stosowanie w codziennej pracy władz publicznych procedury grupowego podejmowania decyzji dotyczących społeczności, jej członków oraz działających w jej obrębie organizacji i instytucji (zwłaszcza podmiotów społeczeństwa obywatelskiego). Jednostki/grupy wysokiego ryzyka marginalizacji i wykluczenia społecznego muszą mieć poczucie przynależności, odgrywania należytej człowiekowi i obywatelowi roli w społeczeństwie oraz muszą mieć poczucie sensu własnej egzystencji i powód do dalszego, aktywnego życia. Programy adresowane do osób z grup wysokiego ryzyka marginalizacji i/lub wykluczenia społecznego uwzględniać zatem muszą zasadę partycypacyjną głoszącą, że jeśli nie jesteś częścią rozwiązania, jesteś tylko częścią problemu.

Nie należy tracić z pola widzenia trudności, na jakie w sferze realizacyjnej napotkać mogą programy rozwiązywania problemów społecznych, do których zaliczyć należy przede wszystkim:

- 1) niedostatki/niestabilizowanie finansów publicznych ograniczające możliwość rozwijania programów prewencyjnych i promocyjnych w polityce społecznej,
- 2) brak zintegrowanej, całościowej koncepcji polityki społecznej na szczeblu krajowym (brak ten jest w dużym stopniu równoważony przez Strategię Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do roku 2020),
- 3) słabości warsztatowe oraz zbyt rzadkie przypadki dysponowania procedurami i metodami wspomaganie decyzji służących budowaniu programów polityki społecznej,
- 4) dokonywanie przez realizatorów programów społecznych w sektorze publicznym i pozarządowym alokacji zasobów niezależnie od siebie i często przy

wzajemnym ignorowaniu partnerów, mimo deklarowanej współpracy. Brak wymiany informacji o tym kto, co, kiedy i dla kogo robi, skutkuje rozprasaniem skąpych środków, osłabianiem efektywności działań i wymusza na partnerach nieuzasadnione merytorycznie konkurowanie między sobą na rynku świadczeń i usług społecznych,

5) nie do końca przezwyciężony stereotyp utożsamiający politykę społeczną z pomocą społeczną, skutkujący skłonnością części polityków i przedstawicieli władz publicznych do ograniczenia zadań polityki społecznej do zjawisk patologicznych, a więc ratownictwa i interwencji, niedoceniaania nie tylko profilaktyki, ale także zabiegów służących włączaniu zainteresowanych w proces zmiany własnego życia,

6) brak precyzyjnego określenia, czy i w jakich obszarach (kultura, pomoc społeczna, opieka zdrowotna, edukacja, rozwój lokalny, prawa obywatelskie, ochrona środowiska itp.) organizacje pozarządowe mają pełnić wobec sektora publicznego rolę: alternatywy, substytutu, poszerzenia zasobów, uciążliwej przeszkody, czy sektor ochotniczy stanowić ma tylko wąski margines w ramach systemu zmonopolizowanego przez agendy państwowe (partnerzy społeczni winni mieć możliwość zadeklarowania akceptowanej opcji spośród kilku możliwych wariantów relacji międzysektorowych).

Zabrzmie to paradoksalnie, ale budowaniu strategii opartej na jakiejś zwartej koncepcji strukturalno-funkcjonalnej oraz systemie informacyjnym, generowanym na potrzeby programów rozwiązywania problemów społecznych, nie sprzyjają również procesy transformacji. Dzisiejsze kłopoty z uzyskiwaniem społecznej prolongaty dla kontynuacji wielu niezbędnych przemian ustrojowych mają swe źródło w niedorozwoju tych dziedzin, które rozstrzygają o jakości życia i poczuciu bezpieczeństwa socjalnego wśród wielu kategorii społecznych zagrożonych marginalizacją.

Sumując: przyjmując do realizacji strategię rozwiązywania problemów społecznych, rozważyć należy zarówno przebudowę wewnętrznej sprawozdawczości oraz opracowanie nowych narzędzi zbierania i analizy danych, jak również konieczność powołania nowych podmiotów w strukturze administracji samorządowej (zwłaszcza komórki koordynującej strategię), zbudowania międzysektorowych zespołów konsultacyjnych, opiniujących kolejne fazy wdrażania strategii, oraz uruchomienie procedur ewaluacyjnych dla realizowanych przedsięwzięć programowych (wykonywanie zadań z perspektywy relacji: nakłady–efekty, korekta/rewizja programowa).

Literatura

- Abrams D., Christian J., Gordon D. (red.) (2007). *Multidisciplinary handbook of social exclusion research*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Andersen J., Bruto da Costa A., Chigot C., Duffy K., Mancho S., Mernagh M. (1994). *The contribution of Poverty 3 to the understanding of poverty, exclusion and integration*, [w:] *Poverty 3: The Lessons of the Poverty 3 Programme*. Lille: European Economic Interest Group, Animation and Research.
- Atlee T. (2002). *Principles of public participation*. The International Association for Public Participation – The Community Development Society, <<http://www.co-intelligence.org/CIPol-publicparticipation.html>>, s. 1–4.
- Błądowski P., Kubica P. (2006). *Zwalczanie ubóstwa i wykluczenia społecznego w ramach polityki realizowanej na szczeblach samorządu terytorialnego*. *Polityka Społeczna* 11/12, s. 36–38.
- Bradshaw J., Kemp P., Baldwin S., Rowe A. (2004). *The drivers of social exclusion. A review of the literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle series*. London: The Office of the Deputy Prime Minister – University of York.
- Discrimination in the European Union* (2007). Special Eurobarometer. Brussels: The Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, The Directorate-General Communication.
- Estivill J. (2003). *Concepts and strategies for combating social exclusion. An overview*. Geneva: International Labour Office.
- Frieske K. (2002). *Dynamika koncepcji marginalizacji społecznej*. *Polityka Społeczna* 11/12, s. 32–35.
- Frieske K. (2008). *Społeczna marginalność jako koszt systemowy*, [w:] M. Jarosz (red.), *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny i etniczny*. Warszawa: ISP PAN, s. 19–41.
- Frysztacki K. (2009). *Socjologia problemów społecznych*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar.
- Jarosz M. (1987). *Dezorganizacja w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWE.
- Kawula S. (2006). *Człowiek w obliczu marginalizacji i społecznego wykluczenia: w drodze ku normalizacji życia*. *Pedagogika Społeczna* 3, s. 23–36.
- Kendal D. (2010). *Social Problems in a Diverse Society*. Boston: Pearson.
- Kluczyńska S. (1999). *Aby chciało się chcieć. Teoria wyuczonej bezradności*. Niebieska Linia 5.
- Kłós B. (2001). *Przyczyny i przejawy marginalizacji społecznej*. Warszawa: Kancelaria Sejmu – Biuro Studiów i Analiz, 742/IP-92-S, s. 100–106.
- Kłós B. (2002). *Problem ubóstwa i wykluczenia społecznego w polityce społecznej Unii Europejskiej*. Warszawa: Kancelaria Sejmu – Biuro Studiów i Analiz, grudzień, ss. 946.
- Krajowy Plan Działania na rzecz Integracji Społecznej na lata 2004–2006* (2004). Warszawa: Ministerstwo Polityki Społecznej.

- Lepianka D. (2002). *Czym jest wykluczenie społeczne? Wprowadzenie do europejskich debat na temat ekskluzji*. Kultura i Społeczeństwo 4, s. 3–22.
- Levitas R., Pantazis Ch., Fahmy E., Gordon D., Lloyd E., Patsios D. (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Bristol: Department of Sociology and School for Social Policy – Townsend Centre for the International Study of Poverty – Bristol Institute for Public Affairs, University of Bristol.
- Luhmann N. (1994). *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN.
- Mahler F. (1993). *Marginality and Maldevelopment*, [w:] J. Danecki (red.), *Insights into Maldevelopment. Reconsidering the Idea of Progress*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Malikowski M. (red.) (1997). *Problemy społeczne w okresie zmian systemowych*. Rzeszów: Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Rzeszowie.
- Manis J.G. (1976). *Analysing Social Problems (Viewpoints in sociology)*. New York: Praeger Publishers Inc.
- Merton R.K. (2002). *Teoria socjologiczna a struktura społeczna*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN.
- Millar J. (2007). *Social exclusion and social policy research: defining exclusion*, [w:] D. Abrams, J. Christian, D. Gordon (red.), *Multidisciplinary handbook of social exclusion research*. Oxford: Wiley-Blackwell, s. 1–16.
- Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski* (2003). Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Nicaise I., Groenez S., Adelman L., Roberts S., Middleton S. (2004). *Gaps, traps and springboards in the floor of social protection systems. A comparative study of 13 EU countries*. Leuven: Hoger Instituut voor de Arbeid, Katholieke Universiteit Leuven.
- Palmer G., MacInnes T., Kenway P. (2008). *Monitoring poverty and social exclusion*. New York: Joseph Rowntree Foundation – New Policy Institute.
- Podgórecki A. (red.) (1976). *Zagadnienia patologii społecznej*. Warszawa: PWN.
- Praweńska-Skrzypek G., Porębski W. (2003). *Obszary deprywacji w Krakowie oraz zmiany w ich rozmieszczeniu w latach 1992–2001*. Kraków: Instytut Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Quality in social public services* (2001). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Social Public Services Research Group.
- Quality in social public services* (2001). *Results and conclusions. Barcelona 13–14 December 2001*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Seligman M.E.P. (1996). *Optymizmu można się nauczyć: Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina.
- Siemaszko A. (1993). *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN.
- Silver H. (1995). *Reconceptualizing social disadvantage: Three paradigms of social exclusion*, [w:] G. Rogers, Ch. Gore, J.B. Figueiredo (red.), *Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses*. Geneva: International Institute for Labour Studies, International Labour Organization.
- Social Exclusion and Integration in Poland: an indicators-based approach* (2006). United Nations Development: Programme Information Disclosure Policy.

- Steel R. (2004). *Involving Marginalised and Vulnerable People in Research: A Consultation Document*. INVOLVE: Promoting public involvement in NHS, public health, and social care research.
- Szarfenberg R. (2008). *Pojęcie wykluczenia społecznego*. Warszawa: Instytut Polityki Społecznej Uniwersytet Warszawski, <www.ips.uw.edu.pl/rszarf/> [wersja 1.1, 14.03.08].
- Valliant Higginson M. (1966). *Management policies I: Their development as corporate guide*. New York: AMA Research Study 76.
- Warzywoda-Kruszyńska W. (2001). *Zjawisko biedy dzieci a zagrożenie wykluczeniem społecznym w przyszłości. Mapa biedy – rozmieszczenie i zakres biedy wśród dzieci na terenie województwa łódzkiego*. Łódź: Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, <www.brpd.gov.pl/badaniabiedy.html>.
- Woźniak Z. (2003). *Edukacja i poradnictwo dla seniorów jako narzędzia przeciwdziałania i wychodzenia z bezradności*, [w:] P. Sałustowicz (red.), *Przeciw bezradności społecznej. Materiały II Konwencji Ruchu Przeciw Bezradności Społecznej – Kraków 25 stycznia 2003 r.* Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, s. 80–95.
- Woźniak Z. (2003). *Rama koncepcyjno-strategiczna programu lokalnej polityki społecznej. Praca Socjalna*. Wyd. Specjalne Nr 2, s. 34–58.
- Woźniak Z. (2003). *Wsparcie środowiskowe dla osób starszych wyzwaniem dla lokalnej polityki społecznej*. Materiały konferencyjne ogólnopolskiego sympozjum pt. „Rozwiązania systemowe w opiece geriatrycznej”. Poznań: Urząd Miasta Poznania, s. 20–26.
- Woźniak Z. (2005). *Dostępność warunkiem partycypacji społecznej osób niepełnosprawnych*, [w:] Z. Woźniak (red.), *Niepełnosprawni w przestrzeni miejskiej. Studium architektoniczno-socjologiczne*. Poznań: Wyd. Miejskie, s. 11–17.
- Woźniak Z. (2008). *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*. Warszawa: Wyd. Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.

