



# MAŁOPOLSKIE OBSERWATORIUM POLITYKI SPOŁECZNEJ

## WYKLUCZENIE SPOŁECZNE W MAŁOPOLSCE – STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA

**OSOBY  
NIEPEŁNOSPRAWNE**



Regionalny Ośrodek  
Polityki Społecznej  
w Krakowie

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE W MAŁOPOLSCE –  
STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

KRAKÓW 2013



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Wydawca:**

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie  
ul. Piastowska 32  
30-070 Kraków  
www.rops.krakow.pl

**Opracowanie:**

Piotr Stronkowiak  
Anna Kiedrowska  
Barbara Gil  
Małgorzata Szlązak

**Realizacja badania empirycznego:**

Coffey International Development Sp. z o.o.  
ul. Krucza 16/22  
00-526 Warszawa

**Layout okładki:**

Robert Krzeszowiak

**Druk i skład publikacji oraz opracowanie graficzne okładki:**

GRAFPOL Agnieszka Blicharz-Krupińska  
ul. Stefana Czarnieckiego 1  
53-650 Wrocław

ISBN 978-83-60242-67-4

**Nakład:** 300 egz.

Publikacja dostępna jest także w wersji elektronicznej pod adresem:

[www.politykaspoleczna.obserwatoria.malopolska.pl](http://www.politykaspoleczna.obserwatoria.malopolska.pl)

Kopiowanie i rozpowszechnianie może być dokonane z podaniem źródła.

Publikacja jest dystrybuowana bezpłatnie.



**Małopolska**



---

## Spis treści

WSTĘP .....	7
Wykaz używanych skrótów.....	10
CZĘŚĆ I ANALIZA DANYCH ZASTANYCH .....	11
1 Wprowadzenie do części teoretycznej.....	13
2 Dane i cechy grupy .....	14
2.1 Udział osób niepełnosprawnych w populacji Polski i Małopolski .....	14
2.2 Wiek .....	19
2.3 Stopnie niepełnosprawności.....	20
2.4 Edukacja.....	22
Uczelnie wyższe.....	24
Kształcenie specjalne dzieci i młodzieży.....	25
2.5 Rynek pracy.....	28
3 Wsparcie udzielane osobom niepełnosprawnym w Małopolsce.....	35
4 Rekomendacje .....	39
Bibliografia .....	44
Spis tabel .....	46
Spis wykresów .....	46
Spis map .....	47
CZĘŚĆ II RAPORT Z BADAŃ EMPIRYCZNYCH .....	49
1 Wyniki badania .....	51
1.1 Wprowadzenie .....	51
1.2 Problemy i potrzeby osób niepełnosprawnych .....	51
Problemy otoczenia .....	52
Problemy indywidualne .....	59
1.3 Ocena dotychczasowego wsparcia.....	64
Pomoc psychologiczna i wczesna interwencja .....	64
Wsparcie dla rodziny.....	67
Rehabilitacja zdrowotna.....	67
Rehabilitacja zawodowa.....	68
Aktywność gospodarcza – ekonomia społeczna .....	71
Trener pracy .....	75
Staże i inne formy subsydiowanego zatrudnienia .....	77
Usługi opiekuńcze i miejsca pobytu dziennego.....	79

---

1.4 Trudności podczas realizacji wsparcia .....	79
Niewystarczająca współpraca kluczowych instytucji.....	79
Niezadawalająca wymiana informacji.....	81
Skomplikowane przepisy prawa i sztywność procedur .....	82
Ograniczone zasoby .....	83
2. Wnioski na przyszłość.....	84
2.1 Proponowane działania.....	84
Wzrost skali wykorzystania niektórych instrumentów .....	84
Poprawa dopasowania wsparcia do potrzeb konkretnych osób .....	85
Poprawa sposobu dostarczania pomocy osobom niepełnosprawnym .....	85
Poprawa koordynacji działań na poziomie regionalnym i lokalnym.....	85
Poprawa dostępu do informacji .....	86
2.2 Charakterystyka potencjalnych realizatorów wsparcia .....	87

**WSTĘP**



---

Niniejsza publikacja jest częścią serii raportów prezentujących wyniki badania pn. *Wykluczenie społeczne w Małopolsce – strategie przeciwdziałania* przeprowadzonego przez Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej działające w strukturze Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie. W ramach badania zidentyfikowano kluczowe problemy, potrzeby oraz strategiczne formy wsparcia w odniesieniu do sześciu grup zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- osób bezdomnych,
- osób bezrobotnych,
- osób chorujących psychicznie,
- osób niepełnosprawnych,
- osób opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze,
- osób opuszczających zakłady karne.

Każda publikacja składa się z dwóch części.

W pierwszej, stanowiącej analizę danych zastanych, zestawione są głównie dane liczbowe. Ilościowa charakterystyka, obejmująca informacje z takich obszarów jak np. edukacja, rynek pracy i in. (stosownie do każdej z grup) została przeprowadzona na podstawie danych dostępnych w statystyce publicznej, a także w regionalnych i ogólnopolskich opracowaniach. Sytuację w województwie opisano na tle kraju, a także, jeśli pozwalały na to dane, przedstawiono ją na poziomie małopolskich powiatów. Opis ilościowy, tam gdzie było to adekwatne i celowe, został wzbogacony o analizę terytorialnego zróżnicowania dostępu do kluczowych z perspektywy każdej grupy instytucji i usług. Część teoretyczna zawiera także zbiór rekomendacji, wybranych z regionalnych oraz ogólnopolskich opracowań, które poszerzają katalog rekomendowanych rozwiązań powstałych na podstawie badań własnych i przedstawionych w części drugiej niniejszej publikacji.

Drugą część publikacji stanowi raport z badania empirycznego. Celem głównym badania była *charakterystyka możliwych działań na rzecz wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym w celu ograniczenia problemu wykluczenia w Małopolsce*. W ramach wymienionych obszarów wyodrębniono cele szczegółowe badania:

1. Identyfikacja dotychczasowego wsparcia (udzielanego z PO KL i spoza Programu) wybranych grup wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce, w odniesieniu do kluczowych problemów tych grup;
2. Ocena trafności, skuteczności i efektywności dotychczasowego wsparcia wybranych grup wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce, w odniesieniu do kluczowych potrzeb tych grup;
3. Identyfikacja trudności w realizowaniu dotychczasowego wsparcia wybranych grup wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce oraz identyfikacja obszarów wymagających zmian;
4. Sformułowanie katalogu rekomendowanych rozwiązań (uwzględniających dłuższą perspektywę czasową) mających na celu ograniczenie skali wykluczenia społecznego wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce – selekcja strategicznych form wsparcia;
5. Określenie katalogu cech realizatorów efektywnego wsparcia w odniesieniu do każdej z wybranych grup – wskazanie na realizatorów strategicznych form wsparcia.



Osiągnięcie tak sformułowanych celów było możliwe dzięki odpowiedzi na poniższe szczegółowe pytania badawcze:

1. Jakie są kluczowe problemy i potrzeby wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym?
2. Jakie formy wsparcia wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym były dotychczas oferowane?
3. Czy wdrażane dotychczas formy wsparcia (w tym w szczególności w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013) są trafne, skuteczne i efektywne w odniesieniu do kluczowych potrzeb i problemów wybranych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym?
4. Na jakie trudności podczas realizacji wsparcia wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym napotykają instytucje wspierające?
5. Czy dotychczas realizowane formy wsparcia będą adekwatne do sytuacji wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym w Małopolsce w dłuższej perspektywie czasowej?
6. Jakie nowe działania i formy wsparcia będą adekwatne do sytuacji wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym w Małopolsce w dłuższej perspektywie czasowej?
7. Jakie cechy potencjalnego realizatora określonych działań i form wsparcia zapewnią skuteczność i efektywność ich realizacji w dłuższej perspektywie czasowej?

Badanie zostało zrealizowane w oparciu o jakościową metodę zbierania danych. W jego ramach zostało przeprowadzonych dwanaście zogniskowanych wywiadów grupowych (paneli eksperckich) – po dwa wywiady dla każdej ze wskazanych grup. Dyskusję prowadził moderator będący jednocześnie ekspertem w obszarze wsparcia danej grupy zagrożonej wykluczeniem. Każdy wywiad grupowy był prowadzony według przyjętego planu, określonego w scenariuszu spotkania. Podczas dyskusji wykorzystano metody pracy warsztatowej i burzy mózgów. Część badania obejmująca przeprowadzenie wywiadów grupowych została zrealizowana przez firmę Coffey International Development.

W wywiadach grupowych uczestniczyli przedstawiciele małopolskich instytucji pomocy i integracji społecznej, instytucji rynku pracy (wg definicji słownika terminologicznego Szczegółowego Opisu Priorytetów PO KL 2007-2013) i innych podmiotów działających na rzecz grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Do udziału w wywiadach grupowych zostały zaproszone osoby organizujące wsparcie (kadra kierownicza – łącznie sześć wywiadów) oraz profesjonalści bezpośrednio pracujący z osobami wykluczonymi (np. doradcy zawodowi, specjaliści pracy socjalnej – również sześć wywiadów).

W badaniu przewidziano konieczność uczestnictwa reprezentantów wszystkich subregionów Małopolski, jednakże ze względu na pojawiające się trudności z rekrutacją uczestników, nie we wszystkich grupach udało się ować reprezentację uzyskać. Czasami, mimo zainteresowania i chęci włączenia się instytucji w dyskusję na temat planowanego wsparcia, ze względów organizacyjnych nie miały one możliwości delegowania pracowników na spotkania. Z tego również względu w ramach badania zostało przeprowadzonych kilka dodatkowych indywidualnych wywiadów pogłębionych.

\*\*\*

Niniejsza publikacja jest poświęcona wsparciu osób niepełnosprawnych. W wywiadach grupowych uczestniczyli przedstawiciele następujących typów instytucji:

- powiatowego centrum pomocy rodzinie,
- ośrodka pomocy społecznej,
- organizacji pozarządowej,

- 
- domu pomocy społecznej,
  - warsztatu terapii zajęciowej,
  - powiatowego urzędu pracy,
  - spółdzielni socjalnej,
  - spółdzielni inwalidów.

Dodatkowo, telefonicznie przeprowadzono pogłębione wywiady indywidualne z przedstawicielami:

- powiatowego urzędu pracy,
- zakładu aktywności zawodowej.

Raport bazowy do drugiej części niniejszej publikacji został przygotowany przez Piotra Stronkowskiego, redakcji i uzupełnień dokonała Barbara Gil.

---

## Wykaz używanych skrótów

BAEL	Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności
CIS	centrum integracji społecznej
KIS	klub integracji społecznej
NSP	Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań
PCPR	powiatowe centrum pomocy rodzinie
ŚDS	środowiskowy dom samopomocy
WTZ	warsztat terapii zajęciowej
ZAZ	zakład aktywizacji zawodowej
ZPCh	zakład pracy chronionej

**CZĘŚĆ I**  
**ANALIZA DANYCH ZASTANYCH**



---

## 1 Wprowadzenie do części teoretycznej

Zjawisko niepełnosprawności definiowane jest w Polsce w różnoraki sposób. Poniżej przedstawiono najważniejsze, w kontekście niniejszego opracowania, definicje.

**Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**<sup>1</sup> definiuje niepełnosprawność jako *trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy*. Jednak zapisy Ustawy dotyczą jedynie tych osób niepełnosprawnych, które posiadają jedno z trzech niżej wymienionych orzeczeń:

- o zakwalifikowaniu przez wojewódzkie, powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności do jednego z trzech stopni niepełnosprawności – znacznego, umiarkowanego lub lekkiego,
- o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie orzeczeń wydanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- o niepełnosprawności, w przypadku dzieci i młodzieży do 16 roku życia<sup>2</sup>.

W słowniku pojęć stosowanych w statystyce publicznej, zamieszczonym na stronie Głównego Urzędu Statystycznego<sup>3</sup> (GUS), nie figuruje termin *osoba niepełnosprawna* czy też *niepełnosprawny*. W poszczególnych badaniach oraz powszechnym spisie ludności przyjmuje się różne, adekwatne do celu badania, definicje.

I tak, szeroką definicję osoby niepełnosprawnej GUS stosuje w spisie powszechnym, rozróżniając **niepełnosprawność prawną**, czyli poświadczoną orzeczeniem wydanym przez uprawniony do tego organ oraz **niepełnosprawność biologiczną**. Do osób niepełnosprawnych biologicznie zalicza się osoby deklarujące posiadanie całkowitych lub poważnych ograniczeń w wykonywaniu określonych czynności (podstawowych dla swojego wieku, takich jak: samoobsługa, zabawa, nauka, praca etc.) lecz nieposiadające żadnego z wyżej wymienionych orzeczeń.

Natomiast w **Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności** (BAEL), także prowadzonym przez GUS, ze względu na specyfikę przedmiotu badania, do osób niepełnosprawnych zalicza się jedynie *osoby w wieku 16 lat i więcej, które mają przyznane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy*<sup>4</sup>.

Z kolei w przypadku badania **Stan Zdrowia Ludności Polski**<sup>5</sup> (również realizowanego przez GUS), podstawowe dane są dostępne zarówno dla osób niepełnosprawnych prawnie jak i biologicznie, według kryterium powszechnego spisu ludności, a także według metodologii Eurostatu (co jest przydatne przy porównaniach krajów członkowskich Unii Europejskiej).

**Ze względu na powyższe różnice w definicjach, na rzecz niniejszego opracowania przyjęto, iż sytuacja osób niepełnosprawnych w Małopolsce zostanie omówiona (tam, gdzie jest to możliwe) na podstawie danych dotyczących niepełnosprawności prawnej, co przybliży możliwość przedstawienia problemu za pomocą danych pochodzących z różnych źródeł**<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Art. 2, Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 ze zm.).

<sup>2</sup> Ustawa uszczegóławia ten przypadek, wskazując, iż osoby, które nie ukończyły 16 roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

<sup>3</sup> Definicje Głównego Urzędu Statystycznego dostępne na [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

<sup>4</sup> *Aktywność Ekonomiczna Ludności Polski IV kwartał 2011*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, s. 18.

<sup>5</sup> *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.

<sup>6</sup> Należy mieć na uwadze, że badania są przeprowadzane w różnych celach, stąd ich metodologie są odmienne i nie pozwalają na proste i bezpośrednie porównania między sobą.

---

## 2 Dane i cechy grupy

### 2.1 Udział osób niepełnosprawnych w populacji Polski i Małopolski

#### W skrócie:

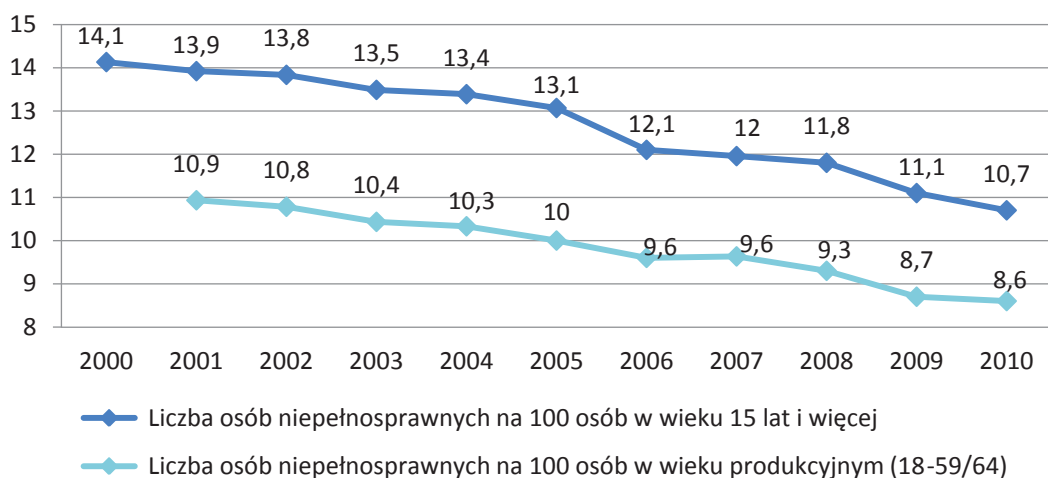
- ❖ w Małopolsce żyje obecnie około 440 tysięcy osób niepełnosprawnych prawnie, czyli co siódmy mieszkaniec posiada orzeczenie o niepełnosprawności;
- ❖ Małopolska jest jednym z województw o najwyższym odsetku osób niepełnosprawnych w populacji;
- ❖ najwyższy odsetek osób niepełnosprawnych mieszka w powiecie proszowickim, a także w: krakowskim, limanowskim, nowosądeckim, Nowym Sączu, myślenickim i Krakowie.

Na obecną chwilę pełne dane demograficzne dotyczące osób niepełnosprawnych pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2002 roku (NSP 2002). Ostatni spis, który odbył się w roku 2011, zawierał szerszy moduł pytań dotyczących stanu zdrowia oraz ewentualnej niepełnosprawności, zatem wyniki pozwolą na dokładniejsze analizy. Na chwilę obecną jednak opublikowane zostały tylko podstawowe dane z NSP 2011, według których ogólna liczba osób niepełnosprawnych zmniejszyła się na przestrzeni dekady o 1 mln 318 tysięcy.<sup>7</sup> **Liczba Polaków posiadających orzeczenie** wynosi około **3 mln 132 tysiące**, a łącznie z osobami niepełnosprawnymi biologicznie – 4 mln 697,5 tysiąca. Według danych ze spisu powszechnego z 2002 roku niepełnosprawność prawna dotyczyła 4,5 miliona osób, zatem **na przestrzeni ostatniej dekady ich liczebność spadła prawie o 30%**. Natomiast o ponad połowę wzrosła liczba osób niepełnosprawnych wyłącznie biologicznie (nie posiadających orzeczenia, ale odczuwających omówione wyżej ograniczenia). Liczba osób z orzeczoną niepełnosprawnością od dekady rokrocznie spada, co obrazują również dane pochodzące z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*:

---

<sup>7</sup> Autorzy publikacji *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników* zastrzegają, iż, ze względu na dobrowolność przy udzielaniu odpowiedzi na pytania dotyczące niepełnosprawności oraz duże braki danych, np. w grupie osób przebywających za granicą, ogólna liczba osób niepełnosprawnych jest niedoszacowana. *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

**Wykres 1. Częstość niepełnosprawności prawnej w Polsce, dane średnioroczne**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS

Biorąc pod uwagę oba rodzaje niepełnosprawności wyróżniane przez GUS – prawną oraz biologiczną – w 2011 roku 12,2% Polaków (licząc łącznie dzieci i osoby dorosłe) było dotkniętych niepełnosprawnością. Kobiety stanowią prawie 54% populacji osób niepełnosprawnych. Dla porównania, w 1988 roku niepełnosprawny był co dziesiąty Polak, w roku 2002 – co siódmy, a obecnie – co ósmy (Tabela 1).

**Tabela 1. Osoby niepełnosprawne według Narodowych Spisów Powszechnych z 1988, 2002 i 2011 r.**

Rok	Osoby niepełnosprawne w populacji					
	Ogółem		W tym:			
			Osoby niepełnosprawne prawnie		Osoby niepełnosprawne tylko biologicznie	
	w tys.	%	w tys.	%	w tys.	%
1988	3 735,5	9,9%	3 258,4	87,2%	477,1	12,8%
2002	5 456,7	14,3%	4 450,1	81,5%	1 006,5	18,5%
2011	4 697,5	12,2%	3 131,9	66,7%	1 565,6	33,3%

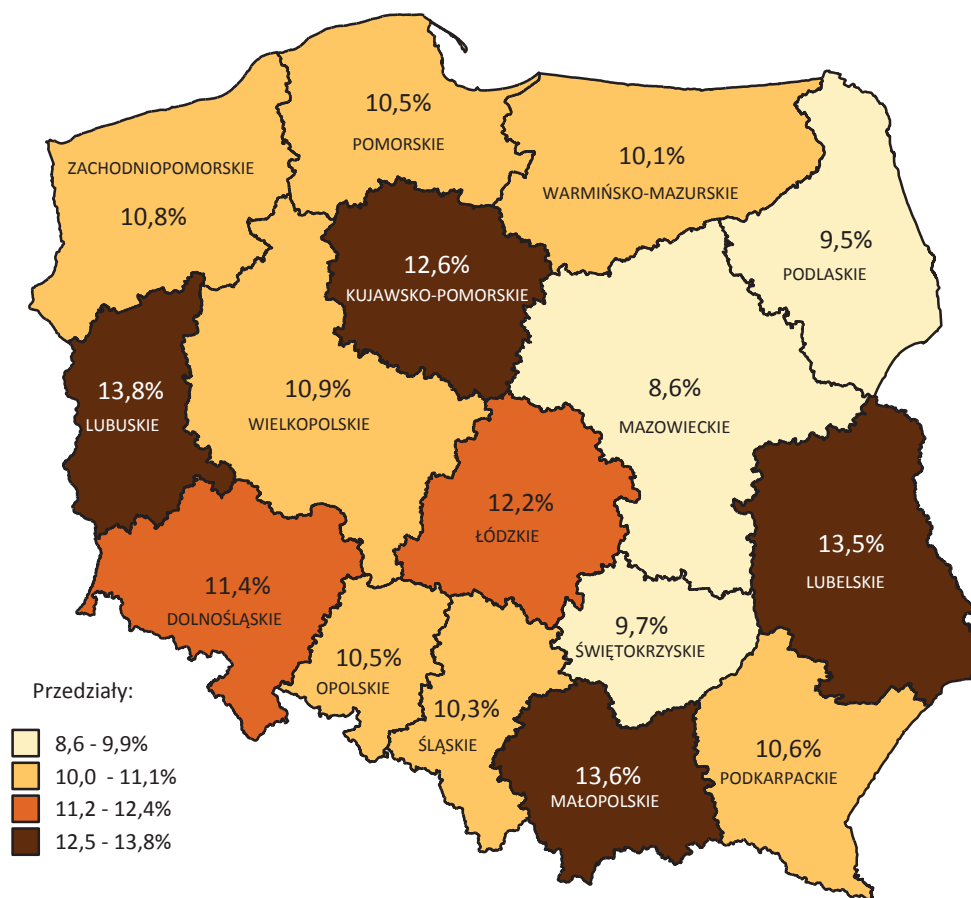
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z *Narodowych Spisów Powszechnych Ludności i Mieszkań 1988 r., 2002 r. i 2011 r.*, GUS.

Ponieważ wstępne wyniki ze spisu powszechnego nie przedstawiają sytuacji w województwach, w celu jej prześledzenia należy sięgnąć do innych źródeł danych. Na podstawie badania *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009*, stwierdzić można, iż **Małopolska** jest jednym z województw o **najwyższym odsetku osób niepełnosprawnych prawnie** w populacji – **13,6%**<sup>8</sup> (**w tym badaniu średnia dla kraju wyniosła 11%**), co oznacza, że w 2009 roku **co siódmy mieszkaniec naszego województwa** zadeklarował, iż posiada orzeczenie prawne o niepełnosprawności (bez względu na fakt, czy równocześnie odczuwa niepełnosprawność biologiczną). Poza Małopolską, w której wg danych ze wspomnianego badania mieszka blisko 440 tysięcy osób niepełnosprawnych, problem niepełnosprawności występuje najczęściej w populacjach województw: lubuskiego, lubelskiego i kujawsko-pomorskiego, a najrzadziej: świętokrzyskiego, podlaskiego i mazowieckiego (Mapa 1). Sytuacja w Małopolsce utrzymuje się co najmniej od dekady, co potwierdzają dane z Narodowego Spisu Powszechnego z roku 2002 (województwo małopolskie było drugim z kolei województwem, pod względem liczby osób niepełnosprawnych ogółem (prawnie i biologicznie) w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – 182).

<sup>8</sup> *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011



Mapa 1. Częstość występowania niepełnosprawności prawnej wg województw w 2009 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011

Z kolei najbardziej aktualne dostępne informacje na poziomie powiatów, to szacunki z 2007 roku<sup>9</sup>, wedle których w województwie małopolskim mieszkały 539 443 osoby z orzeczoną niepełnosprawnością<sup>10</sup>. W liczbach bezwzględnych największa ich liczba mieszkała w Krakowie (126 552 osoby), powiecie krakowskim (49 262 osoby), nowosądeckim (37 254 osoby) oraz tarnowskim (30 099 osób) – Tabela 2.

<sup>9</sup> Źródło: PFRON – podstawa do podziału środków PFRON dla samorządów wojewódzkich w 2007 roku, dane za: Wojewódzki Program Dotyczący Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy w Realizacji Zadań na Rzecz Zatrudniania Osób Niepełnosprawnych w Województwie Małopolskim na lata 2007 – 2013, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Społecznej, Kraków 2007.

<sup>10</sup> Duże różnice (ok. 100 tys. osób) pomiędzy przytaczanymi z różnych źródeł danymi, mogą wynikać z różnych metodologii zbierania danych. Z jednej strony są to szacunki, z drugiej zbierane od respondentów subiektywne odpowiedzi. Przytoczne wcześniej deklaracje autorów pierwszego raportu wynikowego ze spisu powszechnego niestety nie wskazują, iż uda się w sposób rzetelny zweryfikować te liczby.

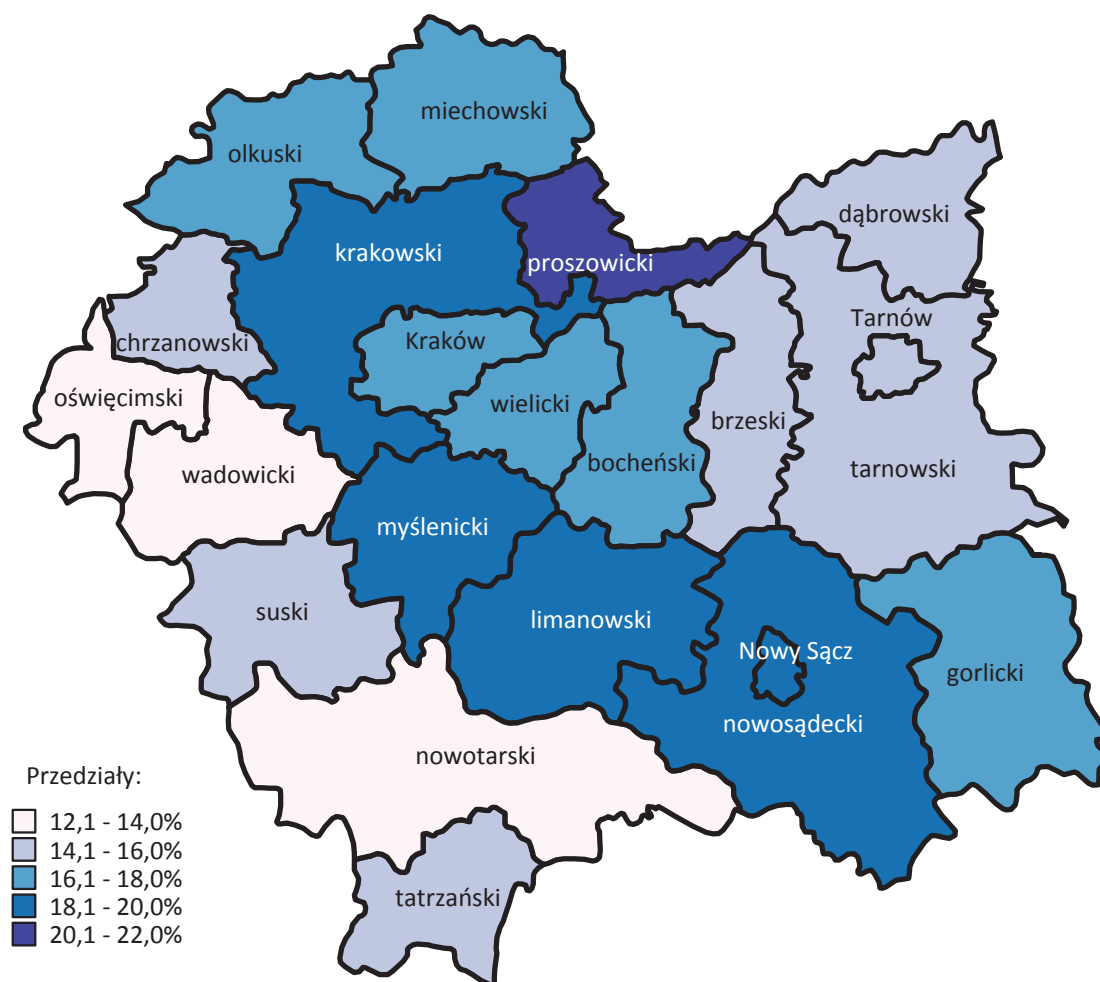
Tabela 2. Osoby niepełnosprawne prawnie w powiatach województwa małopolskiego z procentowym udziałem w skali województwa małopolskiego i poszczególnych powiatów w 2007 r.

Powiat	Liczba osób niepełnosprawnych ogółem	% osób niepełnosprawnych w skali województwa małopolskiego	Liczba ludności ze względu na faktyczne miejsce zamieszkania stan na 31.12.2007	% osób niepełnosprawnych w skali powiatu
bocheński	17 241	3,2	101 204	17,0
brzeski	13 565	2,5	90 508	15,0
chrzanowski	19 511	3,6	127 859	15,3
dąbrowski	8 417	1,6	58 529	14,4
gorlicki	18 268	3,4	106 591	17,1
krakowski	49 262	9,1	247 903	19,9
limanowski	24 381	4,5	122 685	19,9
miechowski	8 502	1,6	50 577	16,8
myślenicki	21 318	4,0	118 066	18,1
nowosądecki	37 254	6,9	200 015	18,6
nowotarski	24 422	4,5	183 069	13,3
olkuski	19 524	3,6	113 993	17,1
oświęcimski	18 630	3,5	153 238	12,2
proszowicki	9 559	1,8	43 424	22,0
suski	12 058	2,2	82 347	14,6
tarnowski	30 099	5,6	194 487	15,5
tatrzański	9 331	1,7	65 168	14,3
wadowicki	18 685	3,5	154 899	12,1
wielicki	18 782	3,5	107 305	17,5
m. Kraków	126 552	23,5	756 583	16,7
m. Nowy Sącz	15 467	2,9	84 468	18,3
m. Tarnów	18 615	3,5	116 118	16,0
<b>Małopolska</b>	<b>539 443</b>	<b>100,0</b>	<b>3 279 036</b>	<b>16,5</b>

Źródło: PFRON – podstawa do podziału środków PFRON dla samorządów wojewódzkich w 2007 roku

Analizując procentowy udział osób niepełnosprawnych w liczbie ludności poszczególnych powiatów wskazać można, że problem niepełnosprawności dotyka najczęściej mieszkańców **powiatu proszowickiego** (22% osób niepełnosprawnych w ogóle ludności powiatu), **krakowskiego i limanowskiego** (po 19,9%). Osoby z niepełnosprawnością stanowią też wysoki odsetek mieszkańców w powiecie nowosądeckim (18,6%), mieście Nowy Sącz (18,3%) oraz powiecie myślenickim (18,1%).

Mapa 2. Odsetek osób niepełnosprawnych prawnie w populacji małopolskich powiatów w 2007 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie PFRON – podstawa do podziału środków PFRON dla samorządów wojewódzkich w 2007 roku

## 2.2 Wiek

### W skrócie:

- ❖ prawie 47% Małopolan w wieku 70 lat i więcej posiada orzeczoną niepełnosprawność – jest to najwyższy odsetek w skali województw;
- ❖ w przedziale wiekowym 50-69 lat niepełnosprawny jest co czwarty mieszkaniec województwa, co daje większą częstotliwość, niż przeciętnie dla kraju;
- ❖ odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 15-29 lat w populacji Małopolski jest nieco wyższy, niż średnia krajowa.

Częstość występowania niepełnosprawności różnicują kategorie wiekowe, co wynika z istoty samego zjawiska niepełnosprawności.

W Małopolsce relatywnie niski odsetek osób niepełnosprawnych (posiadających orzeczenie) występuje wśród najmłodszych – problem niepełnosprawności dotyka niecałe 2% dzieci do 14. roku życia. Ponad jedna czwarta mieszkańców Małopolski w wieku 50-69 lat dotknięta jest niepełnosprawnością, w skali kraju natomiast jest to co piąty Polak. Najczęściej niepełnosprawność występuje u osób najstarszych (70 lat i więcej). W porównaniu do innych regionów województwo małopolskie posiada najwyższy wskaźnik niepełnosprawności dla osób w tej kategorii wiekowej, który wskazuje, iż niemal co druga osoba jest niepełnosprawna. W odniesieniu do pozostałych województw w Małopolsce występuje także **wysoka częstotliwość niepełnosprawności w grupie wiekowej 15-29 lat** – niecałe 4% populacji w tym przedziale wiekowym ma orzeczoną niepełnosprawność.

Tabela 3. Częstość występowania niepełnosprawności prawnej wg wieku i województw w 2009 r.

Województwa	0-14 lat	15-29 lat	30-49 lat	50-69 lat	70 i więcej lat
	w odsetkach danej grupy wieku				
<b>Polska</b>	<b>2,9%</b>	<b>3,5%</b>	<b>6,0%</b>	<b>21,2%</b>	<b>29,5%</b>
dolnośląskie	2,7%	4,0%	5,9%	20,3%	31,4%
kujawsko-pomorskie	4,1%	4,7%	8,2%	22,2%	34,3%
lubelskie	3,0%	2,9%	8,9%	25,7%	35,7%
lubuskie	3,2%	3,8%	6,0%	29,0%	38,0%
łódzkie	3,0%	3,4%	6,0%	23,2%	29,7%
<b>małopolskie</b>	<b>1,9%</b>	<b>3,8%</b>	<b>5,7%</b>	<b>27,3%</b>	<b>46,8%</b>
mazowieckie	4,6%	3,3%	3,3%	16,5%	20,6%
opolskie	5,0%	3,2%	7,4%	15,9%	28,8%
podkarpackie	3,0%	4,2%	7,8%	22,4%	20,5%
podlaskie	1,1%	3,9%	6,8%	16,2%	25,9%
pomorskie	2,0%	3,3%	6,9%	21,9%	26,4%
śląskie	1,5%	3,1%	5,9%	19,4%	27,6%
świętokrzyskie	3,6%	3,5%	5,7%	17,0%	24,0%
warmińsko-mazurskie	2,3%	3,3%	6,1%	19,2%	32,4%
wielkopolskie	2,5%	2,6%	4,5%	24,8%	31,7%
zachodniopomorskie	4,7%	3,6%	7,4%	19,2%	25,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.*, GUS

Niebieskie paski danych należy odczytywać osobno w poszczególnych w kolumnach – wskazują natężenie zjawiska w porównaniu do innych województw.

## 2.3 Stopnie niepełnosprawności

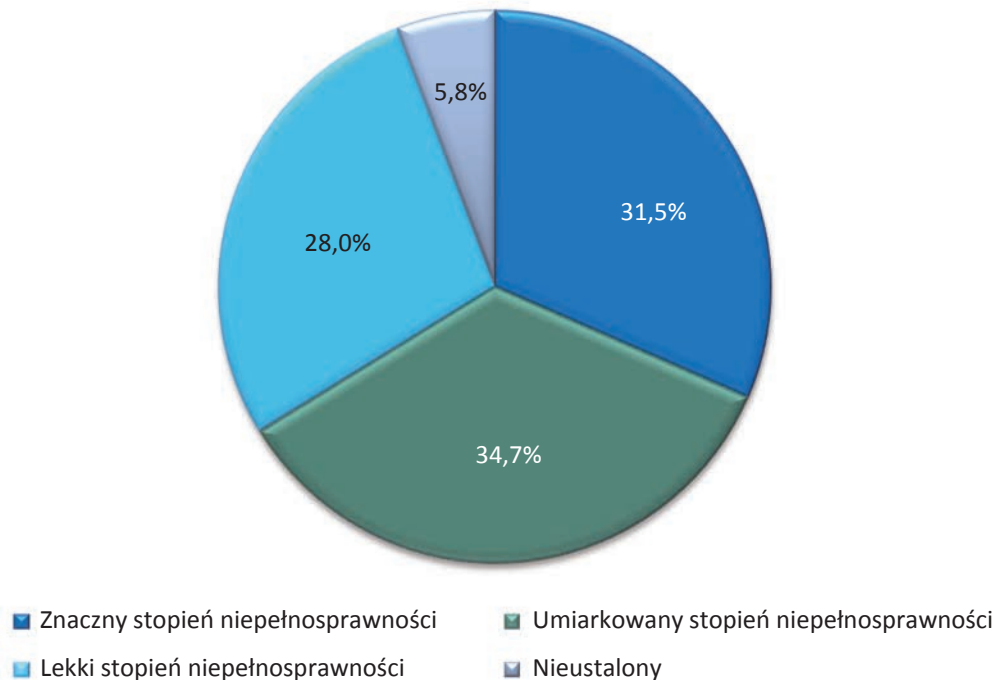
### W skrócie:

- ❖ wg danych z 2002 r. w Małopolsce wśród kobiet niepełnosprawnych prawnie przeważały kobiety o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- ❖ wśród mężczyzn dominowały osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Z danych pochodzących z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności* wynika, że w **2011** roku, podobnie jak w poprzednich latach, w populacji osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16 lat i więcej w Polsce przeważały osoby z **umiarkowanym** (lub równoważnym) stopniem niepełnosprawności – udział tych osób wyniósł **40,5%**. 32,1% niepełnosprawnych osób posiadało orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności, a 27,4% – o znacznym stopniu.

**W Małopolsce**, wedle danych z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku, sytuacja przedstawiała się inaczej (Wykres 2). Liczebność poszczególnych grup osób z niepełnosprawnością była bardziej zbliżona: **34,7% osób niepełnosprawnych posiadało orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**, osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności stanowiły 31,5% populacji osób niepełnosprawnych prawnie, a osoby z orzeczonym lekkim stopniem - 28%.

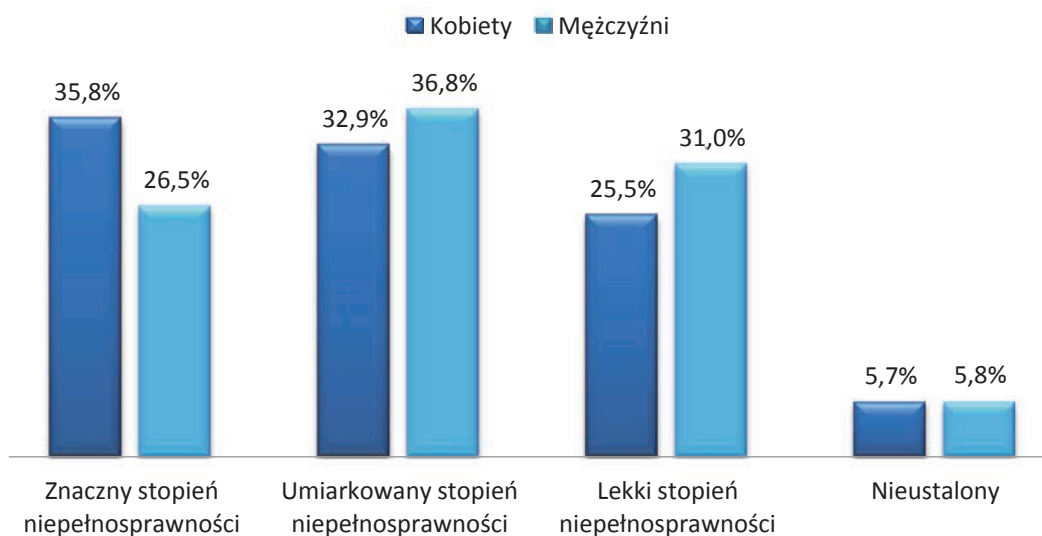
**Wykres 2. Osoby niepełnosprawne prawnie w Małopolsce w wieku 16 lat i więcej wg stopnia niepełnosprawności w 2002 r.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników *NSP 2002 r.*

Różnice występują także między subpopulacjami niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn. W 2002 roku w województwie małopolskim dużo więcej kobiet niż mężczyzn posiadało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności i dodatkowo jest to dominująca grupa wśród kobiet z niepełnosprawnością prawną (Wykres 3).

**Wykres 3. Osoby niepełnosprawne prawnie w Małopolsce w wieku 16 lat i więcej wg płci oraz stopnia niepełnosprawności w 2002 r.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników NSP 2002 r.

## 2.4 Edukacja

### W skrócie:

- ❖ wg danych z 2002 r. w Małopolsce, w porównaniu do średniej krajowej, odnotować mogliśmy nieco niższy odsetek osób niepełnosprawnych z wykształceniem co najwyżej podstawowym;
- ❖ wg danych z 2002 r. w Małopolsce, w porównaniu do innych województw, mieszka relatywnie dużo osób niepełnosprawnych z wyższym wykształceniem;
- ❖ Małopolska plasuje się na drugim miejscu wśród regionów pod względem liczby studiującej młodzieży z niepełnosprawnością (dane za 2010/1011);
- ❖ najwięcej uczniów niepełnosprawnych w małopolskich szkołach podstawowych i gimnazjach to dzieci i młodzież z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, z zaburzeniami zachowania, z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

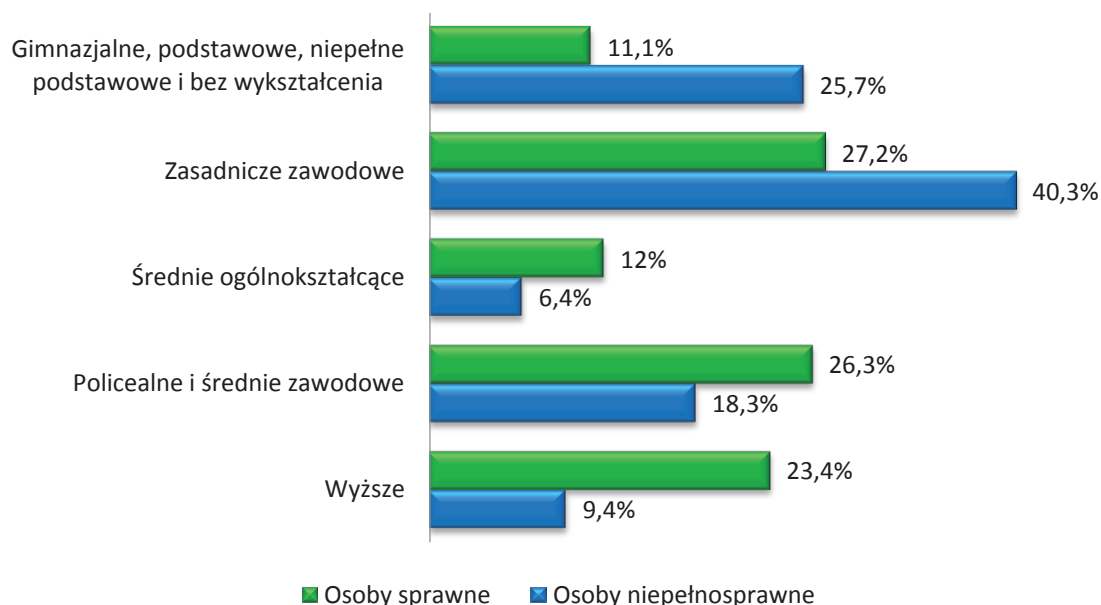
Sytuacja osób niepełnosprawnych z perspektywy edukacji wygląda inaczej niż w przypadku osób zdrowych. Jak wskazują wyniki badań, osoby z niepełnosprawnością są gorzej wykształcone niż osoby sprawne.

**Wśród osób niepełnosprawnych prawie odsetek legitymujących się wykształceniem wyższym jest znacząco mniejszy niż wśród osób sprawnych i wynosi 9,4% w porównaniu do 23%** (dane z BAEL za 2011 r., dotyczą osób sprawnych powyżej 15 roku życia oraz osób niepełnosprawnych powyżej 16.). Jednakże na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy w Polsce wzrost liczby osób niepełnosprawnych kończących uczelnie wyższe. W 2001 r. wyższe wykształcenie posiadało 164 tys. osób z niepełnosprawnością, natomiast w 2012 r. – 225 tys., zatem odnotowujemy w tej grupie wzrost o 61 tys. osób, przy ogólnym spadku liczby osób niepełnosprawnych o prawie 900 tysięcy na przestrzeni dekady.

Osoby niepełnosprawne częściej niż osoby sprawne uzyskują wykształcenie zasadnicze zawodowe, a co czwarta osoba z niepełnosprawnością kończy edukację na poziomie (co najwyżej) gimnazjum (Wykres 4). Systematyzując te dane i porównując do sytuacji osób sprawnych, można stwierdzić, iż wśród osób niepełnosprawnych mamy do czynienia z *nadwyżką w kategorii osób z niższym wykształceniem oraz niedoszacowaniem w kategorii wykształcenia wyższego*<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Trojanowski P. (2010), *Osoby niepełnosprawne na tle współczesnego społeczeństwa polskiego. Socjologiczna charakterystyka wybranych elementów położenia społecznego* w Brzezińska A.I. *Potrzeby specyficznych grup osób z ograniczeniami sprawności*, s. 21-43, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.

**Wykres 4. Struktura wykształcenia osób sprawnych i niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym<sup>12</sup>, dane ogólnopolskie średnioroczne za 2011 r.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, [www.niepelnosprawni.gov.pl](http://www.niepelnosprawni.gov.pl)

Na podstawie danych pochodzących ze spisu powszechnego z 2002 roku obserwujemy zróżnicowanie w poziomie wykształcenia w populacji osób niepełnosprawnych w regionach (Tabela 4)<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Zgodnie z terminologią GUS, za wiek produkcyjny w przypadku kobiet przyjmuje się przedział 18-59 lat; w przypadku mężczyzn przedział 18-64 lat.

<sup>13</sup> Prezentowane dane ze spisu powszechnego odnośnie wykształcenia dotyczą zarówno osób niepełnosprawnych prawnie jak i osób, które zadeklarowały poważne lub całkowite ograniczenie sprawności nie posiadając orzeczenia.



Tabela 4. Osoby niepełnosprawne w wieku 13 lat i więcej wg poziomu wykształcenia oraz województw w 2002 r.

Województwo	Wykształcenie:						
	wyższe	policealne	średnie	zasadnicze zawodowe	podstawowe	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia	nieustalone
<i>Polska</i>	<b>4,6%</b>	<b>1,9%</b>	<b>21,2%</b>	<b>21,8%</b>	<b>42,2%</b>	<b>8,1%</b>	<b>0,3%</b>
dolnośląskie	4,4%	1,9%	21,9%	22,2%	41,0%	8,4%	0,2%
kujawsko-pomorskie	3,8%	1,6%	20,0%	25,3%	43,1%	6,0%	0,2%
lubelskie	3,7%	1,8%	18,8%	17,3%	47,1%	11,1%	0,1%
lubuskie	3,9%	2,0%	21,8%	22,9%	40,5%	8,8%	0,3%
łódzkie	4,0%	1,9%	21,0%	18,3%	44,8%	9,8%	0,2%
<b>małopolskie</b>	<b>5,1%</b>	<b>1,9%</b>	<b>20,3%</b>	<b>22,6%</b>	<b>43,2%</b>	<b>6,6%</b>	<b>0,2%</b>
mazowieckie	7,2%	2,5%	24,5%	17,2%	38,9%	9,2%	0,4%
opolskie	3,8%	1,7%	19,6%	21,9%	44,2%	8,3%	0,5%
podkarpackie	3,3%	1,7%	19,0%	21,1%	46,3%	8,2%	0,2%
podlaskie	4,1%	1,9%	18,4%	13,6%	44,7%	17,0%	0,3%
pomorskie	6,1%	2,2%	23,3%	22,9%	39,7%	5,4%	0,4%
śląskie	4,2%	1,7%	22,8%	28,7%	37,4%	4,8%	0,5%
świętokrzyskie	3,5%	1,9%	19,3%	17,9%	45,9%	11,2%	0,3%
warmińsko-mazurskie	3,7%	1,7%	18,9%	18,1%	45,9%	11,4%	0,3%
wielkopolskie	4,7%	1,7%	21,1%	27,5%	40,3%	4,7%	0,1%
zachodniopomorskie	4,4%	1,8%	21,5%	20,0%	42,0%	10,0%	0,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników NSP 2002 r.

W Małopolsce mogliśmy odnotować wysoki odsetek osób niepełnosprawnych posiadających co najwyżej wykształcenie podstawowe – łącznie jest to aż 50%, przy czym nasze województwo miało jeden z najniższych odsetków osób nieposiadających wykształcenia lub z wykształceniem podstawowym niepełnym (6,6%). Jednocześnie, małopolska populacja osób niepełnosprawnych charakteryzowała się korzystnym na tle kraju odsetkiem osób z wyższym wykształceniem; w 2002 r. było to **5,1%** osób z ograniczoną sprawnością powyżej 13 roku życia, przy średniej krajowej 4,6%.

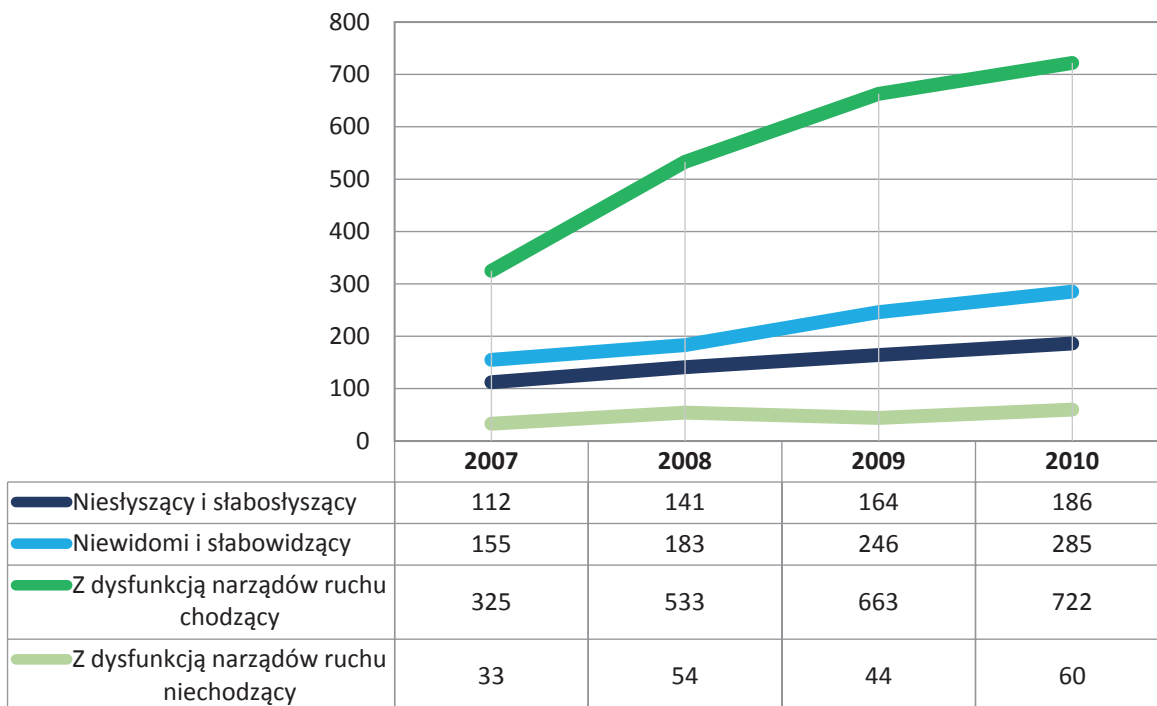
### Uczelnie wyższe

W roku akademickim 2010/2011 na małopolskich uczelniach wyższych studiowało 2 949 osób niepełnosprawnych<sup>14</sup>, co stanowi niemal 10% wszystkich studiujących osób z niepełnosprawnością w Polsce. Pod względem liczby niepełnosprawnych studentów Małopolska plasowała się na II miejscu w Polsce, za województwem mazowieckim. Większość studentów z niepełnosprawnością (76%) była słuchaczami szkół publicznych. Na uczelniach publicznych studenci niepełnosprawni preferowali stacjonarny tryb nauki – był to wybór 70% osób. Odwrotnie przedstawiała się sytuacja w przypadku uczelni niepublicznych – tutaj 60% niepełnosprawnych studentów realizowało naukę w trybie niestacjonarnym. Absolwentami wyższych uczelni w Małopolsce w roku akademickim 2009/2010 zostało 512 osób niepełnosprawnych, z czego dwie trzecie stanowiły kobiety. Dane ogólnopolskie wskazują, iż absolwenci najczęściej kończyli kierunki z dwóch grup: nauki społeczne, gospodarka i prawo (44% niepełnosprawnych absolwentów) oraz kształcenie (21%).

<sup>14</sup> Na podstawie: *Szkoły wyższe i ich finanse*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011. Stan na 30 XI 2010 r.

Liczba studentów niepełnosprawnych na małopolskich uczelniach systematycznie rośnie, przy czym największy wzrost odnotowuje się w grupie osób z dysfunkcją narządów ruchu samodzielnie się poruszających (chodzący). Wykres 5 obrazuje ten wzrostowy trend od 2007 roku dla studentów o wybranych czterech typach dysfunkcji. Na przestrzeni lat najmniej liczną grupę stanowili studenci niechodzący.

**Wykres 5. Studenci niepełnosprawni w Małopolsce wg wybranych dysfunkcji w latach 2007-2010, stan na 30 listopada danego roku**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych w publikacji *Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.*, GUS

### Kształcenie specjalne dzieci i młodzieży

Kształcenie specjalne dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością może być realizowane w systemie szkolnym lub w formie indywidualnej. *Kształcenie specjalne (na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum i szkoły ponadgimnazjalnej) odbywa się w funkcjonujących samodzielnie szkołach specjalnych lub w szkołach ogólnodostępnych, w których tworzone są oddziały: specjalne, integracyjne i ogólnodostępne oraz w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, innych placówkach oświatowo-wychowawczych lub zakładach opieki zdrowotnej (włącznie z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego).*<sup>15</sup>

W 2010 roku w Małopolsce w szkołach podstawowych ogólnodostępnych uczyło się 2 125 niepełnosprawnych<sup>16</sup> dzieci, a w szkołach specjalnych 1 282 (łącznie 3 407 dzieci). W szkołach pierwszego typu, najwięcej niepełnosprawnych dzieci uczęszczało do oddziałów ogólnodostępnych, specjalnych oraz integracyjnych; analogicznie przedstawiała się sytuacja wśród gimnazjalistów. W gimnazjach jednak liczba uczniów niepełnosprawnych była mniejsza i wynosiła 1 825 osób w gimnazjach ogólnodostępnych oraz 1 310 w specjalnych (łącznie 3 135). W liczbach bezwzględnych najwięcej uczniów niepełnosprawnych w małopolskich szkołach podstawowych i gimnazjach to dzieci i młodzież z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

<sup>15</sup> *Oświata i wychowanie 2010-2011*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, s. 28-29.

<sup>16</sup> Liczby uwzględniają dzieci niestyszące, słabosłyszące, niewidome, słabowidzące, z niepełnosprawnością ruchową, z upośledzeniem umysłowym oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

---

Dużo niższe liczebności uczniów z niepełnosprawnością odnotowujemy na kolejnych szczeblach edukacji. W małopolskich zasadniczych szkołach zawodowych było to łącznie 1 258 osób, z czego zdecydowana większość (1 125) w szkołach specjalnych, natomiast w liceach ogólnokształcących uczyło się 359 osób, a w liceach profilowanych – 14 osób niepełnosprawnych. Należy zaznaczyć, że osoby z niepełnosprawnością ruchową na wszystkich wymienionych poziomach edukacji znacznie częściej uczęszczają do szkół ogólnodostępnych niż specjalnych. Z kolei dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim licznie uczęszczają do szkół ogólnodostępnych na poziomie szkoły podstawowej i gimnazjum, natomiast młodzież z tej grupy kontynuująca naukę w liceach i szkołach zawodowych przeważa w szkołach specjalnych. Szczegółowe dane zawiera Tabela 5.

Tabela 5. Uczniowie w Małopolsce ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkołach według rodzaju i wychowanie w roku szkolnym 2010/2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011

Rok szkolny/typ szkoły	Szkoły podstawowe			Gimnazja			Licea ogólnokształcące			Zasadnicze szkoły zawodowe			Licea profilowane		
	2010/2011			2010/2011			2010/2011			2010/2011			2010/2011		
	Razem	szkoły podstawowe	szkoły podst. specjalne	Razem	gimnazja	gimnazja specjalne	Razem	licea ogólnokształcące	licea ogólnokształcące specjalne	Razem	zasadnicze szkoły zawodowe	specjalne zasadnicze szkoły zawodowe	Razem	licea profilowane	licea profilowane specjalne
Uczniowie	3407	2125	1282	3135	1825	1310	359	161	198	1258	133	1125	14	10	4
niepełnosprawni	33	16	17	25	10	15	40	24	16	41	1	40	-	-	-
niepełnosprawni słabosłyszący	229	186	43	171	130	41	57	31	26	40	7	33	4	2	2
niepełnosprawni niewidomi	16	2	14	14	1	13	1	1	-	2	-	2	-	-	-
niepełnosprawni słabowidzący	243	213	30	137	110	27	22	22	-	22	1	21	-	-	-
niepełnosprawni z niepełnosprawnością ruchową	285	277	8	159	155	4	94	72	22	7	6	1	7	7	-
z tego według rodzaju dysfunkcji:	1229	898	331	1566	1051	515	127	3	124	999	115	884	-	-	-
	763	280	483	691	228	463	-	-	-	59	1	58	-	-	-
z niepełnosprawnościami sprzężonymi	609	253	356	372	140	232	18	8	10	88	2	86	3	1	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z publikacji *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2010/2011*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011

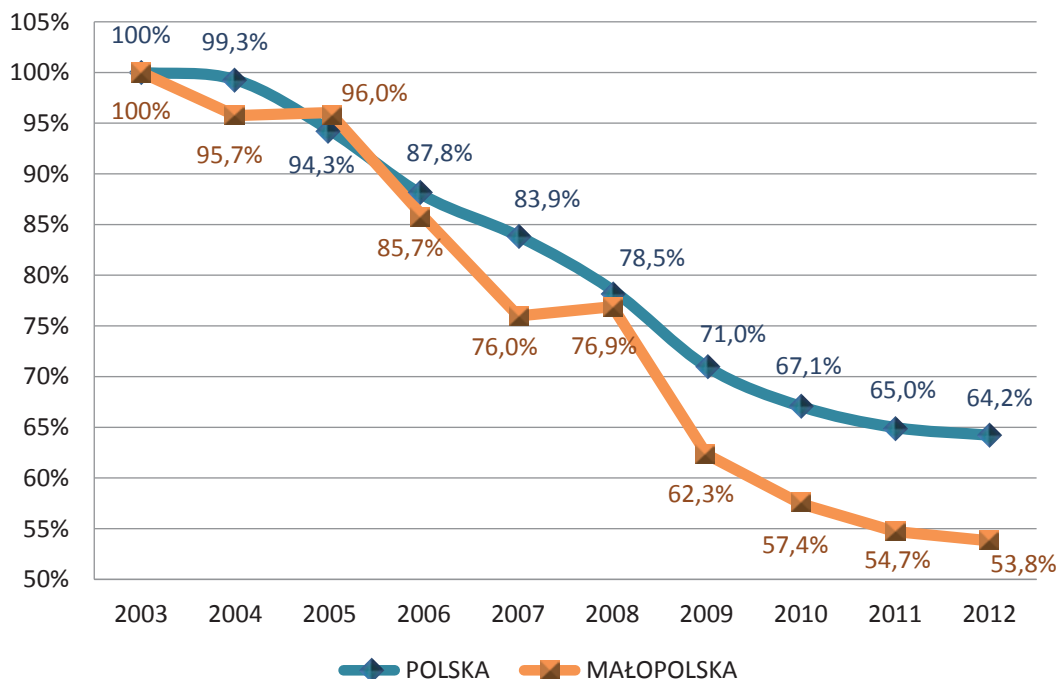
## 2.5 Rynek pracy

### W skrócie:

- ❖ W zakresie bierności zawodowej ze względu na chorobę lub niepełnosprawność w Małopolsce występuje trend spadkowy;
- ❖ od 2007 roku wzrasta wskaźnik zatrudnienia osób z ograniczoną sprawnością zarówno w regionie jak i w skali kraju;
- ❖ osoby niepełnosprawne w Polsce podejmują pracę zawodową ponad 3 razy rzadziej niż osoby sprawne;
- ❖ w Małopolsce osoby z ograniczoną sprawnością stanowią 5% wszystkich osób bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy.

W ostatnich latach obserwujemy znaczny spadek liczby osób biernych zawodowo<sup>17</sup>, które jako powód bierności podają chorobę lub niepełnosprawność (Wykres 6). Pozytywny trend dotyczy zarówno Małopolski jak i całego kraju, przy czym patrząc na sytuację od roku 2003, obserwujemy, iż spadek ten jest większy w Małopolsce niż przeciętnie dla Polski. W województwie małopolskim w roku 2012 było 177 tysięcy osób biernych zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności, a dekadę temu prawie dwa razy tyle – 329 tysięcy. Małopolska od lat niezmiennie plasuje się wśród województw o najmniejszej liczbie osób biernych zawodowo z powodu niepełnosprawności lub choroby (obecnie na miejscu IV).

**Wykres 6. Dynamika liczby osób biernych zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności w latach 2003-2012, dane średnioroczne, rok 2003=100%**



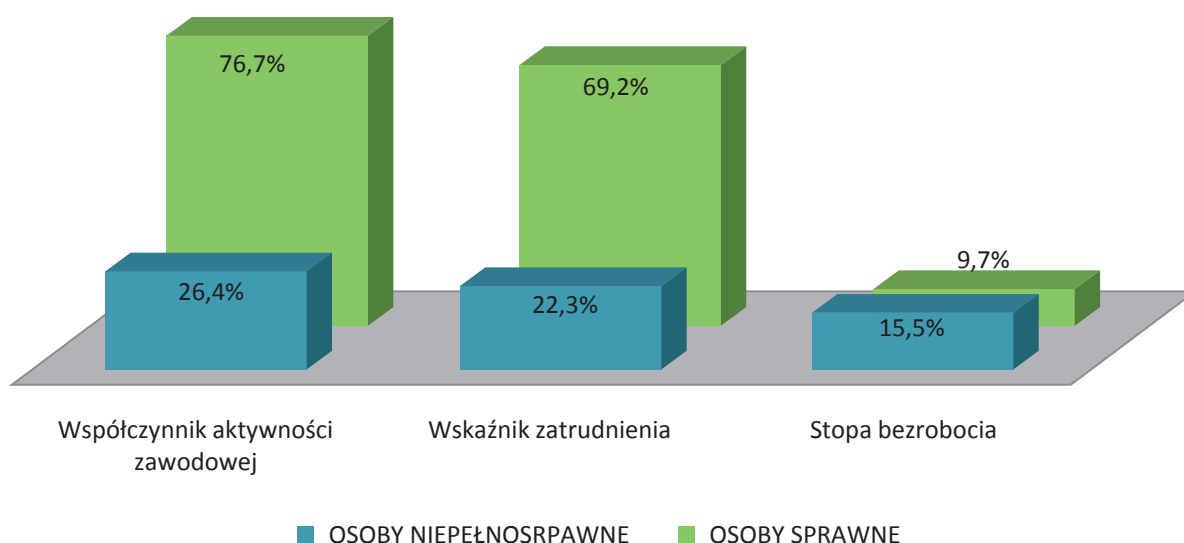
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS

<sup>17</sup> Osoby bierne zawodowo według definicji stosowanej w *Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności* to zarówno osoby niepracujące jak i nieposzukujące pracy.

Jednocześnie od kilku lat możemy w Polsce zauważyć **wzrost współczynnika aktywności zawodowej**<sup>18</sup> (27,5% w 2012 r.) oraz **wskaźnika zatrudnienia** (23% w 2012 r.) osób niepełnosprawnych **w wieku produkcyjnym** (18-59/64).

Mimo iż wskaźnik zatrudnienia dla tej grupy obecnie osiąga wyższe wartości niż w latach 2007-2010 i tak pozostaje dużo niższy niż wskaźnik zatrudnienia osób sprawnych w wieku produkcyjnym, który w roku 2011 wyniósł **69,2%**. Z danych tych wynika, że osoby niepełnosprawne ponad 3 razy rzadziej podejmują pracę zawodową niż osoby sprawne (Wykres 7). W ostatnich latach natomiast, po długim trendzie spadkowym, **ponownie wzrosła stopa bezrobocia** osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (16,3% w 2012 r.).<sup>19</sup>

**Wykres 7. Aktywność zawodowa osób w wieku produkcyjnym 18-59/64 lata w Polsce w 2011 r., dane średnioroczne**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS

W BAEL z powyższych wskaźników dotyczących osób niepełnosprawnych dla województw wyliczany jest jedynie **wskaźnik zatrudnienia**. W Małopolsce (dane za rok 2012) dla osób niepełnosprawnych w wieku 16-64 lat jego wartość jest nieco niższa niż dla ogółu kraju i wynosi **w regionie 20,9%** i 21,4% w skali kraju (Wykres 8). Od 2009 roku odnotowujemy w województwie wzrost wskaźnika zatrudnienia osób z ograniczoną sprawnością, który najwyższy poziom osiągnął w roku 2011 (21,2%).

<sup>18</sup> Definicje wskaźników BAEL za słownikiem pojęć GUS, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl):

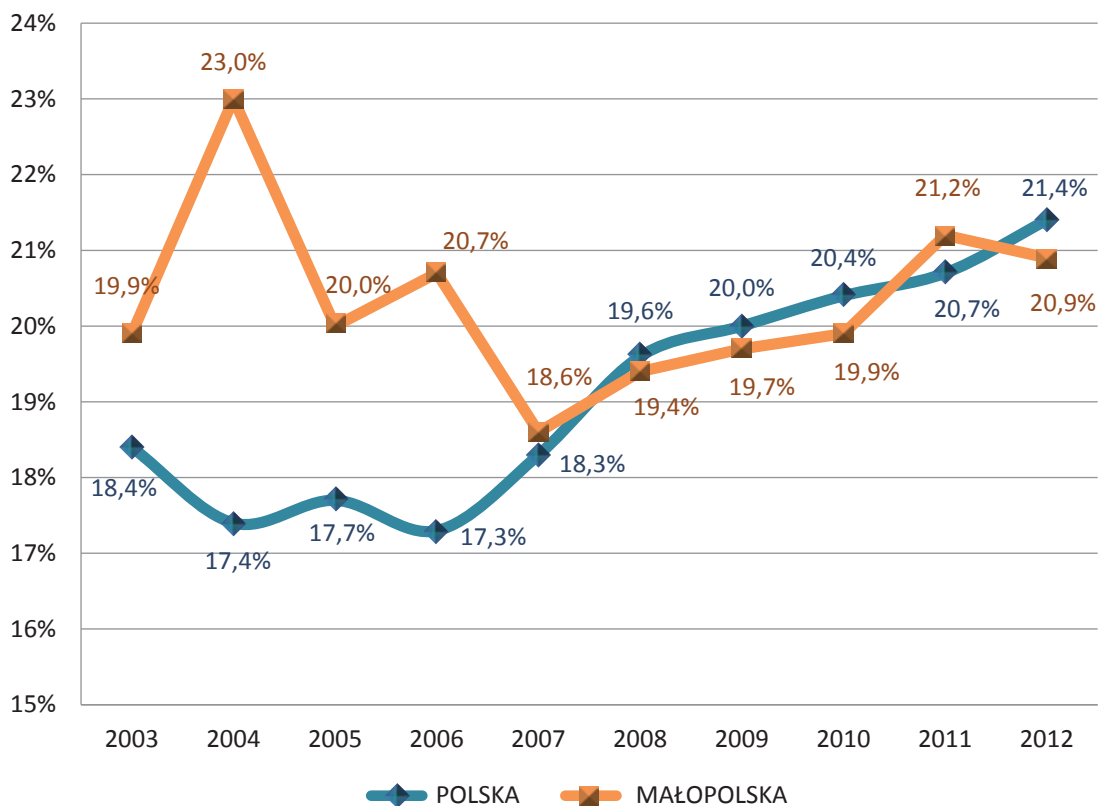
*Wskaźnik zatrudnienia* – udział pracujących w ogólnej liczbie ludności w wieku 15 lat i więcej lub danej grupy.

*Współczynnik aktywności zawodowej* – udział ludności aktywnej zawodowo w ogólnej liczbie ludności w wieku 15 lat i więcej lub danej grupy.

*Stopa bezrobocia* – procentowy udział liczby bezrobotnych w liczbie ludności aktywnej zawodowo (tzn. pracującej i bezrobotnej). *Stopa bezrobocia rejestrowanego* odnosi się tylko do osób bezrobotnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy.

<sup>19</sup> Dane z BAEL za [www.niepelnospawni.gov.pl](http://www.niepelnospawni.gov.pl) [24.10.2012]

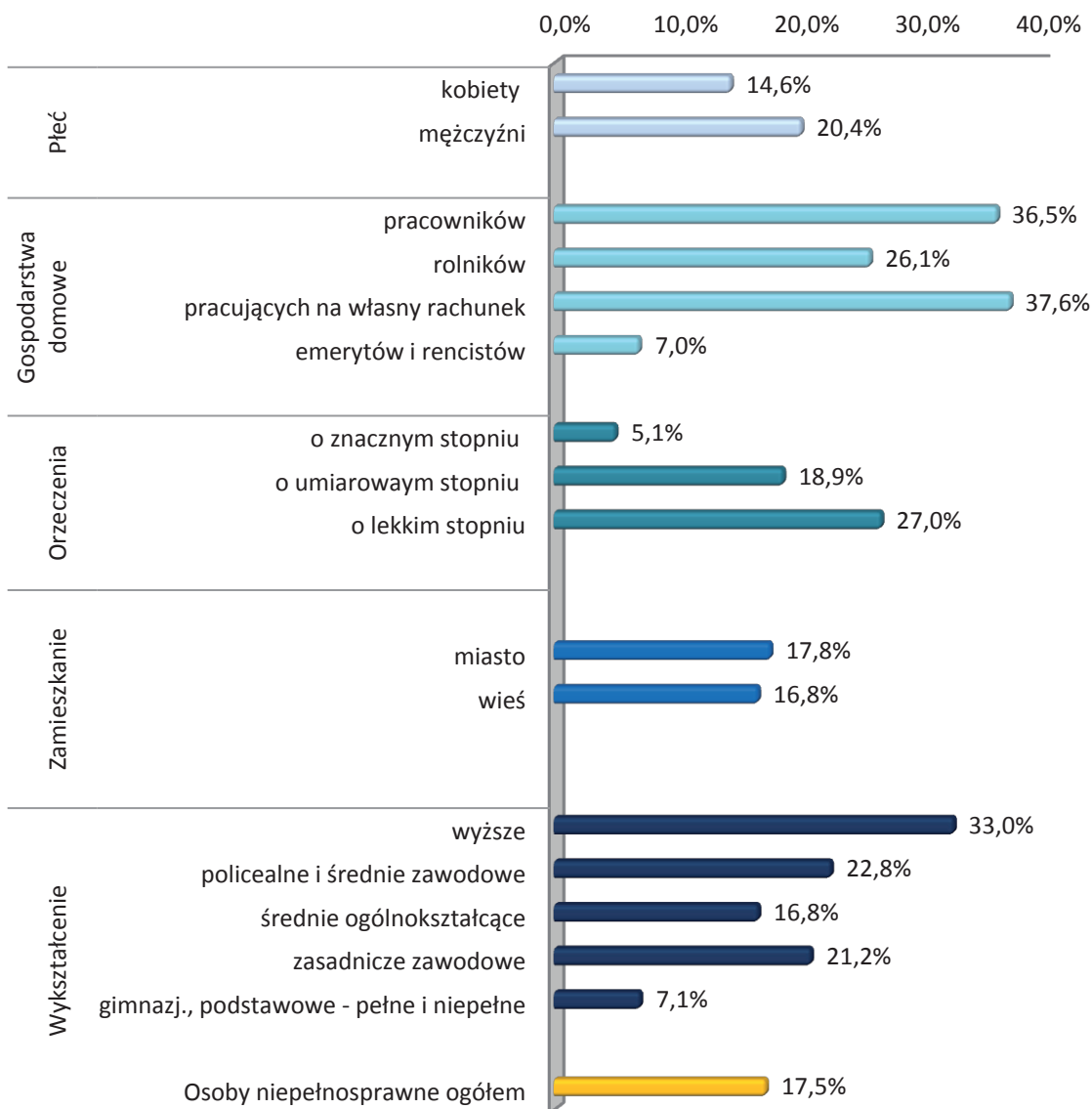
**Wykres 8. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku 16-64 lata, dane średnioroczne**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS

Wartości omawianych wskaźników różnicują się, gdy rozpatrujemy je pod względem cech demograficznych badanych. Wykres 9 przedstawia zróżnicowanie aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej ze względu na szereg zmiennych (dane ogólnopolskie). Możemy zauważyć, że najwięcej osób aktywnych zawodowo jest, m.in., wśród osób z wyższym wykształceniem (wskaźnik zatrudnienia wynosi tu 33% i jest prawie dwukrotnie wyższy niż dla grupy osób niepełnosprawnych ogółem – 17,5%), członków rodzin gospodarstw domowych pracowników i pracujących na własny rachunek. Znacząco większą aktywnością zawodową odznaczają się także osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności niż o umiarkowanym i znacznym, jak również mężczyźni, w porównaniu do kobiet.

**Wykres 9. Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej wg wybranych cech demograficznych, stopnia niepełnosprawności i typu gospodarstwa domowego, ogólnopolskie dane średnioroczne za rok 2012**

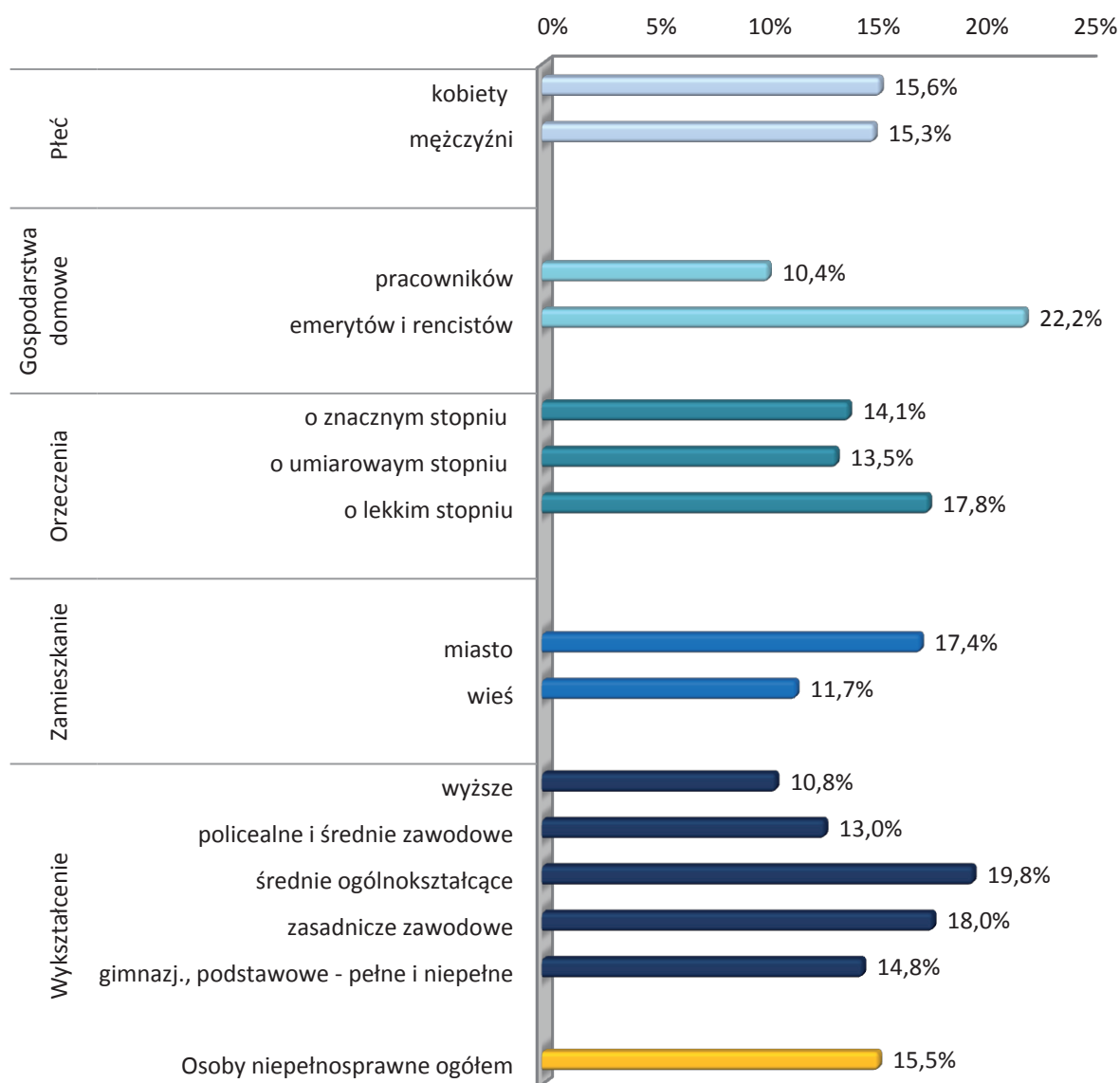


Źródło: opracowanie własne na podstawie *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS

Podobne różnice występują w przypadku stopy bezrobocia (Wykres 10). W roku 2012 podobny poziom stopy bezrobocia występował wśród niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn (ok. 15,5%). Różnice natomiast można odnotować między osobami z wyższym wykształceniem i niższym (najwyższa stopa bezrobocia występuje wśród osób z wykształceniem średnim ogólnokształcącym), a także wśród osób zamieszkałych w miastach i na terenach wiejskich (odpowiednio 17,4% i 11,7%). Ze względu na brak danych na poziomie regionalnym, możemy jedynie przypuszczać, iż podobne różnice mogą występować w województwach.



**Wykres 10. Stopa bezrobocia (wg BAEL) osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej wg wybranych cech demograficznych, stopnia niepełnosprawności i typu gospodarstwa domowego, ogólnopolskie dane średnioroczne za rok 2012**



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS

Zjawisko bezrobocia możemy także prześledzić na podstawie danych dotyczących osób zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy. Osoby niepełnosprawne stanowiły w 2012 roku 5,2% wszystkich osób bezrobotnych w Polsce zarejestrowanych w urzędach pracy<sup>20</sup>. Małopolska znajduje się wśród sześciu regionów, które posiadają najwyższy odsetek osób niepełnosprawnych w rejestrach osób bezrobotnych będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy – Tabela 6. **W Małopolsce osoby z ograniczoną sprawnością stanowią 5% wszystkich osób bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy.** Na koniec grudnia 2012 roku najwięcej osób niepełnosprawnych było zarejestrowanych w urzędach pracy województw: śląskiego – 12,5 tysiąca, dolnośląskiego – 11,1 tys., łódzkiego – 10,8 tys., mazowieckiego – 10,1 tys., wielkopolskiego – 8,5 tys., **małopolskiego 8 tys.**

<sup>20</sup> Dane na koniec grudnia 2012 r. na podstawie: *Bezrobocie rejestrowane 2012*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 16.

Tabela 6. Bezrobotni zarejestrowani w szczególnej sytuacji na rynku pracy według województw, 2012 r.

Województwa	Do 25. roku życia	Długotrwale bezrobotni	Powyżej 50. roku życia	Bez kwalifikacji zawodowych	Samotnie wychowujący co najmniej jedno dziecko w wieku do 18 roku życia	Niepełnosprawni
	w tys.					
<b>POLSKA</b>	424,2	1073,4	486,4	623,2	1888,3	111,5
dolnośląskie	25,4	73,5	44,2	48,2	18,2	11,1
kujawsko-pomorskie	30,6	80,5	30,7	48,5	15,7	6,5
lubelskie	29,3	74,1	24,0	36,1	9,4	4,7
lubuskie	11,1	28,5	15,2	18,6	7,6	4,8
łódzkie	26,2	77,1	39,9	48,3	12,5	10,8
<b>małopolskie</b>	<b>39,7</b>	<b>76,6</b>	<b>30,9</b>	<b>37,7</b>	<b>8,7</b>	<b>8,0</b>
mazowieckie	49,5	141,4	66,5	88,2	18,2	10,1
opolskie	9,7	25,0	13,6	16,9	5,1	2,7
podkarpackie	35,0	86,5	26,9	38,0	7,7	6,1
podlaskie	14,6	38,2	15,9	20,7	4,7	3,8
pomorskie	23,6	52,3	25,7	35,1	12,2	7,0
śląskie	35,8	93,9	50,0	59,3	20,4	12,5
świętokrzyskie	18,0	46,1	17,9	21,0	5,6	4,4
warmińsko-mazurskie	23,0	59,1	24,6	32,2	13,0	5,8
wielkopolskie	33,6	63,0	30,2	39,0	13,9	8,5
zachodniopomorskie	19,0	57,8	30,3	35,3	15,4	4,9

Źródło: Bezrobocie rejestrowane I-IV kwartał 2012 r., GUS. Stan na koniec grudnia 2012 r.

**W grudniu 2012 roku do urzędów pracy w Małopolsce wpłynęło 263 ofert pracy skierowanych do osób niepełnosprawnych**, co stanowiło 14% wszystkich zgłoszonych ofert<sup>21</sup>. Obecnie (pierwsze półrocze 2013 roku) krakowscy pracodawcy wśród osób niepełnosprawnych poszukują pracowników na takie stanowiska jak: osoba sprzątająca, doradca klienta, pracownik ochrony, pracownik biurowy, handlowiec i inne<sup>22</sup>.

Zatrudnienie osób z ograniczoną sprawnością jest w Polsce zdominowane przez zatrudnienie na rynku chronionym, czyli w Zakładach Pracy Chronionej (ZPCh), w których w skali kraju zatrudnionych jest ok. 70% wszystkich pracujących osób niepełnosprawnych. W czerwcu 2011 roku w Polsce funkcjonowały 1 823 ZPCh, z czego najwięcej w województwie wielkopolskim (277) oraz śląskim (202) - Mapa 3. Zatrudnienie w zakładach pracy chronionej na koniec czerwca 2011 r. Dla porównania, najmniej tego typu zakładów znajdowało się w województwie opolskim (23) oraz podlaskim (28). **W Małopolsce działa 136<sup>23</sup> zakładów pracy chronionej, w których jest zatrudnionych 14 491 osób niepełnosprawnych, w tym 247 osób niewidomych oraz 2 383 ze schorzeniami szczególnymi<sup>24</sup>**. Województwo Małopolskie jest na siódmym miejscu wśród województw pod względem liczby osób niepełnosprawnych zatrudnionych z ZPCh.

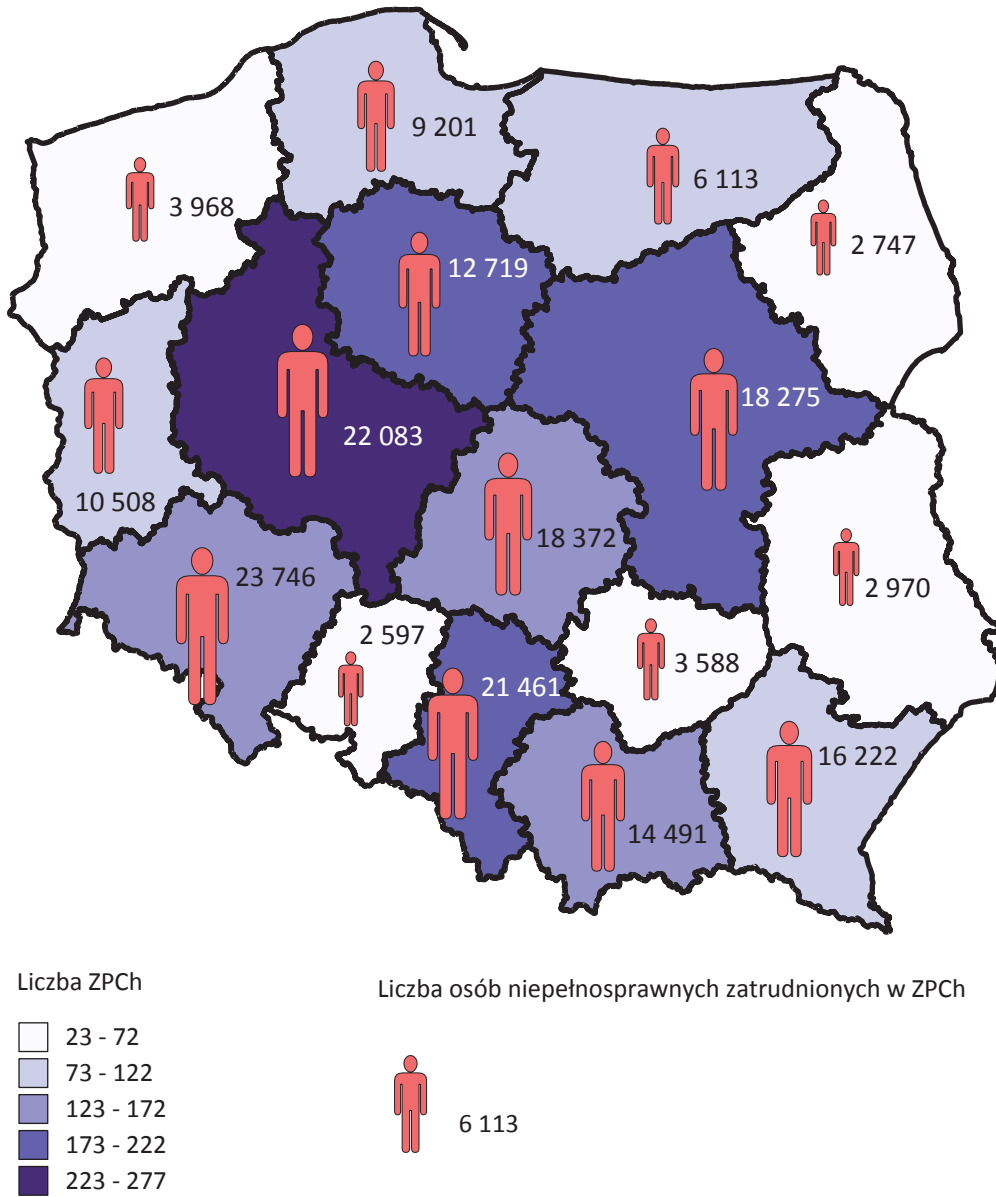
<sup>21</sup> Dane GUS, www.stat.gov.pl. Należy mieć na uwadze, iż grudzień jest miesiącem o najmniejszym napływie ofert.

<sup>22</sup> Informacje za stronę Grodzkiego Urzędu Pracy w Krakowie: www.gupkrakow.pl

<sup>23</sup> Sprawozdania wojewodów INF - ZPCh ZAZ za I półrocze 2011 za: Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.

<sup>24</sup> Schorzenia szczególne wymienione w *Ustawie o rehabilitacji...*, op. cit. art. 26a, to: choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwoju, epilepsja, dysfunkcja narządu wzroku w stopniu znacznym i umiarkowanym.

Mapa 3. Zatrudnienie w zakładach pracy chronionej na koniec czerwca 2011 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdania wojewodów INF-ZPCh ZAZ za I półrocze 2011 r. (dane z: [www.niepełnosprawni.gov.pl](http://www.niepełnosprawni.gov.pl))

### 3 Wsparcie udzielane osobom niepełnosprawnym w Małopolsce

#### W skrócie:

- ❖ **Najwyższy odsetek klientów korzystających z pomocy społecznej ze względu na niepełnosprawność odnotowujemy w Krakowie oraz Nowym Sączu;**
- ❖ **na terenie Małopolski słabo rozbudowana jest sieć centrów integracji społecznej oraz zakładów aktywności zawodowej – w całym województwie funkcjonuje 5 takich centrów oraz 6 zakładów aktywności zawodowej;**
- ❖ **powiaty, które oferują mniej usług z zakresu wsparcia osób niepełnosprawnych niż pozostałe to (alfabetycznie): bocheński, dąbrowski, gorlicki, limanowski i suski. Poza powiatami dąbrowskim i suskim, w pozostałych wymienionych udział osób niepełnosprawnych w populacji powiatu jest wyższy od średniej dla całego województwa.<sup>25</sup>**

W 1997 roku w Polsce przyjęto uchwałą Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych.<sup>26</sup> Nie jest ona dokumentem prawnie wiążącym, jednak zawiera dziesięć praw osób niepełnosprawnych, które w zamyśle mają być swoistymi wytycznymi dla polityki społecznej omawianego obszaru. Prawa te to, m.in.:

- prawo do dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym,
- prawo do pracy na otwartym rynku pracy zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami oraz korzystania z doradztwa zawodowego i pośrednictwa, a gdy niepełnosprawność i stan zdrowia tego wymaga – prawo do pracy w warunkach dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych,
- prawo do pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacji i turystyce odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb.<sup>27</sup>

Badania potwierdzają, iż osoby niepełnosprawne są zagrożone wykluczeniem z różnych obszarów życia społecznego.<sup>28</sup> W trudnych sytuacjach życiowych, mogą one uzyskać wsparcie ze strony pomocy społecznej, które polega zarówno na wypłacie świadczeń finansowych, jak i objęciu doraźną lub całodobową opieką. Zamieszczona mapa obrazuje odsetek osób w rodzinach w poszczególnych powiatach Małopolski korzystających z pomocy społecznej ze względu na niepełnosprawność.<sup>29</sup> W roku 2012 najczęściej z tego powodu ze wsparcia pomocy społecznej korzystały osoby w powiatach grodzkich – Krakowie, Nowym Sączu i Tarnowie. Fakt ten nie oznacza jednak, iż w tych miastach mamy do czynienia z najwyższym wskaźnikiem niepełnosprawności wśród mieszkańców. Jako przykład wskazać można powiat proszowicki, w którym występuje relatywnie niski odsetek korzystających ze wsparcia ze względu na niepełnosprawność, chociaż udział tej grupy w powiecie (według wcześniej przytoczonych szacunków) jest najwyższy w Małopolsce.

<sup>25</sup> Udział na podstawie przytoczonych w opracowaniu szacunków z 2007 r. Wsparcie dostępne w powiecie ocenione na podstawie dostępu do typów jednostek zamieszczonych w Tabeli 7 (wymienione powiaty mają dostęp najwyżej do 4 z 10 rodzajów placówek).

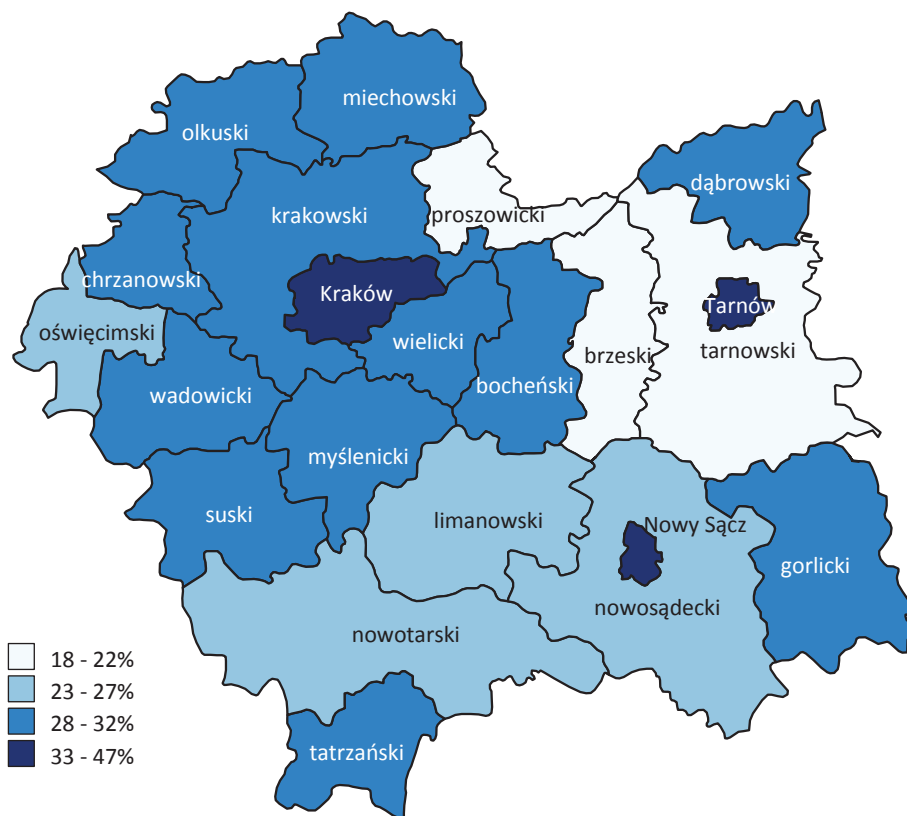
<sup>26</sup> Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. - Karta Praw Osób Niepełnosprawnych. Monitor Polski nr 50, poz. 475.

<sup>27</sup> Pełna lista dostępna na: [www.niepelnosprawni.gov.pl](http://www.niepelnosprawni.gov.pl)

<sup>28</sup> Warto zapoznać się z publikacjami powstałymi w wyniku *Ogólnopolskiego badania sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* zrealizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Szkołę Wyższą Psychologii Społecznej w Warszawie: [www.aktzywizacja2.swps.pl](http://www.aktzywizacja2.swps.pl)

<sup>29</sup> Szczegółowe dane do porównania dostępne są w *Internetowym Obserwatorze Statystyk Społecznych*: [www.obserwator.rops.krakow.pl](http://www.obserwator.rops.krakow.pl)

**Mapa 4. Odsetek osób w rodzinach korzystających z pomocy społecznej z powodu niepełnosprawności w roku 2012**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze *Sprawozdania MPiPS-03 za rok 2012*

Ważnym aspektem wsparcia osób niepełnosprawnych jest dostęp do różnego typu usług i instytucji, między innymi: warsztatów terapii zajęciowej (WTZ), centrów i klubów integracji społecznej (CIS, KIS), domów pomocy społecznej, zakładów aktywności zawodowej czy środowiskowych domów samopomocy (ŚDS). Według rejestrów wojewody, w województwie małopolskim działa 16 domów pomocy społecznej przeznaczonych dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 9 dla niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży oraz 1 dla osób niepełnosprawnych fizycznie. W domu pomocy społecznej, według ustawy o pomocy społecznej, mogą przebywać osoby wymagające całodobowej opieki, niemogące samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

W Małopolsce funkcjonuje 71 ŚDS-ów, w tym 43 o zasięgu gminnym i 28 o zasięgu powiatowym. Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym 14 z 71 ŚDS-ów zlokalizowanych jest na terenie Krakowa. W 2 z 22 powiatów Małopolski (powiat tatrzański i dąbrowski) mieszkańcy nie mają zapewnionego dostępu do tego rodzaju usług na swoim terenie.

---

Integracja zawodowa i społeczna realizowana jest także w centrach integracji społecznej, w których realizowane są następujące usługi:

- „kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu;
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych;
- naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą;
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.”<sup>30</sup>

Kluby integracji społecznej natomiast zajmują się przede wszystkim organizacją: przedsięwzięć mających na celu pomoc w znalezieniu pracy, prac społecznie użytecznych, robót publicznych, poradnictwa prawnego, staży pracy, działalności samopomocowej w zakresie zatrudnienia<sup>31</sup>.

W województwie małopolskim na początku roku 2012 funkcjonowało 5 **centrów integracji społecznej** oraz 14 **klubów integracji społecznej**, łącznie 19 jednostek. Wszystkie centra prowadzone są przez podmioty niepubliczne, natomiast większość małopolskich klubów integracji społecznej prowadzonych jest przez gminy, w imieniu których działają ośrodki pomocy społecznej (11 z 14). Większość małopolskich klubów i centrów integracji społecznej zlokalizowanych jest w Krakowie i jego okolicach, tj. w północno – zachodnim obszarze regionu – Kraków i powiat krakowski ziemski (Zielonki), powiat proszowicki (Proszowice), olkuski (Klucze), chrzanowski (Libiąż, Trzebinia), wadowicki (Wieprz), oświęcimski (Kęty, Brzeszcze, Zator), dąbrowski (Szczucin), tatrzański (Zakopane) i Nowy Sącz. W Krakowie, Nowym Sączu, Wieprzu i Kluczach działa zarówno centrum, jak i klub integracji społecznej.

Relatywnie dobrze rozbudowana jest infrastruktura małopolskich warsztatów terapii zajęciowej. **Warsztat terapii zajęciowej**, będący placówką pobytu dziennego, należy do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Stwarza on osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywrócenia umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Realizacja tego celu odbywa się przy zastosowaniu technik terapii zajęciowej, zmierzających do rozwijania: umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej, psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy. Na początku 2012 r. w Małopolsce funkcjonowało 67 warsztatów terapii zajęciowej. Mieszkańcy każdego z powiatów mają zapewniony dostęp do tego rodzaju wsparcia na swoim terenie. Na terenie poszczególnych powiatów zlokalizowanych jest od 1 do 16 WTZ. Najwięcej, bo 16 warsztatów funkcjonowało w mieście Krakowie, 8 w Nowym Sączu i powiecie nowosądeckim ziemskim.

Biorąc pod uwagę różne placówki łącznie, w województwie posiadamy dobrze rozwiniętą ich sieć, jednak w poszczególnych kategoriach dostrzegamy w Małopolsce białe plamy. Najslabiej rozbudowana na ten moment jest sieć KIS-ów i CIS-ów. Niepokoić może również nieduża liczba zakładów aktywności zawodowej, których na terenie całego województwa jest tylko 6.

---

<sup>30</sup> Art. 18, *Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym* (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz.225).

<sup>31</sup> Tamże, art. 18.

Tabela 7. Instytucje realizujące wsparcie dla osób niepełnosprawnych w Małopolsce

Powiat	WTZ	CIS-y	KIS-y	ŚDS	Domy pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych <sup>32</sup>		Zakłady aktywności zawodowej	ZPCh <sup>33</sup>	Inne placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym	Placówki re-habilitacji <sup>34</sup>
					Dla dorosłych	Dla dzieci i młodzieży				
bocheński	2			3				2		22
brzeski	2			1		1		1	1	15
chrzanowski	3		2	2				2	3	12
dąbrowski	1		1							12
gorlicki	5			1				1		18
krakowski	5		1	8	4	1	1	3		35
limanowski	1			2				1	1	21
m.Kraków	16	2	2	14	3*	2*	2	56	2	155
m.Nowy Sącz	2	1	1	1				4		24
m.Tarnów	3			1	1	1		15	1	23
miechowski	3			3	2		1			5
myślenicki	1			2	1			7	3	19
nowosądecki	6			4				4	1	32
nowotarski	2			4	1			1	1	23
olkuski	3	1	1	3			1	10	2	7
oświęcimski	4		3	3	2			2		21
proszowicki	1		1	4				1		6
suski	2			1		1				6
tarnowski	1			6	1	1	1	3		30
tatrzański	1		1			1		4	1	13
wadowicki	1	1	1	2	1	1		10	1	8
wielicki	2			6	1			1	2	13

\*Dom Pomocy Społecznej w Kocmyrzowie jest przeznaczony dzieci, młodzieży i dorosłych (dla dziewcząt w wieku 3-30 lat), dlatego też został wskazany w obu kolumnach.

Źródła: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej z powiatów grodzkich oraz Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie w Małopolsce, [www.nfz-krakow.pl](http://www.nfz-krakow.pl)

<sup>32</sup> Poza Domem Pomocy Społecznej w Rabce-Zdroju przeznaczonym dla osób niepełnosprawnych fizycznie, wszystkie inne placówki przeznaczone są dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.

<sup>33</sup> Wykaz zakładów pracy chronionej na dzień 31.03.2012

<sup>34</sup> Wykaz placówek rehabilitacyjnych na dzień 15.05.2012



## 4 Rekomendacje

W tej części opracowania przedstawiono zestawienie rekomendacji dotyczących różnych aspektów wsparcia osób niepełnosprawnych, w podziale na wybrane wymiary. Rekomendacje zostały opracowane m.in. na podstawie najnowszych raportów z regionalnych i ogólnopolskich badań<sup>35</sup>. Rekomendacje dotyczące Małopolski pochodzą z regionalnych analiz i dokumentów.

Problem:	Rekomendacje:
<b>MAŁOPOLSKA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Relatywnie wysoki udział osób niepełnosprawnych w populacji powiatów: proszowickiego, krakowskiego, limanowskiego, nowosądeckiego, myślenickiego, Krakowa, Nowego Sącza. (11)</li> <li>❖ Deficyt różnego rodzaju instytucji wsparcia w powiatach (alfabetycznie): bocheńskim, dąbrowskim, gorlickim, limanowskim i suskim. (10)</li> <li>❖ Mała liczba zakładów aktywności zawodowej na terenie województwa. (10)</li> <li>❖ Mała liczba centrów integracji społecznej na terenie województwa. (10)</li> <li>❖ Niska świadomość osób niepełnosprawnych, gdzie, poza ośrodkami pomocy społecznej, można zwrócić się o pomoc. (6)</li> <li>❖ Częsty brak odpowiednich kwalifikacji zawodowych oczekiwanych przez pracodawców. (3)</li> <li>❖ Brak/niewystarczające wsparcie rodzin i opiekunów osób niepełnosprawnych przebywających poza stacjonarnym systemem opieki. (16)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Skierowanie szczególnej uwagi na sytuację osób niepełnosprawnych w powiatach: proszowickim, krakowskim, limanowskim, nowosądeckim, myślenickim oraz Krakowie i Nowym Sączu. (11)</li> <li>✓ Szczególne uwzględnienie powiatów: bocheńskiego, dąbrowskiego, gorlickiego, limanowskiego i suskiego w projektowanym wsparciu w kolejnej perspektywie finansowej Unii Europejskiej (UE). (10)</li> <li>✓ Zwiększenie liczby ZAZ-ów oraz położenie nacisku na faktyczne przygotowanie osób w nich zatrudnionych do przechodzenia na otwarty rynek pracy (w miarę indywidualnych możliwości). (10)</li> <li>✓ Zagwarantowanie środków na rozbudowę sieci centrów integracji społecznej, w celu zwiększenia dostępu osób niepełnosprawnych do ważnych usług reintegracji społecznej. (10)</li> <li>✓ Działania informacyjne na temat oferowanych usług i możliwości wsparcia na poziomie gmin. (6)</li> <li>✓ Uwzględnienie w przyszłej perspektywie finansowej UE działań realizujących profesjonalne wsparcie doradcy zawodowego na możliwie najwcześniejszym poziomie edukacji (gimnazjum). Doradztwo powinno być połączone z wiedzą na temat wymogów i możliwości lokalnego rynku pracy. (8)</li> <li>✓ Rozbudowa i wsparcie systemu praktyk i staży uczącej się młodzieży z ograniczoną sprawnością.</li> <li>✓ Wsparcie rodzin i opiekunów osób niepełnosprawnych przebywających poza systemem stacjonarnym. Promocja idei tworzenia ośrodków i miejsc „odciążeniowych” na czas leczenia, pobytu w szpitalu, wypoczynku itp. rodziny/opiekunów oraz zapewnienie środków na przedsięwzięcia z tego zakresu. (16)</li> </ul>

<sup>35</sup> Cyfry w nawiasach wskazują publikacje umieszczone w bibliografii, z których zaczerpnięto opis problemów/rekomendacje.



<b>POLSKA</b>	
<b>Usługi oraz instytucje</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Niższa od oczekiwanej jakość usług z zakresu wyrównywania szans osób niepełnosprawnych wynikająca z braku współpracy różnych służb, instytucji i podmiotów z różnych sektorów. (21)</li> <li>❖ Niska aktywność ruchu samopomocowego i rzeczniczego sprzyjająca marginalizacji osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w środowisku lokalnym. (21)</li> <li>❖ Brak powszechnego dostępu do usług asystentów osób niepełnosprawnych oraz niski poziom standaryzacji tych usług. (21)</li> <li>❖ Ograniczenie dostępu do budynków mieszkalnych oraz użyteczności publicznej, a także otoczenia (np. miejsc rekreacji, węzłów komunikacyjnych, otoczenia budynków mieszkalnych etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inicjowanie i koordynacja lokalnych partnerstw na rzecz osób niepełnosprawnych przez wzmocnione finansowo i kadrowo PCPR.(21)</li> <li>✓ Położenie dużego nacisku na organizowanie grup samopomocowych i ruchów rzeczniczych połączone z ich wsparciem (np. ze środków Unii Europejskiej), tak aby stały się realizatorami działań na rzecz wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. (21)</li> <li>✓ Upowszechnienie i podnoszenie jakości usług asystentów osób niepełnosprawnych poprzez wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń w tym zakresie (czyli np. programy w Warszawie i w Szczecinie). (21)</li> <li>✓ Zapewnienie środków w przyszłej perspektywie finansowania na badania oraz upowszechnienie tego rodzaju inicjatyw. (21)</li> <li>✓ Kontynuowanie likwidacji występujących barier architektonicznych z uwzględnieniem koncepcji uniwersalnego projektowania. (18)</li> </ul>
<b>Zdrowie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Słaby stan zdrowia będący barierą dla podjęcia aktywności społecznej lub zawodowej przez osobę niepełnosprawną. (21)</li> <li>❖ Brak kompleksowego systemu wsparcia rodzin posiadających lub spodziewających się dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. (19)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promocja projektów/przedsięwzięć z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych, które uwzględniają działania o charakterze rehabilitacji zdrowotnej. (21)</li> <li>✓ Promocja oraz wdrażanie koncepcji wczesnej interwencji na poziomie powiatów – realizacja działań diagnostyczno-terapeutycznych mających na celu poprawę stanu zdrowia dziecka od możliwie najwcześniejszego momentu, połączonych z kompleksową i skoordynowaną pomocą skierowaną do rodziny. (19)</li> </ul>
<b>Aktywizacja społeczna</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Występowanie barier o charakterze fizyczno-przestrzennym w aktywizacji społecznej. (27)</li> <li>❖ Wysoki odsetek (ok. 20%) osób niepełnosprawnych całkowicie wykluczonych społecznie: nieuczących się, niepracujących, niemających partnera/małżonka. (15)</li> <li>❖ Najniższe, w porównaniu do osób z innymi typami niepełnosprawności, poczucie jakości życia wśród osób z niepełnosprawnością sprzężoną. (29)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Zagwarantowanie uczestnikom podejmowanych działań odpowiedniego transportu z/na realizowane zajęcia. (27)</li> <li>✓ Podkreślanie wagi oraz kładzenie nacisku w realizowanych działaniach kierowanych do osób niepełnosprawnych na czynniki chroniące przed wykluczeniem, tj. wsparcie ze strony bliskich, rozwijanie sieci znajomych, a także promowanie kształcenia oraz pracy zawodowej. (15)</li> <li>✓ Włączanie wachlarza działań z zakresu aktywizacji społecznej do inicjatyw skierowanych do osób ze sprzężoną niepełnosprawnością.</li> </ul>

### Aktywizacja zawodowa

❖ Braki w infrastrukturze poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy dla osób niepełnosprawnych. (2)	✓ Upowszechnienie i zapewnienie wsparcia finansowego dla struktur kompleksowo zajmujących się poradnictwem i pośrednictwem pracy z wykorzystaniem dotychczasowych doświadczeń; realizacja kompleksowych usług, obejmujących takie działania, jak: <ul style="list-style-type: none"> <li>– badania i diagnoza kompetencji</li> <li>– doradztwo zawodowe</li> <li>– doradztwo specjalistyczne (prawne, psychologiczne)</li> <li>– szkolenia</li> <li>– staże, praktyki</li> <li>– aktywne formy poszukiwania pracy</li> <li>– kampanie medialne skierowane zarówno do pracodawców jak i osób niepełnosprawnych</li> <li>– działania wspierające współpracę różnych środowisk. (2)</li> </ul>
❖ Brak kompetencji zawodowych u osób niepełnosprawnych oczekiwanych przez pracodawców. (2)	✓ Położenie nacisku na wsparcie finansowe szkoleń kompleksowych i ukierunkowanych na przekwalifikowanie osób niepełnosprawnych z uwzględnieniem aktualnych wymogów lokalnego rynku pracy; ✓ Zagwarantowanie środków na diagnozę zapotrzebowania na określone zawody/kwalifikacje na lokalnych rynkach pracy; ✓ Zagwarantowanie środków i promocja szkoleń organizowanych pod kątem konkretnych pracodawców, w tym w miejscu pracy. (2)
❖ Brak zainteresowania wśród dużej liczby pracodawców zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, obawa przed kosztami dostosowania miejsc pracy do potrzeb pracowników z niepełnosprawnością. (2)	✓ Przewidzenie większych środków (np. z Unii Europejskiej) dla pracodawców na dofinansowanie dostosowania miejsc pracy do potrzeb niepełnosprawnych pracowników; promocja odpowiednich programów i możliwości w tym zakresie. (2) ✓ Zwiększenie wiedzy pracodawców na temat korzyści wynikających z zatrudniania osób niepełnosprawnych. (2)
❖ Automarginalizacja i niska samoocena u osób dotychczas nieaktywnych zawodowo. (27)	✓ Uwzględnianie przy organizacji różnego typu szkoleń/działań aspektu wzmacniania motywacji i przekonania o własnych możliwościach w zakresie aktywności społeczno-zawodowej – np. w formie warsztatów motywacyjnych, pracy z psychologiem. (27)
❖ Zdominowanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych przez zatrudnienie na rynku chronionym. (5)	✓ Szeroko zakrojona promocja zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy wśród pracodawców. (5)
❖ Brak wiedzy oraz prognoz na temat rynku pracy w odniesieniu do aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. (12)	✓ Prowadzenie przez urzędy pracy cyklicznych pogłębionych analiz w zakresie zawodów deficytowych i nadwyżkowych oraz prognozowanie zmian na lokalnym rynku pracy. (12)
❖ Stereotyp niepełnosprawnego pracownika. (2)	✓ Promocja rzetelnego wizerunku niepełnosprawnego pracownika, pokazywanie dobrych praktyk w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na różnych stanowiskach pracy. (2)

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Skomplikowany system orzecznictwa i brak jednolitych przepisów skutkujące niezrozumieniem sytuacji danej osoby (np. znaczny stopień niepełnosprawności mówiący o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, często w opinii pracodawców automatycznie dyskryminuje osobę jako potencjalnego pracownika). (12)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potrzeba zmian w systemie orzecznictwa i ujednolicenie zapisów dla celów rentowych i pozarentowych. (12)</li> </ul>
<b>Uwzględnienie poprawy sytuacji mikrośrodowiska - rodziny, opiekunów osób niepełnosprawnych</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Brak przekonania w najbliższym otoczeniu o możliwości/konieczności aktywizacji społeczno-zawodowej oraz potrzebach edukacyjnych osoby niepełnosprawnej; nadopiekuńcza postawa rodziny. (27)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uwzględnianie w planowanych działaniach/projektach roli rodziny oraz opiekunów osoby niepełnosprawnej. (27)</li> </ul>
<b>Edukacja</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Wyłączenie osób niepełnosprawnych z integracyjnego modelu kształcenia na poziomie szkolnictwa ponadgimnazjalnego. (12)</li> <li>❖ Niski odsetek osób niepełnosprawnych legitymujących się wyższym wykształceniem. (12)</li> <li>❖ Małe zainteresowanie osób niepełnosprawnych kształceniem ustawicznym. Jest to wynikiem z jednej strony tego, że oferta szkoleniowa centrów kształcenia ustawicznego i praktycznego pokrywa się w znacznej mierze z ofertą edukacyjną specjalnych szkół zawodowych, a z drugiej strony z trudnościami ze znalezieniem pracy na lokalnych rynkach pracy. Ponadto istotną jest tu konieczność pokrywania kosztów takich szkoleń. (12)</li> <li>❖ Zbyt późna diagnoza lub niewłaściwe diagnozowanie, skutkujące znaczącymi deficytami i opóźnieniami względem wymagań edukacyjnych od pierwszego etapu nauki (7)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Umożliwianie kontynuowania nauki na poziomie ponadgimnazjalnym jak największej liczbie uczniów z niepełnosprawnościami w szkołach ogólnodostępnych.</li> <li>✓ Stworzenie systemu stypendiów dla osób niepełnosprawnych z najbardziej potrzebujących rodzin, na poziomie kształcenia ponadgimnazjalnego. (12)</li> <li>✓ Rozpowszechnienie wśród szkół wyższych tworzenia biur ds. osób niepełnosprawnych (gdzie kandydaci na studia lub studenci niepełnosprawni mogą zwracać się o poradę, informację i pomoc odnośnie konkretnego wsparcia/dostosowania w trakcie egzaminów na studia oraz w trakcie trwania studiów) oraz powoływania pełnomocnika rektora ds. osób niepełnosprawnych (jego rolą jest m.in. reprezentowanie rektora w działaniu na rzecz osób niepełnosprawnych oraz przygotowanie informacji na temat niepełnosprawnych studentów w uczelni). A także finansowe wsparcie szkół wyższych w tym zakresie. (12) Wykorzystanie doświadczenia już funkcjonujących biur.</li> <li>✓ Promowanie wśród osób niepełnosprawnych idei kształcenia ustawicznego oraz zachęcanie do podnoszenia wykształcenia i kompetencji zawodowych poprzez system stypendiów. (12)</li> <li>✓ W pełni profesjonalne przygotowanie do pracy z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną wychowawców, nauczycieli i wykładowców. Konieczność prowadzenia kursów/szkoleń dla tej grupy zawodowej doskonalących ich przygotowanie zawodowe.(12)</li> <li>✓ Inwestowanie w rozwój wczesnej diagnostyki i zapewnienie powszechnego dostępu do wczesnego wspomaganie; zwiększenie oddziaływań specjalistycznych w fazie wczesnego wspomaganie; uruchomienie poradnictwa na oddziałach położniczych i pediatrycznych. (7)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Brak lokalnych i regionalnych rozwiązań umożliwiających osobom niepełnosprawnym tzw. edukację równoległą (ogólną i specjalistyczną w kilku placówkach prowadzonych przez różne podmioty). (17)</li> <li>❖ Braki w wyposażeniu szkół w podręczniki dostosowane dla osób niepełnosprawnych, pomoce dydaktyczne, sprzęt multimedialny i in. (7)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Zwiększenie dostępności i liczebności poradni specjalistycznych, szczególnie w mniejszych miejscowościach, gdzie organizacja wyjazdu dziecka do dużego miasta kilkakrotnie w ciągu tygodnia często przekracza możliwości finansowe i czasowe rodziców. (7)</li> <li>✓ Wsparcie finansowe dla: organizowania specjalistycznych zajęć rehabilitacyjnych, rewalidacyjnych, terapii pedagogicznej i psychologicznej dla dzieci objętych wczesną interwencją; dostosowania lub adaptacji budynków, pomieszczeń oraz zakupu sprzętu i wyposażenia na potrzeby rozwoju wczesnej interwencji i rehabilitacji. (16)</li> <li>✓ Inicjowanie powstawania placówek prowadzących zajęcia dla uczniów z niepełnosprawnościami przez instytucje wsparcia, jednostki samorządowe. (7)</li> <li>✓ Zwiększenie dofinansowań na podręczniki i pomoce dydaktyczne dla osób niepełnosprawnych, a także na specjalistyczne sale doświadczalne; skoordynowanie działań pomiędzy placówkami umożliwiające wymiany, kopiowanie etc. materiałów. (7)</li> </ul>
--	--

---

## Bibliografia

- 1) *Aktywność Ekonomiczna Ludności Polski (I-IV kwartał 2012)*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012
- 2) *Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim*, Regionalne Obserwatorium Rynku Pracy w Łodzi, Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, Łódź 2011
- 3) *Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy*, Pentor Research International, Warszawa 2009
- 4) Czapliński P., *Raport o stanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce*, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2010
- 5) *Eksperti o niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy*, <http://www.rynekzdrowia.pl> [22.05.2013]
- 6) *Gmino, jaka jesteś? Badanie działalności gmin na rzecz osób niepełnosprawnych*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 2007
- 7) *Kompleksowe i pogłębione studium położenia społecznego dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z woj. wielkopolskiego oraz ich otoczenia w zakresie edukacji i systemu wsparcia*, SMG/KRC Poland Media S.A, Warszawa 2011
- 8) Leśniewska K., Puchała E., Zaremba L., *Specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży. Praca zespołu nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem w przedszkolach, szkołach i placówkach*, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2011
- 9) *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012
- 10) *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2012*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Kraków 2013
- 11) *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Kraków 2012
- 12) *Osoby niepełnosprawne w województwie podlaskim – edukacja, rynek pracy*, Podlaskie Obserwatorium Polityki Społecznej, Białystok 2011
- 13) *Osoby niepełnosprawne w województwie zachodniopomorskim*, Obserwatorium Integracji Społecznej, Szczecin 2010
- 14) *Oświata i wychowanie 2010-2011*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011
- 15) Piotrowski K., *Układy czynników chroniących przed wykluczeniem społecznym i zwiększających ryzyko wykluczenia osób niepełnosprawnych* [w:] Brzezińska A.I., (red.), *Wsparcie dla osób z ograniczeniami sprawności i ich otoczenia*, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2010
- 16) Program Strategiczny „Włączenie Społeczne”, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków 2013
- 17) Raszeja-Ossowska I., *Młodzi – niepełnosprawni. Sytuacja społeczna i zawodowa*, Fundacja Pomocy Matematykom i Informatykom Niepełnosprawnym Ruchowo, Warszawa
- 18) *Samorząd równych szans. Dostępna przestrzeń publiczna*, Fundacja Instytutu Rozwoju Regionalnego, Kraków 2009
- 19) Srzednicka U., *Budowanie regionalnego systemu wczesnej interwencji dla rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym w celu jej wzmocnienia i lepszej integracji społecznej – raport końcowy*. Raport dostępny na stronie [www.wczesnainterwencja.eu](http://www.wczesnainterwencja.eu) [22.06.2012]
- 20) *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011
- 21) Szarfenberg R. (red.), *Krajowy Raport Badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, WRZOS, Warszawa 2011
- 22) *Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011

- 
- 23) Trojanowski P., *Osoby niepełnosprawne na tle współczesnego społeczeństwa polskiego. Socjologiczna charakterystyka wybranych elementów położenia społecznego* [w:] Brzezińska A.I. *Potrzeby specyficznych grup osób z ograniczeniami sprawności*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010
  - 24) *Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. - Karta Praw Osób Niepełnosprawnych*, *Monitor Polski nr 50*, poz. 475.
  - 25) *Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym* (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz.225)
  - 26) *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 ze zm.)
  - 27) Widuch M., Żywiec J., Bieńkowska D., Szymańska J., Ułasiński C., *Wrażliwy nie znaczy niemożliwy, czyli jak skutecznie realizować projekty aktywizujące osoby niepełnosprawne, powyżej 50 roku życia, mieszkańców terenów wiejskich, osoby bezdomne i uzależnione oraz z wykształceniem niepełnym średnim i niższym*, Centrum Doradztwa Strategicznego, Kraków 2011
  - 28) Wiszejko-Wierzbicka D., *Czynniki warunkujące jakość życia osób niepełnosprawnych* [w:] Brzezińska A.I., (red.), *Wsparcie dla osób z ograniczeniami sprawności i ich otoczenia*, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2010

## Spis tabel

Tabela 1.	Osoby niepełnosprawne według Narodowych Spisów Powszechnych z 1988, 2002 i 2011 r....	15
Tabela 2.	Osoby niepełnosprawne prawnie w powiatach województwa małopolskiego z % udziałem w skali województwa małopolskiego i poszczególnych powiatów w 2007 r.....	17
Tabela 3.	Częstość występowania niepełnosprawności prawnej wg wieku i województw w 2009 r. ....	19
Tabela 4.	Osoby niepełnosprawne w wieku 13 lat i więcej wg poziomu wykształcenia oraz województw w 2002 r. ....	24
Tabela 5.	Uczniowie w Małopolsce ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkołach według rodzaju niepełnosprawności.....	27
Tabela 6.	Bezrobotni zarejestrowani w szczególnej sytuacji na rynku pracy według województw, 2012 r.....	33
Tabela 7.	Instytucje realizujące wsparcie dla osób niepełnosprawnych w Małopolsce.....	38

## Spis wykresów

Wykres 1.	Częstość niepełnosprawności prawnej w Polsce, dane średnioroczne.....	15
Wykres 2.	Osoby niepełnosprawne prawnie w Małopolsce w wieku 16 lat i więcej wg stopnia niepełnosprawności w 2002 r.....	20
Wykres 3.	Osoby niepełnosprawne prawnie w Małopolsce w wieku 16 lat i więcej wg płci oraz stopnia niepełnosprawności w 2002 r. ....	21
Wykres 4.	Struktura wykształcenia osób sprawnych i niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym, dane ogólnopolskie średnioroczne za 2011 r.....	23
Wykres 5.	Studenci niepełnosprawni w Małopolsce wg wybranych dysfunkcji w latach 2007-2010, stan na 30 listopada danego roku .....	25
Wykres 6.	Dynamika liczby osób biernych zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności w latach 2003-2012, dane średnioroczne, rok 2003=100% .....	28
Wykres 7.	Aktywność zawodowa osób w wieku produkcyjnym 18-59/64 lata w Polsce w 2011 r., dane średnioroczne.....	29
Wykres 8.	Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku 16-64 lata, dane średnioroczne .....	30
Wykres 9.	Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej wg wybranych cech demograficznych, stopnia niepełnosprawności i typu gospodarstwa domowego, ogólnopolskie dane średnioroczne za rok 2012.....	31
Wykres 10.	Stopa bezrobocia (wg BAEL) osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej wg wybranych cech demograficznych, stopnia niepełnosprawności i typu gospodarstwa domowego, ogólnopolskie dane średnioroczne za rok 2012 .....	32

---

## Spis map

Mapa 1.	Częstość występowania niepełnosprawności prawnej wg województw w 2009 r. ....	16
Mapa 2.	Odsetek osób niepełnosprawnych prawnie w populacji małopolskich powiatów w 2007 r.....	18
Mapa 3.	Zatrudnienie w zakładach pracy chronionej na koniec czerwca 2011 r. ....	34
Mapa 4.	Odsetek osób w rodzinach korzystających z pomocy społecznej z powodu niepełnosprawności w roku 2012 .....	36





**CZĘŚĆ II**  
**RAPORT Z BADAŃ EMPIRYCZNYCH**



---

# 1 Wyniki badania

## 1.1 Wprowadzenie

Państwo polskie ratyfikowało jeden z kluczowych dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), tj. Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych. Zgodnie z tym dokumentem Polska zobowiązała się m.in. do:

- Zapewnienia dostępu do środowiska fizycznego, środków transportu, informacji i komunikacji, innych urządzeń i usług powszechnie zapewnianych (ustanawianie minimalnych standardów, zachęcanie do uwzględniania aspektu dostępności na etapie projektowania, produkcji i dystrybucji, oznakowanie ogólnodostępnych budynków w alfabecie Braille'a i formach dostępnych, szkolenia), (art. 9).
- Umożliwienia prowadzenia życia samodzielnie i przy włączeniu w społeczeństwo: prawo wszystkich osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie, wraz z prawem dokonywania wyborów, na równi z innymi osobami, w tym prawo podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać, podejmowanie odpowiednich środków w celu ułatwienia korzystania z tego prawa oraz pełnej integracji i uczestnictwa w życiu społeczeństwa (dostęp do usług świadczonych w domu i innych usług wsparcia w społeczności lokalnej, celem zapobiegania izolacji społecznej, dostęp do usług i urządzeń powszechnie dostępnych), (art. 19).
- Rehabilitacji: podejmowania odpowiednich środków w celu umożliwienia uzyskania i utrzymania możliwie pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji - organizacja opartych na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału usług i programów w zakresie wszechstronnej rehabilitacji (art. 26).
- Realizacji prawa do pracy, w tym prawa do możliwości zarabiania na życie poprzez pracę swobodnie wybraną, w otwartym, integracyjnym i dostępnym środowisku pracy, wprowadzania racjonalnych usprawnień w miejscu pracy, przestrzegania zakazu dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność we wszystkich sprawach dotyczących zatrudnienia, zapewniania odpowiednich warunków pracy, przestrzegania praw związkowych, zapewnienia dostępu do usług instytucji rynku pracy, szkolenia zawodowego (art. 27).
- Zapewnienia odpowiednich warunków życia i ochrony socjalnej: dostępu do usług, urządzeń i innego rodzaju pomocy w zaspokajaniu potrzeb związanych niepełnosprawnością oraz do pomocy w pokrywaniu wydatków związanych z niepełnosprawnością (art. 28).

Są to tylko wybrane aspekty Konwencji<sup>1</sup>, niemniej przywołane zapisy wskazują, że zapewnienie odpowiednich warunków do godnego życia osób niepełnosprawnych jest zobowiązaniem polskiego państwa.

## 1.2 Problemy i potrzeby osób niepełnosprawnych

Punktem wyjścia do wyznaczenia kierunków wsparcia integracji społecznej osób niepełnosprawnych powinna być identyfikacja tych problemów, które utrudniają im pełne włączenie się do życia społecznego i zawodowego, a także zrozumienie przyczyn tych problemów. Dopiero na tej podstawie możliwe jest określenie celów podejmowanych działań, a także planowanych do osiągnięcia rezultatów. Takie podejście wynika z cyklu interwencji publicznej, zaprezentowanego na poniższym rysunku.

---

<sup>1</sup> Pełen tekst Konwencji dostępny jest na stronie internetowej: <http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych/>

Rysunek 1. Schemat logiki interwencji publicznej



Źródło: opracowanie własne

Zidentyfikowane problemy osób niepełnosprawnych podzielone zostały na dwie grupy:

- Problemy związane z **otoczeniem** osób niepełnosprawnych,
- Problemy **indywidualne** osób niepełnosprawnych.

Zdaniem zaproszonych ekspertów czynnikiem znacząco utrudniającym integrację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych jest niewystarczająca trafność i skuteczność wykorzystywanych działań podejmowanych na poziomie lokalnym i regionalnym na rzecz osób niepełnosprawnych. Nie uwzględniają one w wystarczającym stopniu potrzeb i sytuacji osób niepełnosprawnych, a także zasad dobrego zarządzania. Kwestia ta jest opisywana w kolejnych rozdziałach. Należy jednak pamiętać, że dopiero zestawienie problemów samych osób niepełnosprawnych oraz opinii na temat podejmowanych działań pozwala na uzyskanie całościowego obrazu sytuacji tej grupy.

### Problemy otoczenia

Otoczenie osób niepełnosprawnych nie stanowi dla nich wystarczającego wsparcia, a w niektórych przypadkach jest wręcz barierą na drodze do integracji społecznej i zawodowej.

#### Rodzina

Najbliższym otoczeniem osoby niepełnosprawnej jest rodzina. Jest to naturalny punkt odniesienia i źródło wsparcia dla tej osoby. Dlatego też wątek ten pojawia się stosunkowo często w prowadzonych wywiadach, jednak w wielu różnych kontekstach.

Rodzina uznawana jest za pierwsze, podstawowe źródło zabezpieczenia dla osoby niepełnosprawnej. Idea ta znajduje odzwierciedlenie w zasadach dostępności i odpłatności za usługi społeczne. Przedstawił to reprezentant jednego z domów pomocy społecznej:

*Jeżeli ty masz siostrę, brata, męża, to rodzina musi dopłacić.*

*Każdy ma swoje obowiązki. Jeżeli mamy rodziców, to naszym obowiązkiem jest zadbać o tych rodziców. Jest grupa osób bardzo roszczeniowa, która mówi wręcz, że obowiązkiem instytucji jest zabezpieczyć. Nieprawda. Instytucja może wesprzeć. Ale podstawowy obowiązek należy się rodzinie.*

---

Zdaniem rozmówców, dopiero w sytuacji kiedy rodzina nie jest w stanie zapewnić pomocy ze względu na własne problemy, niedobór środków lub zbyt ciężki stan osoby niepełnosprawnej, wtedy pojawia się zadanie dla instytucji pomocy i integracji społecznej.

Jednak część rodzin osób niepełnosprawnych nie potrafi sobie samodzielnie poradzić z wyzwaniem, jakim jest opieka nad taką osobą. Szczególnie w momencie pojawienia się niepełnosprawności potrzebne jest wsparcie psychologiczne dla najbliższych. Tak mówili o tym zaproszeni eksperci:

*Niepełnosprawni albo rodzą się niepełnosprawni – albo stają się niepełnosprawni i w obydwu tych przypadkach uważam, że w tym miejscu, gdzie rodzina nagle spotyka się z taką nowiną, (...) tu natychmiast powinna się pojawić pomoc psychologiczna i objąć opieką całą rodzinę.*

Pojawia się również potrzeba wsparcia rodziny w radzeniu sobie z codziennymi trudnościami. Bez takiej pomocy rodzina może okazać się nieskuteczna. Kwestia deficytu wsparcia dla rodziny osoby niepełnosprawnej będzie omówiona bardziej szczegółowo w kolejnym rozdziale. W tym miejscu zaznaczamy, że rodzina, choć powinna, to bez wsparcia, nie jest w stanie wystarczająco zająć się osobą niepełnosprawną wymagającą pomocy.

Jak podkreślali paneliści, rodzina może być również źródłem utrudnień dla procesu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Niektórzy rodzice prezentują postawę nadopiekuńczą, nawet wobec dorosłych niepełnosprawnych dzieci, co utrudnia ich usamodzielnienie i funkcjonowanie w społeczeństwie.

*Tak jakby chciały [rodziny] je [osoby niepełnosprawne] uchronić przed skrzywdzeniem, a tym samym robią im właściwie krzywdę. Powinny mieć właśnie świadomość, ale ktoś musi ich tego nauczyć. Uważam, że w tym zakresie jest ogromny brak.*

*Po drugie [osoby niepełnosprawne w domu] też są otoczone często takim poczuciem, że one są osobami chorymi, im się wiele rzeczy należy – one po prostu pewne rzeczy wręcz muszą mieć (...)*

### **Stereotypy i dyskryminacja**

Na temat osób niepełnosprawnych funkcjonuje w społeczeństwie wiele stereotypów. Osoby takie, szczególnie jeśli jest to poważna niepełnosprawność, bywają odrzucane przez środowisko. Jeden z ekspertów przedstawił przykład trudności w integracji ze społecznością lokalną mieszkańców domu pomocy społecznej:

*Starość jest kojarzona bardzo źle. I jeszcze do tego na wózku, z jakimiś sprzężonymi chorobami. I społeczność lokalna nie widzi jakiejś możliwości współpracy w sensie takim, że nie szuka takiego jakiegoś wspólnego planu, żeby osoby starsze zaistniały w tym środowisku. Żeby mogły [osoby starsze] pomagać albo znaleźć jakieś możliwości dalszego rozwoju. Nie [ulegały] takiej stagnacji w domu pomocy.*

Uczestnicy podawali także przykłady zachowań skrajnych. Jednym z nich może być wypowiedź lekarza, przytoczona przez jednego z rozmówców:

*Wie pani co, jak już widzę osobę z DPS-u, to mi się rzygać chce...*

Tego typu wypowiedzi wskazują, że funkcjonujące w przestrzeni publicznej stereotypy mogą prowadzić do dyskryminacji osób niepełnosprawnych – czyli traktowania ich w sposób odmienny niż osoby sprawne, nawet przez przedstawicieli instytucji świadczących usługi społeczne, takich jak np. nauczyciele czy lekarze.

Stereotypy występują również w kontekście funkcjonowania osób niepełnosprawnych na rynku pracy. Z jednej strony dotyczą one niższej wydajności tych osób w miejscu pracy:

*Ale to jest taki stereotyp myślenia pracodawcy. Jak kobieta młoda, mężatka, to na pewno będzie w ciąży. To tak samo jest stereotyp, niepełnosprawny, na pewno będzie chorować.*

Z drugiej strony występuje przekonanie, że niepełnosprawni podejmują pracę przede wszystkim z uwagi na potrzebę kontaktów społecznych, nie dostrzegając przy tym znaczenia przyczyn ekonomicznych. Zwrócił na to uwagę jeden z ekspertów reprezentujący spółdzielnię socjalną:

*Na przykład taki stereotyp istnieje, że osoby niepełnosprawne podejmują i pragną podejmować pracę głównie z uwagi na to, że mają jakiś niedosyt kontaktów społecznych. Z moich doświadczeń – mam dużo znajomych osób niepełnosprawnych, którzy pracują od bardzo dawna – wynika, że główną przyczyną jednak jest przyczyna ekonomiczna – czyli tak, jak w przypadku wszystkich ludzi to zależy od pieniędzy. Nie wystarczy im dostarczyć rozrywki i kontaktów społecznych. Ważne, by godziwie zarabiali.*

Funkcjonowanie powyższego stereotypu przekłada się na oferowane osobom niepełnosprawnym formy wsparcia i rodzaj pracy – uznaje się, że jakkolwiek praca, która zaspokaja ich potrzeby kontaktów społecznych może, a nawet powinna być satysfakcjonująca dla osób niepełnosprawnych. Jednym ze sprawdzonych sposobów przełamywania stereotypów jest bezpośredni kontakt z osobami niepełnosprawnymi:

*Osoby [niepełnosprawne] bardzo starają się utrzymać pracę, bardzo się starają i często bywa tak, że pracodawcy składając oferty pracy, mając [wcześniej] obawy przy zatrudnieniu osoby niepełnosprawnej przychodzą i ponownie chcą zatrudnić osoby niepełnosprawne, bo ta pani, która poprzednio została zatrudniona jest świetna, sprawdza się na tym stanowisku. I takiej właśnie osoby szuka. Czyli na [podstawie] praktyki ta postawa [dyskryminacyjna] się zmienia. Jeżeli [pracodawca] spróbuje, zatrudni i ta osoba okaże się dobrym pracownikiem, to bardzo często przychodzi [do urzędu pracy] i składa ofertę ponownie dla osoby niepełnosprawnej.*

Powyższa wypowiedź wskazuje jednak na jeszcze jeden problem, zauważony również na gruncie innych badań. Oznaczanie ofert pracy jako skierowanych jedynie dla osób niepełnosprawnych sprawia, że zarówno niepełnosprawni, jak i pracownicy urzędów pracy zawężają zakres poszukiwań ofert pracy jedynie do tych oznaczonych jako oferty dla osób niepełnosprawnych. Powoduje to znaczne ograniczenie możliwości znalezienia pracy przez osoby niepełnosprawne, które często mogłyby ubiegać się o pracę na równi z osobami pełnosprawnymi.

### Dostęp do informacji

Osobom niepełnosprawnym i ich bliskim brakuje wiedzy o ich prawach oraz informacji o możliwościach, jakie stoją przed osobami niepełnosprawnymi. Jak podsumował to krótko jeden z ekspertów:

*(...) osoby niepełnosprawne nie wiedzą, co im się należy.*

Problem ten wynika w dużej mierze z niedoinformowania osób funkcjonujących w szeroko rozumianym otoczeniu osób niepełnosprawnych, pracujących z nimi, choć nie specjalizujących się w pomaganiu tej kategorii osób (np. lekarzy czy nauczycieli w szkołach specjalnych).

*Bo to nie tylko dotyczy się osób niepełnosprawnych, ale także ich rodzin, nauczycieli, którzy uczą w klasach specjalnych. Nie mają takiej wiedzy, że na przykład, jeżeli uczeń idzie na warsztaty terapii zajęciowej, to nie będzie miał odebranej renty socjalnej, bo on idzie na warsztaty terapii zajęciowej. On nawet boi się na te warsztaty iść, bo mu alimenty socjalne odbiorą. Nauczyciele w szkołach po prostu nie mają takiej wiedzy, takiej podstawowej po prostu, żeby pokierować i rodziców i uczniów.*

*Ale myślę, że lekarze... Przecież przez tą całą chorobę, niepełnosprawność, jednak cały czas mają kontakt i często lekarze – jak choćby nawet informują – to często błędnie.*

*Jeśli chodzi o dostęp informacji – ja bym oprócz lekarzy dodała pracowników socjalnych. To są te osoby, które często mają kontakt z osobami niepełnosprawnymi i często są wielu rzeczy nieświadome, że mogą je pokazać swoim klientom niepełnosprawnym.*

---

Czynnikami utrudniającymi dostęp do informacji jest miejsce zamieszkania (dotyczy to szczególnie terenów wiejskich) i dostęp do internetu. Wydaje się jednak, że kluczową przyczyną jest w tym przypadku niski poziom kompetencji osób znajdujących się w bezpośrednim otoczeniu niepełnosprawnych, który często jest skorelowany z zamieszkiwaniem terenów wiejskich i brakiem dostępu do internetu. Utrudniony dostęp do informacji ma wymierne konsekwencje dla samych osób niepełnosprawnych i ich rodzin, m.in. wyższe koszty utrzymania:

*Ktoś od 14 lat opiekuje się osobą starszą, która wymaga pieluchomajtek i od 14 lat nikt mu nie powiedział, ani pani w aptece ani lekarz, że ona może fakturki na te pieluchy przynosić do nas [do PCPR]. Czyli braki informacji.*

Utrudnia to również dostęp do instytucjonalnych form wsparcia.

*(...) i „zielonego pojęcia” nie mają, że to trzeba iść na komisję [orzekającą] o stopniu [niepełnosprawności], aby dostać skierowanie do WTZ]. Musi być ocena o stopniu [niepełnosprawności] ze wskazaniem do kontynuacji (...) uczestnictwa w WTZ. Nie wiedzą [o tym] (...)*

*„Idź do PCPR” – „a gdzie to jest, a co to jest w ogóle?”. Ja podwożę, dowożę i dzwonię...*

Badania jakościowe nie pozwalają na precyzyjne określenie skali występowania wymienionych zjawisk. Opinie osób badanych, przedstawicieli instytucji wspierających osoby niepełnosprawne, również nie mogą być w tym kontekście traktowane jako jedyne źródło informacji. Wydaje się jednak, że w przypadku obu kategorii osób (tj. samych osób niepełnosprawnych, jak i ich rodzin) istnieje zapotrzebowanie na dostępną, jasną i klarowną informację o uprawnieniach i możliwościach wsparcia. Tego typu informacje powinny być również dostarczane osobom stykającym się z niepełnosprawnymi i z ich rodzinami: nauczycielom, lekarzom, pracownikom socjalnym. System wsparcia osób niepełnosprawnych jest bowiem niezwykle skomplikowany i nie można oczekiwać, aby osoby te samodzielnie zdobyły wiedzę o zasadach jego działania.

### **Bariery fizyczne**

Bariery architektoniczne są nadal utrudnieniem, szczególnie dla osób niepełnosprawnych ruchowo, w dostępie do instytucji użyteczności publicznej (edukacyjnych, zdrowotnych, kulturalnych, urzędów itd.). Jeden z ekspertów przywołał następujący przykład:

*W pięknym mieście Krakowie myśmy ostatnio z grupą osób niepełnosprawnych byli w Bagateli [teatrze]. I do teatru są stopnie. I sprawni panowie musieli wnosić wózki. Ja doznałam naprawdę dużego rozczarowania, bo jesteśmy w pięknym mieście. Kraków bez barier. Gdzie?*

W tym przypadku status zabytku ogranicza możliwość przebudowy części obiektów i dostosowania ich do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo. Należy jednak zauważyć, że bariery w dostępie do instytucji świadczących usługi na rzecz osób niepełnosprawnych są stopniowo likwidowane w całym województwie. Dotyczy to szczególnie placówek wyspecjalizowanych we wspieraniu osób w trudnej sytuacji – np. ośrodków pomocy społecznej czy domów pomocy społecznej.

*Porównajmy sobie Kraków parę lat temu. Instytucje, urzędy i powiedzmy, że jeżeli każdy urząd jest remontowany, budowany nawet od nowa, to już nie ma nawet dyskusji, są tak zaprojektowane, żeby [barier] nie było. We wszystkich jednostkach pomocy w Krakowie [bariery] zostały zlikwidowane. Czy tak samo w Olkuszu.*

Dodatkowo poruszanie się osobom niepełnosprawnym utrudnia brak dostępu do środków transportu dostosowanych do osób o obniżonej sprawności ruchowej. Dotyczy to szczególnie mniejszych miejscowości, w których nie funkcjonuje komunikacja miejska, a prywatni przewoźnicy nie posiadają w swojej flocie pojazdów dostosowanych do przewozu osób poruszających się na wózkach inwalidzkich.



*U nas komunikacji miejskiej takiej nie ma, (...) a prywatni przewoźnicy, jak np. busy, nie są dostosowane.*

Problem ten też jest odczuwany w aglomeracji krakowskiej. Nieliczne taksówki, dostosowane do przewozu osób na wózkach, są permanentnie zarezerwowane. Czas oczekiwania na przewóz może wynosić nawet do tygodnia. W efekcie aktywność tych osób jest istotnie ograniczona.

*Na terenie Krakowa działa firma (...), która świadczy usługi przewozu osób niepełnosprawnych, ale jest chyba zbyt duże zapotrzebowanie a zbyt mało taksówek. (...) Wtedy nawet tydzień wcześniej najlepiej zarezerwować (...), rzadko się zdarza byśmy zadzwonili i na drugi dzień by taka taksówka była wolna.*

Niedostosowanie komunikacji do potrzeb osób niepełnosprawnych ogranicza im możliwość pełnego pełnienia ról społecznych, korzystania z usług społecznych (np. edukacji), udziału w rynku pracy czy też korzystanie z dostępnych instrumentów wsparcia.

### Rynek pracy

Jednym z poważniejszych problemów dotyczących osób niepełnosprawnych jest ich niski poziom aktywności zawodowej. W roku 2012, na podstawie danych Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), w województwie małopolskim wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku 16-64 lata w Małopolsce wynosił 20,9%.<sup>2</sup> Niski poziom aktywności zawodowej tych osób jest m.in. wynikiem słabości systemu wsparcia, co zostało omówione w dalszej części raportu. Jest to też efektem istniejących wśród pracodawców (również tych publicznych) stereotypów i uprzedzeń dotyczących osób niepełnosprawnych, indywidualnych ograniczeń, nadopiekuńczości rodzin itp. Ponadto, co niejednokrotnie podkreślali rozmówcy, istnieje duża grupa pracodawców, którzy zainteresowani są zatrudnieniem osób, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności (w stopniu umiarkowanym bądź znacznym, które umożliwia skorzystanie z dofinansowania z PFRON), ale jednocześnie niepełnosprawność ta nie wpływa na ich wydajność pracy.

*Ale z drugiej strony pracodawca też zwraca uwagę na to, jakie schorzenia ma osoba, czyli te osoby o schorzeniach psychicznych czy umysłowych są gorzej postrzegane na rynku pracy, gorzej oceniane przez pracodawców, niż osoby o orzeczeniach ze stopniem ruchowym czy schorzeniach związanych z układem krążenia czy z sercem. Czyli te osoby ze schorzeniami psychicznymi też mają trudniej, też mają pod górę jeśli chodzi o zatrudnienie.*

*Oni [pracodawcy] nie mówią tego wprost – ale chcą osobę z jak najwyższym orzeczeniem, ale osobę jak najbardziej wydajną w pracy. Oni nie mają tej świadomości, że ta refundacja jest właśnie za coś – za to, że ta osoba, która idzie do pracy jako sprzątaczką, bo ma niepełnosprawność ruchową albo psychiczną - że ona właśnie będzie mniej wydajna w pracy, ale on ma za to ma właśnie refundację.*

*Były miejsca dla osoby niepełnosprawnej [wolne miejsca pracy], po czym okazywało się, że trafiły tam osoby, które miały orzeczoną, ale praktycznie niezauważalną niepełnosprawność.*

*Wszystkie firmy ochroniarskie przyjmują osoby z orzeczeniem. To jest po prostu jakaś pomyłka. Ja kiedyś rozmawiałam z właścicielem firmy ochroniarskiej i on mi mówi tak: że on dostaje pracę poprzez wygranie przetargu – nie ma innej pracy – wszystkie zlecenia w drodze wygrania przetargu. By on wygrał przetarg, musi dać niskie koszty. Jak da niskie koszty, nie jest w stanie zatrudnić innych osób, jak osoby niepełnosprawne, bo nie stać go na to, by zapłacić najniższą krajową, bo musi mieć za to refundację i teraz to jest problem. (...) wszyscy się już z tego śmieją, że sami niepełnosprawni ochraniają...*

Powyższe przykłady wypowiedzi jednoznacznie wskazują na potrzebę uświadamiania pracodawcom faktycznych korzyści, ale także i ograniczeń wynikających z zatrudniania osób niepełnosprawnych. Zdolność danej osoby niepełnosprawnej do wykonywania pracy jest kwestią indywidualną dla każdego przypadku, jednak polski pracodawca wciąż nie ma dostatecznej świadomości, że często zatrudnianie osób niepełno-

<sup>2</sup> Dane za: Aktywność Ekonomiczna Ludności (dane średnioroczne), Główny Urząd Statystyczny [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

---

sprawnych wcale nie wiąże się z dużymi obciążeniami, a otrzymywane refundacje mają na celu zrekompen-sowanie pojawiających się utrudnień.

*Chodzi o to, że ja zatrudniam pracownika, biorę go sobie na głowę i za to, że on może mieć więcej nieobecności – bo jest tak, że ma więcej nieobecności, więcej choruje, że może pojechać na turnus rehabilitacyjny, że potrzebuje czasem jakiejś dodatkowej przerwy, albo że trzeba mu jakieś dodatkowe oprzyrządowanie czy szkolenie [zapewnić] – to za to on [pracodawca] dostanie tę refundację, ale nie za samo zatrudnienie.*

*Aczkolwiek jeśli chodzi o osoby ze schorzeniami psychicznymi akurat tu bym upatrywał największą szansę, by mogły znaleźć pracę, przy czym należałoby dużo pracować nad świadomością potencjalnych pracodawców. Ponieważ często nie zdajemy sobie sprawy – mówimy tak ogólnie – również kiedyś ja nie zdawałem sobie sprawy, jak taka osoba pracuje, jak jest wydajna i co możemy się po niej spodziewać, gdy są to schorzenia typu schizofrenia, której absolutnie nie powinniśmy się obawiać. Ktoś dobrze prowadzony – to jest dobry pracownik, a czasem poprzez pracę jego problemy, jego choroba – znika.*

*Naszym celem nie jest to, by pracodawca zatrudnił człowieka, dlatego że dostanie z tego zwrot, czy pieniądze. Ponieważ jeśli taka jest jego motywacja, to w momencie kiedy on przestanie dostawać pieniądze, to stanowisko pracy jest zagrożone. Naszym celem jest to, by pracodawca chciał zatrudnić tego człowieka – dla tego człowieka, dlatego, że go potrzebuje, że coś może zrobić.*

Jedną z zaproponowanych przez uczestników paneli form wpływania na świadomość pracodawców jest organizowanie kampanii społecznych promujących zatrudnianie osób niepełnosprawnych bazujących na pozytywnych doświadczeniach dużych i znanych firm.

*Uważam, że korporacje - najwięksi i najsilniejsi na rynku powinni dawać przykład i może - napisałam sobie - jakieś rekomendacje i opinie na temat zatrudniania osób niepełnosprawnych, jak oni się tam sprawują i w jaki sposób przebiega ta współpraca z pracodawcą. Może to byłoby w jakiś sposób [szansa] dla polskiego rynku [pracy], który jest nastawiony tylko na korzyści ekonomiczne wyraźne (...)*

*Mamy takie zatrudnienia [osób niepełnosprawnych] akurat w sieci McDonald's, gdzie osoba niepełnosprawna tak wsiąknęła w środowisko pracy, że myśmy stracili nad nią panowanie – już nie miała potrzeby [naszej pomocy] - bo środowisko - miała [tam] ludzi w swoim wieku i to środowisko tego męż-czyznę tak wspierało i tak zaakceptowało – tak tam się wtopił, że my nie byliśmy potrzebni.*

*Carrefour zatrudnił do kas osoby głuchonieme i fantastycznie sobie dają radę. Potrafili zorganizować tak dużą grupę osób niepełnosprawnych do kasy i te osoby, o dziwo, dobrze sobie radzą. Czyli świadomość, z drugiej strony, pracodawcy, który chce wyjść naprzeciw i chce stworzyć coś dla środowiska osób niepełnosprawnych. Tego też nie ma w Polsce.*

Jednocześnie rozmówcy wskazywali na możliwe rozwiązania usprawniające proces rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych i określające jaśniejsze reguły instytucjonalnego wsparcia tych osób.

*By te osoby mogły wyjść na otwarty rynek pracy - tu przydałoby się, by stworzyć im taką „poduszkę” czyli możliwość powrotu, gdyby tam coś się nie udało – i by mogły tu, do zakładu [aktywności zawodowej] wrócić... nie mniej jednak sytuacja jest taka, że my, w momencie gdy ktoś od nas odchodzi, musimy niezwłocznie przyjąć osobę na jej miejsce, by nie tracić wskaźników.*

*A: Byłoby dobrze uświadamiać podmiotom, typu warsztaty terapii zajęciowej, że ich misją jest przygotowywanie tych osób do tego, by one szły dalej – dalej, czyli: zakład aktywności zawodowej. Teraz uważam, że przeskok: zakład aktywności zawodowej do otwartego rynku pracy jest nazbyt radykalny, więc tu należałoby korzystać z doświadczeń zakładów pracy chronionej. To powinien być etap jeszcze przybliżania do otwartego rynku pracy – tam, po tym etapie powinien być już bezwzględnie otwarty rynek pracy, ewentualnie otrzymanie na stałe zatrudnienia – aczkolwiek przejście z zakładu [aktywności zawodowej] na otwarty rynek pracy – wydaje mi się to bardzo ryzykowne dla tych osób.*

B: A z czego to wynika?

A: Tu są [osoby niepełnosprawne w zakładzie aktywności zawodowej] w tych warunkach bardzo cieplarnianych. Bardzo mocno oswojonych. Pracują tylko w grupie osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

Powinno się określić, że taki zakład aktywności czy warsztat – w warsztacie jest chyba jasno określone, ale zakład aktywności – że okres funkcjonowania w takim zakładzie jest od roku do ... i tu nie narzucam – z możliwością prolongaty o kolejny – ale tyle – bo to jest jak zwykła szkoła – i wtedy decyzja – czy wracamy na warsztat, i tam podejmujemy dalsze działania, by tę osobę przygotować – ona może po jakimś okresie karencji przejść powrotem poprzez taki zakład w celu wyjścia na otwarty rynek pracy albo już tam zostaje.

(...) jeśli określimy jakieś ramy czasowe w jakich on [człowiek niepełnosprawny] może tu [w zakładzie aktywności zawodowej] przebywać – nawet i dla tych osób będzie to informacja, że to nie jest miejsce docelowe, trzeba coś ze sobą zrobić. Trzeba... że idziemy do przodu – współpracujemy, możemy znaleźć zatrudnienie u innego pracodawcy – że to jest kolejny etap na ich [osób niepełnosprawnych] drodze.

Na podstawie powyższych wypowiedzi można ponadto zaryzykować stwierdzenie, że niski poziom uczestnictwa osób niepełnosprawnych w otwartym rynku pracy wiąże się również z niechęcią i lękiem przed tego typu pracą. Osoby niepełnosprawne, jeśli pracują na chronionym rynku pracy, niechętnie go opuszczają i decydują się na podjęcie zatrudnienia na rynku pracy otwartym, gdzie warunki często są mniej przyjazne, a wymagania wyższe.

### Dostęp do edukacji

Kwestia dostępu do edukacji ma dwa główne wymiary: psychologiczny oraz fizyczny. Wymiar psychologiczny dotyczy nastawienia nauczycieli, rodziców i innych uczniów do osób dotkniętych niepełnosprawnością. Wspólna nauka jest często trudna, a tworzenie małych klas – zbyt kosztowne. O tym problemie w stosunku od dzieci z autyzmem tak mówił jeden z zaproszonych ekspertów:

*Pedagogika specjalna jednak musi iść w tym kierunku, by [dzieciom z autyzmem] stworzyć dokładnie warunki na miarę ich możliwości i potrzeb, bo muszą mieć coś w rodzaju takiego indywidualnego programu. Tam są oczywiście przepisy – dobre – od 2 do 4 osób i już może być taka klasa – ale to znowu są koszty – i z pomieszczeniem... i też w gruncie rzeczy jest to, jakby, za mało. Są to uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; trzeba coś więcej niż ten constans, (...) ale tu dochodzimy do punktu finansowego...*

W efekcie często dochodzi do sytuacji, kiedy prowadzone jest nauczanie indywidualne. Zdaniem jednej z ekspertek – w części przypadków niestosownie. Prowadzi ono do izolacji niepełnosprawnego ucznia.

*Ja osobiście miałam wypadek w trakcie liceum i zaproponowano mi – to było dokładnie po drugim roku – zaproponowano mi edukację indywidualną. Uważam, że bardzo dużo na tym straciłam. W ten sposób musiałam ukończyć szkołę średnią.*

W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie podejście do kształcenia jest często nieadekwatne – miast koncentrować się na rozwijaniu umiejętności praktycznych, które mogą być wykonywane przez osoby niepełnosprawne, próbuje się je przygotować np. do uzyskania pełnych kwalifikacji. W praktyce jednak osoby te często nie są w stanie przełożyć zdobytej wiedzy teoretycznej na praktyczne działanie. Jedna z uczestniczek przedstawia ten problem na przykładzie:

*Mojej koleżanki brat ukończył szkołę ogrodniczą. Jest osobą dorosłą, z zespołem Downa, z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, osobą z niepełnosprawnością intelektualną i strasznie się denerwował, bo nie zdał egzaminu na koniec. Co się okazało: miał zadanie zasadzić kwiatek – i zasadził – ale korzeniami do góry, bo nikt go w szkole wcześniej nie uczył, jak to sadzenie robić. On umiał wszystko*

---

*teoretycznie – był wykuty teoretycznie ze wszystkich regułek, ale nigdy nie miał zajęcia by zasadzić ten kwiat.*

Dodatkowym brakującym elementem systemu edukacji, który wskazywany był przez ekspertów, jest system doradztwa zawodowego na etapie szkoły. W przypadku osób niepełnosprawnych szczególnie istotne jest rzetelne ocenienie ich potencjału i wskazanie takiej ścieżki edukacyjnej, która pozwoli w pełni go rozwinąć, biorąc przy tym pod uwagę istniejące ograniczenia.

*To powinno być na etapie edukacji [poradnictwo] - że wiadomo, co osoba może zrobić, jakie ma zdolności i w którą stronę ją kierować i potem ona powinna być w tę stronę edukowana, by wyjść już i realnie odpowiedzieć na potrzeby przedsiębiorcy.*

*Potem to się wiąże z tym, że te osoby mają też nierealne pomysły na siebie. Pani nie rusza rękami i nogami, jest niepełnosprawna intelektualnie i mówi: ja bym chciała być telefonistką. I pracuj potem półtora roku, by ona sobie zmieniła [myślenie], że ona tą telefonistką nigdy nie będzie.*

Warto również przytoczyć słowa jednej z uczestniczek spotkań dotyczące nieproporcjonalności wsparcia na poszczególnych etapach życia osób z niepełnosprawnością: w systemie edukacji, a następnie w systemie pomocy społecznej.

*Jest bardzo duża różnica w pieniądzach przeznaczonych w Polsce na edukację osób niepełnosprawnych, a potem na pomoc społeczną; czyli na tworzenie różnych ośrodków wsparcia dla tych osób. Na przykład na osobę z autyzmem jest subwencja 4300 zł (...) miesięcznie. A ta sama osoba niepełnosprawna trafiająca ośrodka wsparcia, czyli do środowiskowego domu samopomocy dostaje dotację na nią ten ośrodek – 913 zł. (...) Skoro my tyle łozymy na edukację, to bądźmy konsekwentni. Ci ludzie potrzebują tych pieniędzy, by zabezpieczyć ich potrzeby i te pieniądze powinny znaleźć się także na kolejnym etapie podtrzymania ich życia i umiejętności, które potem służą do wyjścia na rynek pracy, czy do tego by jakoś godnie żyć.*

## **Problemy indywidualne**

### **Stan zdrowia i typ niepełnosprawności**

Barierą podstawową i najbardziej oczywistą w integracji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych jest stan zdrowia. W niektórych przypadkach uniemożliwia on praktycznie samodzielne funkcjonowanie. Eksperci podkreślali, że jest wśród osób niepełnosprawnych grupa, która zawsze będzie potrzebować pomocy i nigdy w pełni się nie usamodzielnia. Takie osoby potrzebują intensywnego wsparcia, często w formie instytucjonalnej.

*To wszystko zależy od tego, w jakim stanie zdrowia są te osoby, czy są to osoby w miarę sprawne. [...] Ten stan zdrowia eliminuje ich z tego codziennego trybu życia i tutaj siłą rzeczy czasami tak to jest.*

Ważnym czynnikiem wpływającym na możliwości integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych jest typ niepełnosprawności. Przy czym, zdaniem ekspertów, typ niepełnosprawności wpływa na potrzeby poszczególnych osób. Podczas, gdy osoby niepełnosprawne fizycznie czy też sensorycznie potrzebują jedynie wsparcia, które pozwoli zrekomensować ich deficyty, osoby z niepełnosprawnością intelektualną potrzebują wsparcia znacznie intensywniejszego, długotrwałego, uwzględniającego konieczność stworzenia warunków umożliwiających funkcjonowanie i aktywność społeczną i zawodową. System wsparcia musi uwzględniać olbrzymią różnorodność sytuacji tych osób, stąd też jest potrzeba współistnienia wielu form i instrumentów wsparcia, a przede wszystkim zindywidualizowane podejście do każdej z osób.

*Czyli to nie jest trudny klient, to nie jest klient z problemami, tylko to jest klient, który ma różne orzeczenia, ma różną sytuację w rodzinie. Na różnym etapie życiowym się znalazł i musimy mu w jakiś sposób pomóc. I do każdego musimy podejść indywidualnie.*

*Myślę, że za bardzo przyzwyczailiśmy się do jednego rodzaju ścieżek dla tych osób – ale teraz – o ile przyszłe finansowanie i kolejne pozwoli na ukształtowanie bardziej indywidualnych ścieżek, jeśli chodzi o osoby niepełnosprawne, bo tu myślę, że wsparcie przez zatrudnienie psychologa dla takich osób, czy trenera nawet dla osób, rodzin z osobą niepełnosprawną myślę, że to jednak nie wystarcza i trzeba jednak sięgnąć po bardziej innowacyjne metody.*

### **Samoocena – akceptacja niepełnosprawności**

Jednym z podstawowych problemów osób niepełnosprawnych jest kwestia własnej samooceny i poczucia własnej wartości. Osoby niepełnosprawne obawiają się, że mogą wzbudzać śmiech, być niezrozumiane, potraktowane jako gorsze przez otoczenie. Dotyczy to m.in. funkcjonowania w grupie rówieśniczej.

*Na przykładzie głuchych czy niedosłyszących uczniów – czy nawet z problemami mowy – wystarczy zauważyć, że oni uciekają albo są z boku grupy rówieśniczej (...) stronią od tych grup, bo mają świadomość, że jak coś powie – może być niezrozumiany, wyśmiany i to jest taki oczywisty obrazek.*

Dotyczy to także rodziny, która również, często w sposób nieuświadomiony, może stać się czynnikiem obniżającym samoocenę osoby niepełnosprawnej

*W momencie, w którym rodzi się niepełnosprawne dziecko, to rodzina żyje w przekonaniu, że to dziecko jest gorsze. Chociaż w żaden sposób tego nie werbalizuje, ale (...) niewerbalnie jakoś [to przekazuje] i to dziecko dorasta w przekonaniu, że faktycznie: jest inne, gorsze. Podobnie jest w przypadku, kiedy ktoś uległ wypadkowi i nagle czuje, że jest inny, gorszy.*

Takie sytuacje powodują narastanie poczucia, że „jestem gorszy”, „jestem mniej wartościowy”. Utrudnia to otwarcie się osoby niepełnosprawnej na uczestnictwo w życiu społecznym, wchodzenie w nowe sytuacje, nawiązywanie nowych kontaktów. W praktyce zwiększa to skłonność tych osób do zamykania się w domu lub ograniczenia swojej aktywności do bezpiecznego, znanego środowiska. Dopiero nauczenie się życia z istniejącymi ograniczeniami, zaakceptowanie ich pozwala na poszukiwanie sposobów egzystencji i działania, ułatwia aktywne zwracanie się o pomoc lub nawet domaganie się tej pomocy.

*(...) to wiąże się z akceptacją swojej niepełnosprawności. W pewnym czasie było dość głośne, by pomagać niewidomym: przejść przez ulicę czy coś takiego – ale też zaraz powstał drugi problem, że ten niewidomy też powinien umieć poprosić [o pomoc] (...)*

### **Motywacja**

Kwestia niskiej samooceny wiąże się ze słabą motywacją do zmiany własnej sytuacji i uczestniczenia w różnych przedsięwzięciach, w tym również w projektach aktywizujących osoby niepełnosprawne. Jeden z ekspertów mówił o tym wyrażnie:

*Bo jest wielu takich, którzy mogliby zacząć pracować, ale nie chcą. Boją się, boją się wyjść poza drzwi. I do tych trzeba by docierać, przekonując ich, że jednak warto, że trzeba wyjść za te drzwi i spróbować. Bo oni w to nie wierzą. I tu jest ten problem.*

*Zmiana po prostu podejścia do tego. Trzeba wyjść z domu, nikt z tą pracą do domu nie przyjdzie. Musisz sama się starać wyjść, szukać pracy, a nie tylko, że urząd skieruje, opieka społeczna dofinansuje. I jakoś to będzie.*

*[Niepełnosprawni] którzy przyjdą [do urzędu pracy], którzy szukają pracy, to są ci najbardziej zdeterminowani. Ale jest 80 procent tych, którzy siedzą w domach i nic nie robią.*

Co istotne, osoby niepełnosprawne, które wykazują się motywacją i poszukują możliwości udziału w różnych formach aktywności społecznej traktują niepowodzenie jako porażkę, potwierdzenie swojej niskiej samooceny i niechętnie podejmują kolejny wysiłek.



---

*Ja zawsze tak robię, że jeśli osoba do mnie przychodzi, a nie jest do mnie, to ją sadzam, robię wywiad, szukam po Internecie, umawiam ją na spotkanie gdzieś indziej, bo wiem, że jak ona się zmotywowała, by przyjść w to miejsce, to jej braknie motywacji, by iść dalej.*

Powyższy cytat jest bardzo ważny. Pokazuje on, że w działaniach poszczególnych instytucji konieczne jest uwzględnienie niskiego poziomu motywacji osoby niepełnosprawnej. W związku z tym, jeśli taka osoba pojawi się choć raz w instytucji, to konieczne jest udzielenie jej wsparcia, wysłuchania, pokierowania, nawet zaopiekowania się – jednym słowem – pełne wykorzystanie jej aktywności. Duża część tych osób nie jest na tyle zaradna, aby samodzielnie radzić sobie w trudnej rzeczywistości – w efekcie zniechęca się i jeszcze mocniej wycofuje.

Niestety część instytucji koncentruje swoje wsparcie właśnie na tej grupie osób najbardziej aktywnych, poszukujących pracy, zgłaszających potrzebę wsparcia. Niewątpliwie takie osoby należy wspierać. Jednak ograniczenie aktywności instytucji pomocowych tylko do tej kategorii osób niepełnosprawnych prowadzi może do wykluczenia części niepełnosprawnych naprawdę tego wsparcia potrzebujących. Pożądane jest jasne i precyzyjne określenie możliwych ścieżek wsparcia, indywidualnie dopasowanych do potrzeb danej osoby.

*Uważam, że jak osoba wychodzi z orzeczeniem [o niepełnosprawności], powinna wychodzić z informacją, co może.(...) Tak, ona powinna do tego orzeczenia dostać załącznik i tam – łopatologicznie – mieć napisane, że: jeśli należy się warsztat terapii zajęciowej to taki i taki, może być kontakt, może być lista warsztatów. Jeśli środowiskowy dom – to taki; że jeśli środowiskowy dom – to trzeba się spotkać z pracownikiem socjalnym (...) Tak, ale w taki sposób, który jest zrozumiały dla tych osób.*

*Wydaje mi się, że to jest to jak są świadomi urzędnicy w urzędzie pracy, to łapią tę osobę, dają jej kontakt i mówią: słuchaj, tu ci pomogą. I to wystarcza, bo jeśli przekieruje urzędnik, czy pracownik socjalny czy jakaś inna osoba na tę wyspecjalizowaną – powiedzmy – organizację pozarządową, to wtedy to się wszystko już toczy, tylko ważne jest, by tego człowieka złapać.*

Dobrym sposobem na wzmacnianie poziomu motywacji jest wskazywanie przykładów innych osób niepełnosprawnych, które sobie poradziły i odniosły sukces.

*(...) jak oni [osoby niepełnosprawne] wracają potem do WTZ– bo to są absolwenci WTZ czy jakichś szkół - i jak wracają potem do WTZ, to przychodzą jak bohaterowie. To jest dla nich pewien wzrost statusu społecznego: teraz zarabiam, mam swoje pieniądze, to już jestem gościem.*

Takie modelowe przykłady oddziałują stymulująco, pokazują pozytywne wzorce działania i zachęcają do aktywności – poprzez wzmacnianie wiary w siebie i własne możliwości.

### **Dłuższy proces nauki**

Jednym z problemów, który musi być wzięty pod uwagę przy planowaniu wsparcia dla osób niepełnosprawnych jest dłuższy czas potrzebny im na uzyskanie efektów uczenia się i wdrożenie się do pracy zawodowej. Dotyczy to szczególnie osób z niepełnosprawnością intelektualną, a także do pewnego stopnia osób starszych i o niskich kompetencjach. Zdaniem uczestników badania, są to osoby z początku mniej zdyscyplinowane od osób sprawnych, przyuczające się powoli do wykonywania zlecanych im zadań. Potrzebują więcej czasu i praktyki niż osoby sprawne, a w niektórych przypadkach również indywidualnego wsparcia i nadzoru.

Problem ten wynika, zdaniem części ekspertów, z niedostatku odpowiedniego treningu kompetencji kluczowych i społecznych, co powoduje problemy z uczeniem się nowych rzeczy.

*Jest to osoba, która nie do końca, nie w pełni ten świat widzi tak jak my. Ona jest czasami po prostu bardziej spowolniona. Ona jest czasami mniej zdyscyplinowana. I trzeba wszystkiego tą osobę nauczyć. Wprowadzając ją, praktykując z nią. Na pewno to jakiś czas trwa. A potem taka osoba na takim stanowisku może będzie nawet lepiej pracowała jak osoba zdrowa. Ale ona musi być do tego przygotowana.*

W związku z powyższym konieczne jest uwzględnienie tempa uczenia się osób niepełnosprawnych i dostosowanie do tego czasu oferowanego im wsparcia. Wsparcie to powinno również obejmować zindywidualizowaną pomoc – także w miejscu pracy, co pozwala na budowanie poczucia bezpieczeństwa tych osób.

### Zasoby

Poważnym problemem osób niepełnosprawnych są ograniczone zasoby materialne. Część osób niepełnosprawnych żyje w relatywnie ubogich rodzinach. Wiąże się to z większym prawdopodobieństwem niepełnosprawności wśród osób o niskich kompetencjach (w związku np. z wykonywaniem bardziej obciążających organizm prac fizycznych). Z drugiej strony występowanie niepełnosprawności w rodzinie wiąże się z dużymi obciążeniami finansowymi, a tym samym większym zagrożeniem ubóstwem. Ograniczone zasoby utrudniają dostęp do dóbr i usług i tym samym utrudniają integrację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych.

*(...) ciężko nawet teraz o odzież – widać jak chodzą ubrani. Nawet starają się opruć; ja też w sprawozdaniach opisuję – mam punkt: wygląd zewnętrzny – chcąc ich wysłać do pracy – to: „jak cię widzą, tak cię piszą” – i widać, że te ubrania są zadbane, pocerowane, bo chcą wyglądać, ale też proszki, środki, pralki, prąd - wszystko kosztuje. I nieraz się mówi: weź już to wypierz, czy zmień to.*

Pokazuje to, że osoby te, szczególnie w momencie poszukiwania pracy, potrzebują również wsparcia wizerunkowego – środków na garderobę, poprawę wyglądu itd.

### Zróżnicowanie problemów osób niepełnosprawnych

W tym miejscu należy postawić pytanie, na ile zidentyfikowane problemy są zróżnicowane ze względu na typ niepełnosprawności. Na potrzeby niniejszego badania wyodrębniono trzy kluczowe typy niepełnosprawności: *sensoryczną, fizyczną i intelektualną*. Należy przy tym pamiętać, że stosunkowo często poszczególne rodzaje niepełnosprawności łączą się, np. niepełnosprawność intelektualna z fizyczną (sprzężenie). Dlatego też wszelkie uogólnienia powinny być traktowane ostrożnie, a wsparcie powinno być projektowane na tyle elastycznie, aby możliwe było dopasowanie go do sytuacji konkretnej osoby.

Dla ekspertów uczestniczących w badaniu różnice w problemach osób niepełnosprawnych zróżnicowanych ze względu na wskazane trzy typy niepełnosprawności były oczywiste. Ich zdaniem, problemy osób niepełnosprawnych ruchowo, jeśli nie są sprzężone z innymi typami niepełnosprawności, są mniej złożone i osoby takie wymagają mniejszego wsparcia. Często, oprócz rehabilitacji zdrowotnej i zaopatrzenia ortopedycznego, wymagają tylko pomocy w poszukiwaniu pracy.

*Czasami jest tylko to [potrzebne], by zobaczyć, czy CV jest dobrze napisane i dlaczego ta osoba nie ma skuteczności w znalezieniu pracy i wystarczy dać jej skuteczność i ona się wdroży w pracę i ona już do nas nie wraca – ona sobie radzi. Natomiast z niepełnosprawnością intelektualną jest tak, że ona często wraca [do danej instytucji/organizacji].*

Natomiast osoby z niepełnosprawnością intelektualną są zdecydowanie bardziej „wymagające” – w wielu przypadkach wymagają stałego wsparcia – nawet po podjęciu zatrudnienia. Obrazuje to dalsza część zacytowanej powyżej wypowiedzi:

*... na przykład osoba z autyzmem. Mamy takiego pana, który pracuje w bibliotece publicznej przy digitalizacji danych do biblioteki cyfrowej i pracuje tam 3 lata i od 3 lat codziennie dzwoni do swojego trenera i coś tam mu mówi. Proszę sobie wyobrazić teraz, że tego człowieka po drugiej stronie nie ma – co się stanie?*

W tym przypadku istotna jest nie tyle specyficzna forma wsparcia, ale jego ciągłość i indywidualna, partnerska relacja między opiekunem a osobą niepełnosprawną, co wzmacnia poczucie bezpieczeństwa tej osoby.

Dla określenia potrzeb osób z niepełnosprawnością decydujące znaczenie ma poziom ich samodzielności i gotowości do podjęcia pracy na chronionym lub otwartym rynku pracy. Dla osób całkowicie niesamodzielnych konieczne jest dostarczenie wysokiej jakości usług opiekuńczych lub wsparcie rodziny w świadczeniu tych usług. Osoby wykazujące pewną samodzielność powinny być poddawane odpowiedniej terapii i kierowane do adekwatnych instytucji: środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności zawodowej. Osoby przygotowane do stosunkowo sprawnego funkcjonowania na otwartym rynku pracy powinny być wspierane przez powiatowe urzędy pracy i inne instytucje rynku pracy.

Inne kluczowe zmienne, które różnicują sytuację osób niepełnosprawnych, to wiek, poziom wykształcenia, posiadane kompetencje i kwalifikacje, posiadane doświadczenie zawodowe.

W praktyce często mamy do czynienia z różnymi konfiguracjami tych cech. Przedstawiciel urzędu pracy potwierdza, że w przypadku osób młodych, lepiej wykształconych problemy w znalezieniu pracy są dużo mniejsze niż w przypadku innych grup osób niepełnosprawnych. Przytaczane opinie mogą sugerować, że istnieje akceptacja społeczna dla aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych fizycznie. Natomiast niewątpliwie wyzwaniem pozostaje aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych intelektualnie czy chorujących psychicznie – w tym przypadku siła oporu społecznego może być większa.

*Bardzo często ta grupa osób młodych [niepełnosprawnych] absolwentów to są osoby ze średnim, policealnym czy nawet wyższym wykształceniem. Tak, że tu wśród tych osób, absolwentów nie ma dla nich problemu w znalezieniu pracy, bardzo często nawet instytucje tutaj istniejące na naszym terenie w powiecie bardzo chętnie przyjmują takie osoby.*

Zdecydowanie trudniejsza jest sytuacja osób starszych, spośród których duża część uzyskuje orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności, co pozwala korzystać z pewnych przywilejów. Jednak w ich przypadku barierą w aktywizacji, oprócz stanu zdrowia i wieku, są często niskie kompetencje.

*Jest bardzo niewielki odsetek osób zarejestrowanych [w urzędzie pracy] właśnie młodych, te osoby mają łatwiej na rynku pracy, z racji tego, że kończą szkoły specjalne, więc już po szkołach jakaś pomoc dla nich istnieje i łatwiej jest im znaleźć pracę jako absolwentom. Natomiast większość osób jest takich trwale bezrobotnych i starszych.*

## Podsumowanie

Zidentyfikowane trudności i problemy osób niepełnosprawnych są stosunkowo dobrze znane i opisane w literaturze. Należy jednak pamiętać, że poszczególne kwestie są wzajemnie powiązane – oddziałują na siebie i wzmacniają się wzajemnie, co czyni sytuację osób niepełnosprawnych niezwykle złożoną. Zrozumienie tych mechanizmów pozwala na zaplanowanie adekwatnego wsparcia.

Ograniczenia zdrowotne wpływają na powstawanie i wzmacnianie się barier psychologicznych: niskiej samooceny i braku wiary w siebie. Ogranicza to aktywność osób niepełnosprawnych i ich motywację do wchodzenia w nowe sytuacje, zmianę swojego sposobu na życie. Zachęca za to do zamykania się i ograniczania aktywności. Dodatkowo osoby te borykają się z ograniczeniami finansowymi, które utrudniają im sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie. Ich rodziny okazują się często nieprzygotowane do świadczenia wsparcia, a w niektórych przypadkach wręcz stanowią utrudnienie dla integracji społecznej i zawodowej. Przy próbie wyjścia „z domu” i aktywizacji osoby niepełnosprawne napotykają na bariery architektoniczne i komunikacyjne, na brak informacji o możliwych formach wsparcia i trudny, konkurencyjny rynek pracy. Jak pokażemy w kolejnym rozdziale, niestety napotykają też na niesprawne, nieprzyjazne państwo. Niewątpliwie lista ta nie jest wyczerpująca, wydaje się jednak, że obejmuje ona zdecydowaną większość zidentyfikowanych problemów.

Oczywiście można w tym miejscu postawić pytanie, co jest kluczową przyczyną opisanych problemów. Problemem centralnym jest sama niepełnosprawność – czyli *niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia organizmu*. Problem ten bywa dodatkowo pogłębiany po-



przez trudność w zaakceptowaniu swojej sytuacji. Stawia to wyzwania przed systemem wsparcia – pomoc kierowana do osób niepełnosprawnych musi być kompleksowa i uwzględniać takie elementy, jak: rehabilitacja zdrowotna i zaopatrzenie ortopedyczne, pomoc psychologiczna, integracja społeczna i zawodowa. Wsparcie to powinno również uwzględniać sytuację otoczenia, w tym szczególnie rodziny osoby niepełnosprawnej i innych nieformalnych opiekunów.

### 1.3 Ocena dotychczasowego wsparcia

Ocena dotychczasowego wsparcia dokonana została na podstawie opinii uczestników paneli – przedstawicieli instytucji, które są zaangażowane w świadczenie tego wsparcia.

W trakcie wywiadów zidentyfikowano szereg instrumentów i form wsparcia, które sprawdziły się i wskazane jest kontynuowanie ich realizacji. Katalog dostępnych metod pomagania osobom niepełnosprawnym jest niezwykle szeroki. Równocześnie nie stwierdzono, aby jakaś forma wsparcia ewidentnie się nie sprawdziła, czyli okazała się nieskuteczna. Kwestia skuteczności jest raczej pochodną odpowiedniego dopasowania instrumentu do potrzeb konkretnej osoby i właściwego go wykorzystania.

Należy jednak zaznaczyć, że w badaniu brali udział przedstawiciele instytucji wykorzystujący poszczególne narzędzia. W trakcie wywiadów prezentowali oni swoje eksperckie opinie i przekonania. W raporcie tym próbujemy przenieść je na poziom intersubiektywny, poprzez konfrontowanie poszczególnych wypowiedzi i analizę kontekstu wypowiedzi. Jednak opinie samych realizatorów nie mogą stanowić wystarczającej podstawy dla formułowania kategoriycznych sądów i wniosków na temat skuteczności poszczególnych metod i pożądanego kształtu wsparcia w nowej perspektywie. Wymagałoby to skonfrontowania zebranych z opiniami innych aktorów (m.in. odbiorców wsparcia) oraz wynikami badań prowadzonych z wykorzystaniem innych metod i technik badawczych.

#### Pomoc psychologiczna i wczesna interwencja

Wsparcie psychologiczne, jeśli pojawiało się w projektach, kierowane było głównie do samych osób niepełnosprawnych. Jest to zwykle jeden z elementów szerszego, bardziej kompleksowego wsparcia osoby niepełnosprawnej. Aby usługi psychologiczne mogły być skuteczne, konieczne jest ich odpowiednie zintegrowanie z pozostałymi elementami pomocy, np. doradztwem zawodowym czy też szkoleniami z zakresu aktywnego poszukiwania pracy. Pomoc psychologa jest szczególnie potrzebna w pierwszej fazie wspierania osoby niepełnosprawnej. Służy tu diagnozowaniu jej potencjału (w jakim kierunku może się rozwijać), a także wzmacnianiu samooceny, budowaniu motywacji i przełamywaniu barier.

*A: (...) psycholog musiałby wręcz już na poziomie diagnozy określić, co on [człowiek niepełnosprawny] by mógł robić [zawodowo np.].*

*B: Na poziomie rejestracji nawet.*

*A: Dokładnie! Bo (...) doradca zawodowy wprowadza go w taki czy inny kierunek zawodu, ale jeszcze wcześniej [jest potrzeba zdiagnozowania] w jakim kierunku go puścić.*

Doradztwo psychologiczne okazuje się również potrzebne w trakcie świadczenia wsparcia. Przykładem może być jeden z projektów zrealizowanych przez urząd pracy:

*Mieliśmy program „Trener pracy” – tam było trzech trenerów pracy, którzy mieli osoby niepełnosprawne, z którymi pracowali, a do współpracy byli zatrudnieni psycholog i doradca zawodowy. Oni mieli za zadanie udzielać wsparcia, czyli jak trener coś zgłaszał [psychologowi]: słuchaj, z tą osobą musisz porozmawiać, bo trzeba zdiagnozować bariery psychologiczne – to wtedy ta osoba szła i faktycznie (...) im te rozmowy pomagały. I tu jakieś elementy psychoterapii były i (...) to było potrzebne.*

---

Inicjatywa skorzystania z pomocy psychologa wychodzi zwykle od pracownika danej instytucji (w powyższym przypadku trenera pracy) lub samej osoby niepełnosprawnej.

O tym, że dostępność pomocy psychologicznej jest ważna, przekonani byli praktycznie wszyscy zaproszeni eksperci. Co jednak istotne, część z nich wskazywała, że w ramach standardowych działań wiele kluczowych instytucji obecnie nie ma możliwości świadczenia usług psychologicznych dla swoich klientów. Potwierdzili to zarówno pracownicy powiatowych urzędów pracy, jak i powiatowych centrów pomocy rodzinie (nie dotyczy to projektów finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego). Wskazywał na to przedstawiciel urzędu pracy podkreślając, że jedynym stanowiskiem, na które mogą być zatrudniane osoby o wykształceniu psychologicznym w urzędzie pracy może być doradca zawodowy:

*Takim pracownikiem, od takich miękkich spraw w urzędzie pracy, czyli pomocy w nabywaniu mocnych stron jest doradca zawodowy. Na stanowisko „doradca zawodowy” mogą być przyjęci socjologowie, pedagodzy lub psychologowie – zgodnie z ustawą – nikt inny nie może być przyjęty na takie stanowisko.*

Zapotrzebowanie na usługi psychologiczne nie oznacza, że to urząd pracy powinien bezpośrednio oferować takie wsparcie:

*Natomiast jeśli chodzi o to, czy w ogóle psycholog w urzędzie pracy jest potrzebny – to nie wiem – to nie może być tak, że jedna instytucja zapewnia pomoc we wszystkich obszarach.*

Ważniejsze jest umożliwienie powiatowemu urzędowi pracy, tak jak i innym instytucjom publicznym, możliwości kontraktowania tego typu usług na zewnątrz. Podkreśla to jeden z przedstawicieli urzędu pracy, wskazując, że analogicznie, jak w przypadku możliwości „wysyłania” osób bezrobotnych na szkolenie, istnieje potrzeba stworzenia możliwości kierowania przez urząd pracy do doradcy-psychologa.

*Udzielamy informacji o możliwościach szkoleń, o jakichś fundacjach, stowarzyszeniach; również o możliwości wsparcia psychologicznego, ale my nie mamy możliwości wysłać na badania psychologiczne czy terapię psychologiczną – to nie są nasze kompetencje. A psycholog by się przydał. (...) wielu ludzi ma potrzebę i mówią, że skorzystaliby chętnie, a zwłaszcza, gdyby pomoc była bezpłatna. (...) Ja myślę, że zainteresowanie by było; tylko czy to jest faktycznie miejsce na to...*

Powyższy cytat potwierdza ograniczenia formalne dla świadczenia usług. Umożliwienie urzędowi pracy kontraktowania tego typu usług wymaga zmian w Ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Oddzielnym, lecz bardzo ważnym aspektem wsparcia psychologicznego, podkreślanym przez wielu rozmówców, jest pomoc dla rodziny, szczególnie w momencie wystąpienia kryzysu - pojawienia się niepełnosprawności: narodzin niepełnosprawnego dziecka lub nagłego wypadku skutkującego niepełnosprawnością członka rodziny.

*Uważam, że w tym miejscu, gdzie rodzina nagle spotyka się z taką nowiną, (...) natychmiast powinna się pojawić pomoc psychologiczna (...) i objąć opieką całą rodzinę. Nie tylko samą osobę, która ulega wypadkowi. W tym momencie zapobiega się też takim poważnym zmianom, które w późniejszym czasie izolują tę osobę. Jeśli rodzina nie dostanie takiej pomocy w momencie, w którym rodzi się niepełnosprawne dziecko, to rodzina żyje w przekonaniu, że to dziecko jest gorsze.*

Niedostateczna skala takiego wsparcia powoduje, że rodzinie trudno jest samodzielnie poradzić sobie z trudną, stresującą sytuacją. Rozmówca w cytowanej wypowiedzi podkreśla możliwy negatywny wpływ nieprzygotowanej rodziny na pojawienie się osoby niepełnosprawnej, szczególnie dziecka. W tym kontekście pomoc psychologiczna powinna stanowić jeden z elementów wczesnej interwencji, czyli opieki nad małymi dziećmi wykazującymi zaburzenia rozwoju, ukierunkowanej także na wsparcie całej rodziny.

Niestety, zdaniem ekspertów, w obecnym systemie istnieje luka: pomoc psychologiczna nie jest dostępna w tym pierwszym, krytycznym okresie zetknięcia się z niepełnosprawnością. Rodziny są przeważnie zajęte poszukiwaniem pomocy lekarskiej i bywa, że nie zdają sobie sprawy z tego, że potrzebują także wsparcia

psychologicznego czy terapii. Uczestnicy paneli zwracali uwagę, że tego typu pomoc psychologiczna powinna być zapewniona w „miejscu pierwszego kontaktu” – bardzo często jest to szpital lub lekarz.

*Ale tutaj chodzi o to, że jakby [ważne jest] wspieranie tej rodziny od pierwszych dni. Że ta niepełnosprawność rodzi się, jakby więc objąć tę rodzinę wsparciem od samego początku. Żeby ona nie była pozostawiona sama sobie i żeby nie zastanawiała się gdzie, co, po co i tak dalej. Wiem, że dostęp do specjalistów jest bardzo ograniczony. Wiem, że z terenów wiejskich oni [rodziny osób niepełnosprawnych] pokonują odległości ponad kilku godzin. To jest kawał drogi. To jest wyprawa całodzienna z wyżywieniem, ze wszystkim dla dziecka. Więc w miejscu, na terenie powiatu, jak najbardziej konieczne są takie instytucje, które by wspierały rodzinę od samego początku.*

*Uważam, że takie stanowiska powinny być już na miejscu, w szpitalu.*

Za tą wypowiedzią, jak i innymi podobnymi formułowanymi w trakcie paneli eksperckich, kryje się przekonanie, że system wsparcia osób niepełnosprawnych, w tym szczególnie rodziny, powinien być zintegrowany i obejmować współdziałanie różnych instytucji – nie tylko tych wyspecjalizowanych w pomocy osobom niepełnosprawnym, ale również innych, świadczących usługi społeczne czy medyczne. W tym rozumieniu jednostka ochrony zdrowia, podobnie jak szkoła czy też policja, powinna być „punktem wejścia” do systemu – służby te powinny „przekierować” osobę czy jej rodzinę lub przekazać informację o niej do odpowiedniej instytucji. W praktyce jednak tak się nie dzieje, szczególnie dużo negatywnych opinii padło na temat postaw lekarzy i placówek zdrowia, które nie są zainteresowane współpracą z innymi jednostkami.

Jedna z uczestniczek wywiadu zwróciła uwagę na potrzebę zapewnienia wczesnej interwencji, w szczególności świadczonej w domu, u rodziny objętej wsparciem. Pozwala to na nauczenie członków rodziny radzenia sobie z niepełnosprawnością w ich naturalnym otoczeniu. Wymaga to jednak od pracowników instytucji wsparcia pracy „w terenie”, poza siedzibą danej instytucji, co nie zawsze jest możliwe:

*Tak naprawdę wczesna interwencja, jeśli chodzi o dzieci niepełnosprawne jest najbardziej adekwatna w domu, u tego dziecka. Dlatego, że jak się rodzi dziecko niepełnosprawne, (...) [rodzina] ma takie prozaiczne problemy w życiu codziennym. [Potrzebne jest] pójście do niej do domu i zajęcie się rehabilitacją w domu, pokazanie mu [rodzicowi] jak to dziecko obsłużyć, co robić.*

Wspieraniu rodziny w trudnych sytuacjach służyć mają rozwiązania wprowadzone na mocy Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej<sup>3</sup>, w tym szczególnie usługi asystenta rodziny, czyli osoby pracującej z rodziną w miejscu jej zamieszkania (lub innym wskazanym przez rodzinę), pomagającej jej pokonać problemy socjalne, psychologiczne, wychowawcze, zawodowe i inne utrudniające normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Instrument ten jednak funkcjonuje zbyt krótko, aby możliwa była ocena jego adekwatności. Trudno też ocenić skalę jego dostępności.

Ponadto pomoc psychologiczną dzieciom i młodzieży, a także ich rodzinom, zobowiązane są świadczyć poradnie psychologiczno-pedagogiczne, których funkcjonowanie regulowane jest przez Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych<sup>4</sup>. Ograniczeniem jest jednak niedostateczna skala działania poradni, co wynika m.in. z niedostatecznych zasobów. Pewną barierą może też być brak wiedzy o ofercie poradni wśród rodzin dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Co jednak najważniejsze – poradnie kierują swoją ofertą do pewnego segmentu osób niepełnosprawnych i ich rodzin – dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym i ich najbliższych. Nie obejmują swoją pomocą rodzin, w których urodziło się dziecko niepełnosprawne, jak też dorosłych niepełnosprawnych, ani ich otoczenia.

Jak zatem widać, w polskim porządku prawnym i instytucjonalnym funkcjonują rozwiązania mające zapewnić rodzinie wsparcie w trudnej sytuacji. Równocześnie praktycy oceniają, że potrzeby osób niepeł-

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. Nr 0, poz. 135 ze zm.)

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. 2013 nr 0 poz. 199)

---

nosprawnych, a szczególnie ich rodzin, nie są w tym zakresie zaspokojone. Wskazywać to może na nieadekwatność istniejących rozwiązań, słabość instytucjonalną funkcjonujących struktur oraz zbyt małą skalę świadczonego wsparcia, w tym przede wszystkim na ograniczony zasięg wczesnej interwencji oraz wsparcia rodzin i opiekunów osób niepełnosprawnych.

### **Wsparcie dla rodziny**

We wcześniejszym fragmencie raportu zostało omówione znacznie rodziny. Wśród uczestników panował konsensus co do tego, że to rodzina w pierwszej kolejności powinna być odpowiedzialna za opiekę nad osobą niepełnosprawną. Z drugiej strony, aby mogła wypełnić tę rolę, często potrzebuje specjalistycznego wsparcia. Potrzeba ta obejmuje pomoc psychologiczną i wczesną interwencję, o których była mowa wcześniej. Istotne jest również przygotowanie rodziny do radzenia sobie w sytuacji konieczności stałej opieki nad osobą niepełnosprawną.

Funkcji takiej na pewno nie spełniają, zdaniem ekspertów, opiekunki świadczące usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze w domu osoby niepełnosprawnej – są to osoby przygotowane zazwyczaj do wypełnienia prostych zadań dotyczących czynności dnia codziennego i nie zawsze posiadają wystarczające kompetencje, aby pracować z rodziną.

*Opiekunowie dochodzący środowiskowi (...) traktują tę pracę na zasadzie, że się idzie na 2-3 godziny odbębnić swoje, jak się nie pokaże [tej osobie] co i jak ma zrobić, to po prostu nie robi tego.*

Opiekunowie osób niepełnosprawnych nierzadko stają wobec konieczności zapewnienia stałej opieki. Ogranicza to ich aktywność zawodową i społeczną. Także w sytuacjach losowych pojawia się problem zapewnienia opieki osobie niepełnosprawnej. Rozmówcy zwrócili uwagę w tym kontekście na brak ośrodków wsparcia całodobowego.

*U nas nie ma w ogóle ośrodka wsparcia dla osób niepełnosprawnych w godzinach popołudniowych. (...) Do godziny 15 jest. A popołudniu nie ma nic. Ani jednego noclegu. No w przypadku krytycznym ci ludzie nie umieją sobie naprawdę poradzić. (...) Czy choroba na przykład czy nagły wyjazd rodzica takiej osoby. Ci rodzice są bardzo uwiązani tymi dziećmi.*

Zwracano jednak uwagę na fakt, że skorzystanie z usług placówek opieki całodobowej (jak np. domy pomocy społecznej) powinno być rozwiązaniem ostatecznym, a pożądane jest wdrażanie takich rozwiązań, dzięki którym możliwe będzie jak najdłuższe pozostawanie osoby niepełnosprawnej w domu - w jej własnym środowisku, np. zapewnienie miejsc pobytu czasowego, w których możliwe jest przebywanie osoby zależnej pod profesjonalną opieką w czasie leczenia, pobytu w szpitalu, wypoczynku opiekuna.

*Także powinna być możliwość takich przejściowych ośrodków. A ewentualnie w miejscach, gdzie by było możliwe, to zorganizować kilka noclegów, że w przypadkach awaryjnych, żeby ta osoba mogła na 2-3 noclegi zostać.*

*Ja uważam, że osoba w starszym wieku, czyli jeszcze sprawna fizycznie i umysłowo i przebywa w środowisku osób, to jeszcze inaczej się czuje. Jeszcze żyje. A jeżeli nie jest w domu z dziećmi i nie ma kontaktu z innymi, to taka osoba szybciej czy starzeje się czy tam popada w jakąś tam apatię.*

*...bardzo dużo osób trafia do nas w wieku 50 lat z amputacją nogi, które by prawdopodobnie bardzo fajnie żyły i egzystowały w swoim środowisku, gdyby miały większe wsparcie instytucji pomocowych. A nie - jest problem, to od razu DPS.*

### **Rehabilitacja zdrowotna**

Jak zaznaczono wcześniej, podstawowym problemem osób niepełnosprawnych jest ich stan zdrowia. Jak pokazują badania, to właśnie niepełnosprawność definiowana jest jako podstawowa bariera aktywizacji

zawodowej.<sup>5</sup> Uczestnicy panelu skupili się na jednym z elementów rehabilitacji zdrowotnej, czyli zaopatrzeniu medycznym. W ich zgodnej opinii środki publiczne przeznaczone na ten cel są zdecydowanie niewystarczające. Stanowi to barierę dla osób niepełnosprawnych, która często jest nie do pokonania i ogranicza ich możliwość integracji społecznej i zawodowej.

*My w tej chwili stwierdzamy, że wielu niepełnosprawnych siedzi w domach, bo nie ma po prostu, nie ma możliwości wykupienia zaopatrzenia ortopedycznego.*

Kwestia ta wzbudzała wśród uczestników panelu dużo emocji. Problemy te interpretowali jako wyraz nieadekwatności polityki zdrowotnej państwa. Środki te bowiem są współfinansowane z PFRON i Narodowego Funduszu Zdrowia, co utrudnia ich koordynację. Z punktu widzenia samych osób niepełnosprawnych szczególnie problematyczne jest skomplikowanie systemu. Osobom tym, bez wsparcia z zewnątrz, trudno się w tym systemie poruszać i uzyskać świadczenia, do których są uprawnieni.

*Procedura jest taka, że od lekarza rodzinnego, który da skierowanie do specjalisty, a specjaliście Narodowy Fundusz Zdrowia, a od Narodowego Funduszu Zdrowia albo my [PCPR/MOPS], albo faktycznie najpierw jest sklep, i my na koniec. Osobie niepełnosprawnej, która nie jest zdolna do samodzielnego funkcjonowania i założymy, że nie ma wsparcia, no to trudno jest jej pokonać tą taką biurokrację.*

*Skomplikowany system, dlatego że osoba niepełnosprawna, która przyjdzie do NFZ, to nie każda osoba niepełnosprawna wie, że może się starać jeszcze z PFRON o dofinansowanie do aparatu słuchowego. Czyli nie każdy trafia do nas [do PCPR].*

Ponadto eksperci niejednokrotnie podkreślali brak współpracy sektora zdrowia z innymi sektorami, np. pomocy społecznej, co utrudnia proces rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.

*Człowiekowi amputują nogę. Lekarz zrobił swoje, zadowolony, idzie. Człowieka wsadzają do karetki i zawożą do domu. I koniec, zostaje sam. Nie ma żadnego wsparcia, nie ma żadnej pomocy, gdzie powinien iść.*

*Od pracowników pomocy społecznej wymaga się wszechstronności. My mamy wiedzieć, gdzie osobę skierować jeżeli chodzi o rehabilitację leczniczą, społeczną, zawodową, edukację. Natomiast, no powiedzmy resort zdrowia, oni zawężają swoje działanie tylko do tej własnej działki.*

Należy podkreślić, że w obecnym okresie programowania Europejski Fundusz Społeczny (EFS) obejmował kwestie zdrowia tylko w niewielkim stopniu. Jednak w projekcie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącego EFS w latach 2014-2020 jednym z priorytetów inwestycyjnych jest *aktywne i zdrowe starzenie się*. W ramach obszaru integracji społecznej wymieniony jest również priorytet inwestycyjny: *ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym*.<sup>6</sup>

Jak zatem widać, nowy okres programowania uwzględni kwestię usług opieki zdrowotnej, szczególnie w kontekście integracji społecznej i aktywnego starzenia się, co w dużym stopniu dotyczy wspierania osób niepełnosprawnych.

## Rehabilitacja zawodowa

Jednym z celów integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych jest wsparcie ich powrotu na rynek pracy. Wymaga to jednak, szczególnie w przypadku osób z wyższym stopniem i bardziej złożoną niepełnosprawnością, rehabilitacji zawodowej.

<sup>5</sup> Ł. Kutylko, P. Stronkowski, I. Wolińska, M. Zub, *Bariera i możliwości integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim*, WYG International, Warszawa 2009

<sup>6</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006, projekt z dnia 06.10.2011 r.



---

Zgodnie z zapisami Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rehabilitacja zawodowa obejmuje: diagnozę zdolności do pracy, poradnictwo zawodowe, przygotowanie do pracy, znalezienie pracy i wyposażenie stanowiska pracy, określenie środków technicznych niezbędnych do wykonywania pracy.<sup>7</sup> Wydaje się zatem, że zakres działań określonych w ustawie jest wystarczający.

Jednak, zdaniem rozmówców, wydatki ze środków PFRON w zdecydowanej większości przeznaczone są na rehabilitację społeczną, natomiast rehabilitacja zawodowa prowadzona jest w skali absolutnie nieadekwatnej do potrzeb. Wynika to z niewielkiej aktywności powiatowych urzędów pracy, które odpowiedzialne są za wydatkowanie środków PFRON na rehabilitację zawodową osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako poszukujące pracy. Instytucje te w niewielkim stopniu są zainteresowane pozyskaniem tych środków. Przedstawiała to jedna z uczestniczek wywiadu posługując się przykładem Krakowa:

*Kraków w tym roku dostał 19 mln ponad na całą rehabilitację zawodową i społeczną. Z tych 19 mln te 7,5 mln to są istniejące warsztaty terapii zajęciowej, czyli rehabilitacja zawodowa i społeczna, bo warsztaty to też jest społeczna, a grodzki urząd pracy na swoje zobowiązania zgłosił zapotrzebowanie na 700 tysięcy.*

Niestety obserwację tę potwierdzają również dostępne ogólnopolskie dane na temat wydatków powiatów na rehabilitację osób niepełnosprawnych finansowaną z PFRON. W roku 2011 wydały one na rehabilitację zawodową ok. 10% wszystkich środków PFRON, którymi dysponowały, a ponad 90% przeznaczonych zostało na rehabilitację społeczną. Należy przy tym zaznaczyć, że ok. 2/3 tej kwoty zostało przeznaczonych na wsparcie warsztatów terapii zajęciowej, gdzie łączona jest rehabilitacja społeczna i zawodowa.<sup>8</sup>

Wydatki na rehabilitację zawodową przeznaczone były głównie na dofinansowanie wyposażenia stanowiska pracy oraz dofinansowanie rozpoczęcia działalności gospodarczej przez osobę niepełnosprawną – łącznie stanowiły 80% wszystkich wydatków na rehabilitację zawodową, podczas gdy wydatki na instrumenty i usługi rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu oraz szkolenia osób niepełnosprawnych wyniosły 18%. Pełen obraz wydatków na aktywizację zawodową powinien uwzględniać również dane na temat wydatków z Funduszu Pracy i EFS, co jednak wykracza poza zakres niniejszej analizy. Należy jednak podkreślić, że skala środków przeznaczonych na rehabilitację zawodową osób niepełnosprawnych oceniana była przez ekspertów jako zdecydowanie zbyt niska – ich zdaniem utrudnia to faktyczny powrót na rynek pracy tych osób.

Jednym z powodów niskiego poziomu wydatków na rehabilitację zawodową może być rozdzielenie zadań związanych z rehabilitacją między powiatowy urząd pracy, który jest odpowiedzialny za rehabilitację zawodową, a powiatowe centrum pomocy rodzinie, które jest odpowiedzialne za rehabilitację społeczną. Uczestnicy wywiadów wskazywali na dobrą współpracę między oboma instytucjami, dotyczyła ona jednak raczej podziału środków. Potwierdza to poniższa wypowiedź przedstawiciela powiatowego centrum pomocy rodzinie:

*U nas to jest tak, ponieważ my potrzebujemy bardzo dużo pieniędzy na rehabilitację społeczną, a współpracę z urzędem pracy mamy bardzo dobrą, oni idą nam na rękę i oni nas pytają: „ile możemy mieć pieniędzy w tym roku?”. Tak, że akurat tu, gdyby na przykład poprosili o 3 razy tyle, też by wykorzystali te pieniądze. Tylko, że z kolei kierują się naszymi potrzebami i dają nam pierwszeństwo. Tak to wygląda u nas.*

Przedstawicielka instytucji pomocy społecznej z innego powiatu wskazywała, że środki, którymi dysponuje powiatowy urząd pracy, pomimo ogromnych potrzeb, są niewykorzystywane. Jako jedną z przyczyn podaje unikanie przez te instytucje pracy z trudnym klientem:

*Nie wiem, z czego to wynika. Czy to jest strach urzędu pracy przed realizacją tych zadań, to są ciężkie zadania. No nie wiem.*

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 ze zm.), art. 8

<sup>8</sup> PFRON, Zbiorcze zestawienie realizacji zadań przez samorządy powiatowe w 2011 r.

Współpraca pomiędzy instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy oceniana jest różnie w różnych powiatach, jednak w niewielkim stopniu obejmuje systematyczne podejście do zarządzania pojedynczym przypadkiem (*case management*), polegające na uzgadnianiu między oboma instytucjami wsparcia dla konkretnej osoby już na etapie diagnozowania i planowania. Wskazuje to na konieczność zdecydowanie silniejszego zintegrowania działania obu typów instytucji.

Rehabilitacja zawodowa jest szczególnie istotna w pierwszym okresie niepełnosprawności, jeżeli dotyka ona osoby dorosłe. Dostarczenie na tym etapie odpowiedniego wsparcia może ograniczyć ryzyko pojawienia się negatywnych konsekwencji niepełnosprawności i wydłużonej bierności zawodowej. Potwierdzają to również analizy doświadczeń innych krajów, prowadzone przez OECD, zgodnie z którymi dopasowane wsparcie powinno być oferowane jak najwcześniej, jak tylko dana osoba stanie się niepełnosprawna, i powinno obejmować pomoc w poszukiwaniu pracy, rehabilitację i szkolenia. W niektórych krajach, takich jak Niemcy czy Szwecja, funkcjonują systemy wczesnego wsparcia „w pracy”, w innych krajach działają też rozwiązania obejmujące wypłatę zasiłków w okresie rehabilitacji.<sup>9</sup>

Podobne rozwiązanie funkcjonuje w Polsce. Jest to renta szkoleniowa – świadczenie przyznawane przez lekarza orzecznika ZUS w przypadku stwierdzenia zasadności przekwalifikowania zawodowego. Świadczenie to jest przyznawane na okres 6 miesięcy, a w uzasadnionych wypadkach może być wypłacane przez kolejne 6. Okazuje się jednak, że skala wykorzystania tego instrumentu jest niewielka. Co więcej, urzędy pracy, do których trafiają osoby z takim orzeczeniem, mają trudności z zaoferowaniem im najbardziej adekwatnego wsparcia.

*[...] ale w większości tych przypadków to jednak lekarz odmawia [przyznania renty szkoleniowej]... Ja miałam kiedyś pana, który miał problem wzrokowy. Niepełnosprawność: stracił wzrok. Pan pracował fizycznie całe życie i tak (...) albo szkolenia komputerowe – ten pan w tym kierunku działalności biurowej absolutnie nie miał predyspozycji – albo kursy masażu – ten pan nie miał też do tego ani predyspozycji, ani zainteresowania i było bardzo trudno ustalić i wszystko co ja mu proponowałam w obszarze jego zainteresowań zawodowych – lekarz odrzucał. I ten pan wrócił ponownie do ZUS.*

W zacytowanej wypowiedzi uderza z jednej strony bezradność pracownika urzędu pracy, z drugiej strony próba wykorzystania sprawdzonych wcześniej, standardowych ścieżek działania – osoba niewidząca „równa się” szkolenia komputerowe, praca biurowa lub masaż. Oba podejścia okazały się nieskuteczne, co skończyło się niepowodzeniem rehabilitacji zawodowej. Jednak w trakcie wywiadów pojawiały się również pozytywne przykłady:

*Miałam kiedyś takiego pana, który pracował jako mechanik samochodowy. Już nie pamiętam, jaka była jego niepełnosprawność, ale ja go skierowałam na diagnostyka samochodowego i lekarz mu to przyznał. Czyli to było w jego branży, ale już stan zdrowia mu pozwalał i to było super - ale takie przypadki są bardzo rzadkie.*

W obu przywołanych wypowiedziach widoczne są wyzwania, jakie wiążą się z rehabilitacją zawodową osób niepełnosprawnych – ich stan zdrowia jest czynnikiem determinującym w dużym stopniu skuteczność całego procesu. Oznacza to, że osoby te potrzebują być może więcej czasu i uwagi niż inne kategorie osób bezrobotnych i poszukujących pracy, a także bardziej zindywidualizowanego podejścia. Jednak urzędy pracy nie dysponują odpowiednimi zasobami i oferują raczej zestandaryzowane wsparcie, które w przypadku osób o większych trudnościach może okazać się niewystarczające. Przykład takiego podejścia zaprezentowała przedstawicielka urzędu pracy:

*U nas nie ma tak, że ktoś jest naszym klientem i przez rok co miesiąc do nas przychodzi, czy co 2 tygodnie. U nas porada trwa 3-4 spotkania i koniec - i te osoby może po pół roku wrócą jeśli faktycznie nie znajdą pracy ale to, co jesteśmy mu w stanie [zaoferować] to 3-4 spotkania, bo tyle trwa proces doradczy.*

<sup>9</sup> OECD, *Disability Programmes in need of reform*, Policy brief, 2003

---

W tym miejscu należy również podkreślić, że nie można oczekiwać, że każda osoba niepełnosprawna jest zdolna do podjęcia jakiegokolwiek zatrudnienia. Część osób, szczególnie niepełnosprawnych intelektualnie, nigdy nie będzie mogła pracować, nawet na chronionym rynku pracy.

*Przychodzi taki moment, że się widzi, że nie każdy pójdzie do pracy. Teraz jest taka moda, by wszystkich niepełnosprawnych wypuścić na rynek pracy. To nie jest prawda – nie każdy sobie radzi. Wcale osoby niepełnosprawne nie mają takiej wydajności jak sprawny pracownik – oczywiście nie mówię o niepełnosprawności ruchowej, bo tu jest całkiem inaczej. Ja mam doświadczenia z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie czy chorującymi psychicznie.*

*Odejdźcie od aktywizacji zawodowej. Nie każda osoba niepełnosprawna będzie miała szansę pójścia na rynek pracy – nie oszukujmy się. Dla części osób niepełnosprawnych sukcesem jest to, że na przykład: wsiądną do tramwaju numer 50, który przyjechał – otworzą się drzwi i tam sobie wsiądną – a nie zostaną na przystanku i będą krzyczeć.*

*Poza tym w nowym okresie programowania to myślę sobie życzeniowo bardzo, że ja bym chciała, by skończyła się moda na aktywizację zawodową. Ponieważ teraz jest moda, że się wszystkich zaktywizuje zawodowo i każdy projekt wymaga wskaźnika. Jeśli jest to projekt na aktywizację, to super, że wymaga wskaźnika, bo my jednak musimy się wykazać efektywnością, ale zapominamy o tym, że jest gro ludzi – ja dzisiaj byłam na takim spotkaniu w ośrodku wsparcia dla ludzi z głęboką, wieloraką niepełnosprawnością, które nigdy nie pójdą na rynek pracy; więc nie da ich się wciągnąć do projektów. Nie mogą być w środowiskowych domach samopomocy, bo tam jest dotacja jest 900 PLN na osobę, a one wymagają wsparcia 1 na 1 czyli ta dotacja musi być na poziomie 2-2,5 tysiąca złotych na osobę. Nie mogą być w warsztacie terapii zajęciowej, bo pan tutaj nie powiedział, że warsztat terapii zajęciowej – oprócz rehabilitacji społecznej wymaga aktywizacji zawodowej – czyli efektem powinno być to, że uczestnik w którymś tam momencie pójdzie na rynek pracy – a nie idzie prawie żaden.*

Powyższa wypowiedź porusza jeszcze jeden, bardzo ważny wątek związany z systemem rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce: poszczególne instytucje nie spełniają odpowiednio swojej roli i jednocześnie, jak wykazały wywiady, również osoby pracujące w tych instytucjach bądź blisko z nimi związane błędnie postrzegają te role. Ta kwestia bardziej szczegółowo została omówiona poniżej.

### **Aktywność gospodarcza – ekonomia społeczna**

Ważnym aspektem aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych może być łączenie działalności gospodarczej z realizacją celów społecznych, czyli wykorzystanie ekonomii społecznej. Należy przy tym dodać, że cały czas toczy się dyskusja na temat zakresu pojęciowego ekonomii społecznej. W praktyce poszczególne instytucje wypracowują swoje podejście, adekwatne do celów, które są przed sektorem ekonomii społecznej stawiane. Niewątpliwie do tego sektora można zaliczyć zakłady aktywności zawodowej, jak również spółdzielnie inwalidów i osób niewidomych, spółdzielnie pracy, spółdzielnie socjalne, organizacje pozarządowe prowadzące działalność gospodarczą lub odpłatną statutową, spółki non-for profit. Niektórzy badacze i eksperci optują również za włączeniem do tego sektora takich podmiotów jak centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej czy też warsztaty terapii zajęciowej, co znalazło odzwierciedlenie na gruncie dokumentów PO KL 2007-2013. W panelach wzięło udział kilku przedstawicieli tego typu podmiotów.

W polskim systemie wspierania osób niepełnosprawnych funkcjonują wyspecjalizowane instytucje, które mają organizować rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych. Zgodnie z zapisami art. 10a Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, *warsztat terapii zajęciowej jest wyodrębnioną placówką stwarzającą osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwości rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskiwania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia*<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej..., op. cit., art. 10a



Celem warsztatu jest więc przygotowanie osoby niepełnosprawnej do funkcjonowania na rynku pracy. Teoretycznie osoby niepełnosprawne powinny, po zakończeniu rehabilitacji, opuścić warsztat i przejść do pracy na rynku chronionym lub, jeśli rehabilitacja zakończyła się niepowodzeniem, wrócić do instytucji świadczących usługi środowiskowe.

W praktyce jednak osoby niepełnosprawne latami trwają w warsztatach terapii zajęciowej i stosunkowo niewielu z nich wychodzi z takich placówek na otwarty rynek pracy. Jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli na temat warsztatów terapii zajęciowej, uzyskują one efektywność zatrudnieniową na poziomie 3%.<sup>11</sup>

*A: Wypuścił pan jakiegoś uczestnika na rynek pracy?*

*B: Na razie nie, bo się obawiam, bo gdyby miało dojść do tego momentu - co dalej jak przerwie pracę po roku – dwóch – fajnie, ale dla nas to jest problem, bo on już nie może tak sobie wrócić...*

*C: Do WTZ nie może?*

*B: Nie może, bo w jego miejsce ktoś wchodzi i on przyjmowany jest już na zupełnie nowych warunkach.*

*A: Ale już nie powinien wrócić, moim zdaniem, ponieważ system w Polsce jest tak skonstruowany, że najniższy ośrodek dla osób niepełnosprawnych – środowiskowy dom samopomocy – on ma dawać wsparcie środowiskowe. Potem jest warsztat terapii zajęciowej; czyli ci, którzy w ŚDS-ach są lepsi i się wybijają i rokuje, że pójdą do pracy, powinni iść do tego warsztatu terapii zajęciowej, a potem teoretycznie są zakłady aktywności zawodowej i jakieś inne formy. Pomiędzy tym są te projekty aktywizacji zawodowej, które wyprowadzają na rynek pracy.*

*C: Jeszcze są CIS-y, KIS-y*

*A: Oczywiście, ale one są wyżej. I jeśli ktoś nie poradzi sobie na którymś poziomie to – moim zdaniem – powinien spaść do tego podstawowego poziomu czyli środowiskowego domu samopomocy.*

Tak niska skuteczność tych instytucji wynika m.in. z charakterystyki osób, które do nich trafiają. W dużym stopniu są to osoby z bardzo poważną niepełnosprawnością, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. W tym przypadku warsztaty terapii zajęciowej pełnią funkcje opiekuńcze wobec tych osób, umożliwiając podjęcie jakiegokolwiek aktywności ich opiekunom. Wynika to z kilku powodów. Niewątpliwie jest to efekt presji rodziców, którym zależy na umieszczeniu dzieci w jakiś instytucjach. Jest to też efekt podejścia do orzecznictwa w zespołach ds. orzekania o niepełnosprawności. Postrzeganie warsztatów jako instytucji świadczącej usługi opiekuńcze ilustruje poniższy cytat:

*Środowiskowe domy samopomocy, warsztaty zajęciowe i ośrodki wsparcia dla osób niepełnosprawnych są między innymi po to, by rodzina jak najdłużej mogła pełnić tę funkcję opiekuńczą w stosunku do tej osoby, bo jak osoba idzie sobie do takiego ośrodka na 8 godzin dziennie, to rodzina jest w stanie odpocząć albo być aktywna zawodowo.*

Potwierdza to wypowiedź innego uczestnika panelu, przedstawiciela warsztatu terapii zajęciowej założonego głównie z inicjatywy rodziców dzieci autystycznych:

*(...) te osoby po szkole (...) nie mają gdzie się dalej podziać. Zawsze pytanie rodziców było: i co dalej? (...)*

Zdaniem rozmówcy osoby niepełnosprawne świetnie funkcjonują w warsztacie. Niemniej pytanie: „co dalej?” dla rodziców tych dzieci nie przestało być aktualne.

<sup>11</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *Działalność i finansowanie warsztatów terapii zajęciowej w województwie wielkopolskim*, Warszawa, listopad 2012

Inny problem, na który napotykają warsztaty terapii zajęciowej, to brak instytucji, do której mogłyby osoby uczestniczące w warsztatach przechodzić – zarówno w przypadku powodzenia, jak i niepowodzenia rehabilitacji. Z jednej strony jest niedostateczna liczba instytucji świadczących dzienne usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych, a dodatkowo osoby prowadzące te warsztaty podkreślają emocjonalne przywiązanie osób niepełnosprawnych do miejsca.

*A: (...) moim zdaniem taka osoba byłaby wtedy bardzo pokrzywdzona [gdyby musiała wyjść z WTZ], bo skoro już tyle lat jest w tym warsztacie, ona może przynajmniej się nie rozwija, ale nie cofa.*

*B: Integruje się.*

*A: To już i tak jest bardzo duży sukces dla tej osoby. I dla nas.*

Widoczna jest pewna racjonalizacja osób prowadzących warsztaty terapii zajęciowej. Być może dotyczy to również samych osób niepełnosprawnych. Wyjście z warsztatów jest czynnikiem stresogennym, odbieranym jako kara.

Z drugiej strony, nawet w przypadku sukcesu rehabilitacji zawodowej, osoby te nie mają gdzie iść. Istnieje zdecydowanie zbyt mała liczba miejsc w zakładach aktywności zawodowej. W roku 2011 w województwie małopolskim działało 5 zakładów tego typu, w których pracowało 165 osób, a łączna kwota dofinansowania ich ze środków PFRON wyniosła niemal 7 mln zł. Celem funkcjonowania zakładów aktywności zawodowej jest przygotowanie osób niepełnosprawnych do funkcjonowania na otwartym rynku pracy. Cel funkcjonowania jednej z takich instytucji przedstawia poniższy cytat ze strony internetowej:

*Celem ZAZ jest zatrudnianie osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności, a także poprzez rehabilitację zawodową i społeczną, przygotowania ich do życia w otwartym środowisku oraz pomocy w realizacji pełnego, niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia na miarę ich indywidualnych możliwości.*

Niestety, skuteczność zakładów aktywności zawodowej w wyprowadzaniu osób niepełnosprawnych na otwarty rynek jest również stosunkowo niska. W przypadku podmiotu, z którym prowadzony był wywiad, udało się wyprowadzić jedną osobę od początku jego działalności. Jak tłumaczy to przedstawiciel tej instytucji, wynika to przede wszystkim z braku chęci samych beneficjentów: bywa, że zakłady aktywności zawodowej nie są więc etapem na ścieżce rozwoju, a „spokojną przystanią”. Zakład aktywności zawodowej jest przyjaznym środowiskiem pracy, a praca w nim wiąże się z dodatkowymi benefitami, tj. usługami rehabilitacyjnymi czy możliwością korzystania z Funduszu Aktywności Zawodowej.

*(...) my musimy mieć pewność że tam, gdzie odejdzie będzie miał lepiej [niepełnosprawny pracownik]. A tu: pracuje wśród swoich osób, w grupie – tutaj jedną z kar jest konieczność pójścia na urlop – proszę sobie wyobrazić – on nie chce iść na urlop.*

Istnieje zatem potrzeba włożenia pracy w integrację systemu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, zapewnienie jego drożności i możliwości osiągnięcia postawionych przed nim celów. Pewnym wsparciem mogą być np. spółdzielnie socjalne osób prawnych zakładane przy warsztatach terapii zajęciowej, gdzie trafiałyby ich podopieczni. Takim rozwiązaniem jest zainteresowany przedstawiciel jednego z warsztatów biorący udział w panelu, który przedstawiając plany na kolejny rok mówił o zamiarach utworzenia spółdzielni socjalnej oraz ośrodka wsparcia dla osób niepełnosprawnych – co rozwiązywałoby od pewnego stopnia niedrożność istniejącego systemu:

*Głównym celem naszych warsztatów jest w tej chwili rehabilitacja zawodowa naszych uczestników. Mamy 30 uczestników i (...) ponieważ nie mamy nic wokół tych warsztatów stworzone, będziemy się starali, żeby stworzyć spółdzielnię socjalną. To jest takim głównym naszym zadaniem na ten rok. Jak również myślimy o ośrodku wsparcia dla osób niepełnosprawnych.*

Model zakładania przy warsztatach terapii zajęciowej spółdzielni socjalnych osób prawnych<sup>12</sup> testowany jest obecnie w województwie wielkopolskim w ramach projektu pt. „Innowacyjny model aktywizacji zawodowej uczestników WTZ”<sup>13</sup>, realizowanym m.in. przez ROPS w Poznaniu.

Jak wynika z prowadzonych wywiadów, kluczem do sukcesu przedsiębiorstwa społecznego jest trafne zdefiniowanie obszaru jego działalności gospodarczej, co musi uwzględniać popyt rynkowy, jak i możliwości osób niepełnosprawnych pracujących w takim podmiocie. Tak to przedstawia jedna z uczestniczek panelu, reprezentująca spółdzielnię socjalną:

*W ramach działalności nieodpłatnej zajmujemy się promowaniem twórczości osób niepełnosprawnych, a w ramach działalności odpłatnej prowadzimy działalność gospodarczą. Miedzy innymi drukujemy kartki okolicznościowe na przykład na święta Bożego Narodzenia: firmy duże, korporacje, mniejsze firmy zamawiają u nas kartki z logo. My mamy kontakty z kilkoma drukarniami i zajmujemy się organizowaniem, koordynowaniem tych zamówień.*

Spółdzielnia zatrudnia pięć osób, z tego trzy są niepełnosprawne. Funkcjonuje od dwóch lat i ma zamiar dalej się rozwijać, budując przede wszystkim kontakty z klientami biznesowymi. Warto zaznaczyć, że spółdzielnia ta powstała bez dotacji ze środków publicznych. W tym przypadku wybór obszaru aktywności gospodarczej okazał się trafny – wiele firm jest w stanie zapłacić nieco więcej za kartki świąteczne, mając poczucie, że tym samym wspiera pracę osób niepełnosprawnych.

W trakcie panelu doświadczenia spółdzielni socjalnej bardzo zainteresowały przedstawiciela warsztatu terapii zajęciowej – dopytywał się o zasady pracy, możliwości dofinansowania, kategorie osób uprawnionych do założenia spółdzielni. Pomimo, że osoba ta od wielu lat zajmuje się wspieraniem osób niepełnosprawnych, to niewiele o tej formie działalności wiedziała – co może pokazywać, że jest potrzeba prowadzenia dalszych działań informacyjnych i promocyjnych dotyczących ekonomii społecznej. Osoba ta była bardzo tymi doświadczeniami zaintrygowana – co może potwierdzać postawioną powyżej tezę o szansie, jaką spółdzielnie socjalne mogą tworzyć dla warsztatów terapii zajęciowej. Z kolei uczestnik panelu reprezentujący spółdzielnię inwalidów posiadającą status zakładu pracy chronionej zwraca uwagę na trudną sytuację jego pracowników, osób niepełnosprawnych umysłowo, spośród których część wymaga niemal indywidualnego wsparcia. Jak twierdził ekspert, zakład ten ma dosyć poważne trudności finansowe i prawdopodobnie zostanie zlikwidowany w kolejnym roku. Pozostaje otwarte pytanie, w jakim stopniu spółdzielnia inwalidów powinna być miejscem rehabilitacji osób niepełnosprawnych i czy powinny tam trafiać osoby, które są w praktyce niezdolne do pracy. Zgodnie z logiką systemu, takie osoby powinny trafić najpierw do warsztatu terapii zajęciowej, a dopiero w dalszej kolejności do zakładu pracy chronionej.

*Jak nie mam wysokich wyników ekonomicznych, to PFRON nie da mi dofinansowania dla osoby niepełnosprawnej. No to skąd ja będę miał [pieniądze] skoro mi ograniczyli dofinansowanie? Do 75 procent. Czyli każda osoba niepełnosprawna powinna wypracować 25 procent. A jak ona przychodzi do nas tylko po to, żeby się rehabilitować? Są takie osoby, które nic nie będą robić, bo nie umieją nic zrobić. Ona przychodzi, ma u nas dozór i opiekę. On 8 godzin przesiedzi i szczęśliwy się czuje, że u nas jest.*

Równocześnie niektórzy z ekspertów stosunkowo krytycznie oceniali skuteczność instrumentu, jakim jest dofinansowanie kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Niektórzy z nich, w tym szczególnie przedstawiciele urzędów pracy, zwracali uwagę, że część firm traktuje go jako narzędzie wzmacniania pozycji konkurencyjnej firmy. Takie firmy poszukują osób posiadających możliwie wysoki poziom orzeczonej niepełnosprawności, a równocześnie możliwie sprawnych.

*Są pracodawcy, którzy już się nauczyli, że oni przychodzą [do urzędu pracy] po refundację. I nawet nie mając [zakładu] pracy chronionej, oni są już po prostu przyzwyczajeni, że raz skorzystali z zatrudnienia*

<sup>12</sup> Zgodnie z Ustawą z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 94, poz. 651 ze zm.), osobami prawnymi, które mogą założyć spółdzielnię socjalną są: organizacje pozarządowe w rozumieniu przepisów o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie lub jednostki samorządu terytorialnego i kościelne osoby prawne.

<sup>13</sup> <http://www.spoldzielnie.org/project,23>

---

*osoby niepełnosprawnej, dostali za to jakieś pieniądze i przychodzą i chcą osobę niepełnosprawną, ale żeby była pełnosprawna w pracy.*

Przytoczone kontrowersje pokazują wyraźnie, jakie wątpliwości wiążą się z funkcjonowaniem zakładów pracy chronionej. Generalne zastrzeżenie dotyczy adresowania wsparcia do niewłaściwych osób. W jednej spółdzielni są to osoby o zbyt dużym poziomie niepełnosprawności i w tym przypadku spółdzielnia nie jest w stanie zarobić na swoje utrzymanie, w przypadku innych przedsiębiorstw zatrudniane są osoby możliwie zdrowe, aby poprawić pozycję konkurencyjną firmy.

Porównanie zaprezentowanych modeli przedsiębiorstwa społecznego pokazuje, że prowadzenie tego typu przedsięwzięcia z zaangażowaniem osób niepełnosprawnych napotyka na dwa rodzaje trudności: związane z pracą z osobą znajdującą się w trudnej sytuacji, a także znalezieniem niszy rynkowej i wybraniem właściwej strategii marketingowej.

Należy dodać, że część osób niepełnosprawnych zakłada własną działalność gospodarczą. Niewątpliwie nie jest to rozwiązanie dla każdej osoby niepełnosprawnej, jednak część osób, która stała się niepełnosprawna z wiekiem, a posiada wysokie kompetencje, może odnieść w takiej działalności sukces. Mówi o tym przedstawiciel urzędu pracy:

*Jeżeli są to osoby kreatywne i mówią od samego początku, że mają doświadczenie zawodowe, mają bagaż jakiś, mają kwalifikacje, ale mają problemy w znalezieniu pracy na rynku, to staramy się np. podpowiedzieć, czy nie otworzyłyby swojej działalności gospodarczej. I bardzo często bywa tak, że te osoby niepełnosprawne otwierają, obserwujemy, że starają się o różnego rodzaju dotacje czy dofinansowania, otwierają swoje działalności gospodarcze.*

Przykład ten jeszcze raz pokazuje, że wachlarz form wsparcia dla osób niepełnosprawnych musi być niezwykle szeroki, tak aby można było uwzględnić zróżnicowaną sytuację tych osób.

### **Trener pracy**

Jednym z instrumentów, który przynosi, zdaniem badanych, bardzo pozytywne efekty w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych jest trener pracy. W wywiadach uczestniczyły osoby reprezentujące instytucje świadczące ten rodzaj usługi. Warto w tym miejscu przytoczyć obszerny fragment wypowiedzi jednej z rozmówczyń, która szczegółowo i kompleksowo opisała zasady funkcjonowania tego instrumentu:

*Trener pracy czy model zatrudnienia wspieranego wygląda tak, że przychodzi do nas osoba niepełnosprawna; ma spotkanie z doradcą zawodowym, psychologiem, rozmawia się na temat profilu zawodowego – tego, co ta osoba może. Czasem przechodzi się jakiś cykl spotkań, szkoleń - trening umiejętności społecznych czy komunikacyjnych. Robi się z tą osobą CV i potem przydziela się trenera pracy, który ma dla niej znaleźć zatrudnienie. Więc szuka zatrudnienia konkretnie dla tego klienta. Wie, że to jest pani Małgosia, która boi się wody, ale lubi robić coś innego i mogłaby wydawać w kuchni jedzenie - ale ma problemy z chodzeniem, nie może długo stać - i tak dalej. Bardzo dobrze zna tę osobę, szuka miejsca pracy, a jak je znajdzie, to najpierw sam uczy się pracy na tym stanowisku. Jak się nauczy tej pracy – to mu zajmuje dzień, dwa, trzy – w zależności od skomplikowania stanowiska, to wprowadza na to stanowisko osobę niepełnosprawną i jest z nią na tym stanowisku do momentu, aż ona uzyska samodzielność. Czasami to jest tydzień, czasem – 3 miesiące. Czasem jest tak, że osoba jest codziennie na stanowisku pracy z tą osobą niepełnosprawną, a czasem tylko przychodzi na godzinę: przychodzi, sprawdza jak coś wygląda, pomaga coś zrobić i potem wycofuje to wsparcie, czyli jest jej coraz mniej. Oczywiście w międzyczasie wprowadza tę osobę w środowisko pracy, czyli często rozmawia z zespołem, jak tego niepełnosprawnego członka zespołu przyjąć, co mu pomóc, jak to może wyglądać w pracy, jakie może mieć trudności w tej pracy; co robić i jak sobie radzić z trudnościami i trudnymi zachowaniami. Potem wycofuje wsparcie i kontaktuje się z osobą niepełnosprawną i z pracodawcą, pyta, czy tam jest wszystko w porządku. Mamy też coś w rodzaju Klubu Pracownika, czyli oni mają klub,*

---

*gdzie spotykają się jakimiś grupami i kawę piją, robią bloga, zdjęcia, chodzą do kina – jakieś zajęcia towarzyskie...*

W przytoczonej wypowiedzi wskazuje się, że pod pojęciem trenera pracy kryje się w praktyce szereg szczegółowych instrumentów i form wsparcia. Dopiero ich połączenie pozwala na zapewnienie skuteczności. Można wyróżnić te elementy, które wydają się szczególnie istotne:

- Wielostronna diagnoza potencjału osoby niepełnosprawnej,
- Rozwijanie kompetencji społecznych,
- Rozwijanie umiejętności poszukiwania pracy,
- Przydzielenie indywidualnego trenera pracy do każdej osoby niepełnosprawnej,
- Aktywne pośrednictwo pracy wykonywane przez trenera pracy: poszukiwanie pracy dla konkretnej osoby, a nie ogólnej kategorii osób niepełnosprawnych,
- Indywidualna praca trenera pracy z osobą bezrobotną w miejscu pracy; skala wsparcia uzależniona jest od indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej,
- Praca ze środowiskiem pracy – zespołem, do którego wchodzi osoba niepełnosprawna,
- Monitorowanie sytuacji osoby niepełnosprawnej,
- Miękkie formy wsparcia po zakończeniu interwencji.

Spośród przedstawionych elementów niewątpliwie każdy jest ważny. W tym miejscu warto zwrócić szczególną uwagę na co najmniej trzy spośród wymienionych, które wykraczają poza kwestie oczywiste, a wydają się ważne z punktu widzenia zapewnienia skuteczności wsparcia. Po pierwsze – praca ze środowiskiem pracy – jest to istotny element, często pomijany lub niedoceniany w programach aktywizacji osób niepełnosprawnych. Wejście osoby niepełnosprawnej do grupy ludzi jest trudne zarówno dla tej osoby, jak i środowiska, do którego wchodzi i dla obu stron wiąże się ze stresem, obawami, niewiedzą. Przygotowanie grupy ludzi do współpracy z osobą niepełnosprawną, odpowiedź na pojawiające się pytania może zdecydowanie poprawić jakość pracy zarówno osoby niepełnosprawnej, jak i pozostałych pracowników. Zwiększa to też szanse na zintegrowanie się osoby niepełnosprawnej z grupą pracowniczą.

*(...) idąc na rozmowę z pracodawcami, pokazujemy portfolio takiej osoby – czasami filmik, by pracodawca umiał sobie wyobrazić jak ta osoba wygląda i mówimy, jakie są bariery, jak to będzie wyglądało, że możemy przygotować zespół, że my będziemy na stanowisku pracy z tym człowiekiem przez jakiś czas i umawiamy się na okres próbny.*

Drugim, ważnym elementem jest monitorowanie sytuacji osoby niepełnosprawnej. Co istotne, monitoring ten obejmuje kontakt zarówno z osobą niepełnosprawną, jak i pracodawcą, co pozwala na weryfikację uzyskiwanych informacji. Pozwala to z jednej strony poczuć się tej osobie bezpieczniej (ktoś nad nią czuwa, nie została sama w nowym, obcym miejscu), a z drugiej strony umożliwia podejmowanie szybkich kroków zaradczych jeśli pojawiają się problemy. Na ten ważny aspekt zwróciła uwagę również inna uczestniczka paneli:

*One [osoby niepełnosprawne] mogą pracować. Tylko jak mówię, odpowiednio prowadzone, prawda? Przez odpowiednie przygotowanie zawodowe, czy trenerzy do zakładu pracy czy praktyki, czy potem ewentualnie na miejscu pracy z trenerem przez jakiś czas, a potem dozorowany czy raz w tygodniu czy raz w miesiącu. Jednak żeby ten kontakt z tym trenerem był. Żeby ta osoba wiedziała, że jednak ktoś nad nim czuwa. No bo jak już trener będzie uważał, że to jest całkowicie niepotrzebne, no to on go zostawia i on pracuje.*

Trzecim ważnym aspektem jest umożliwienie osobie niepełnosprawnej kontaktu z instytucją również po zakończeniu zasadniczej części wsparcia. Ponownie zwiększa to poczucie bezpieczeństwa i stabilności. Wymienione w cytacie działania pozwalają budować również sieć kontaktów społecznych osoby niepełnosprawnej.



---

W tym kontekście należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden warunek skuteczności prowadzonych działań, zdaniem niektórych uczestników – kluczowy – jest nim ciągłość tego wsparcia. Bardzo mocno podkreślał to jeden z ekspertów reprezentujący organizację pozarządową:

*Uważam, że najważniejsza we wsparciu osób niepełnosprawnych jest ciągłość. To znaczy: bez względu na to, co my im oferujemy; czy my to oferujemy tym osobom – musimy to robić w ciągłości. Na przykład: przychodzi osoba niepełnosprawna, chce iść do pracy. My jej szukamy tej pracy, ona idzie i ona pracuje. I nie możemy jej w tej pracy zostawić nigdy. Ona zawsze będzie wymagała tego, byśmy byli gdzieś „za plecami” i co jakiś czas - może być nawet raz w miesiącu kontaktowali się z osobą, z pracodawcą i patrzyli, czy wszystko jest w porządku.*

Cytat ten wskazuje, że należy sobie uświadomić, iż duża część osób niepełnosprawnych, nawet jeśli uda im się pokonać swoje ograniczenia, zintegrować się ze społeczeństwem i znaleźć pracę, nadal będzie potrzebowała pewnej formy wsparcia. Dotyczy to szczególnie osób chorujących psychicznie czy też osób niepełnosprawnych intelektualnie, choć nie tylko. Ważne jest również, że osoby te mogą tracić pracę (podobnie jak osoby sprawne), jednak jest im trudniej wrócić na rynek pracy. W takiej sytuacji zdecydowanie bardziej skuteczna może być pomoc doradcy lub trenera, która już z tą osobą pracowała, zna ją i może zacząć od razu działać.

Ograniczenia, jakie wynikają z braku ciągłości ujawniały się w wypowiedziach samych rozmówców. Przedstawicielka urzędu pracy, gdzie realizowany był projekt pilotażowy, stwierdza, że obecnie nie może już osobom niepełnosprawnym zaoferować takiego wsparcia, jakiego potrzebują.

*Ale u nas projekt był realizowany na terenie urzędu pracy i teraz osoby, które wracają przeważnie kontaktują się ze mną albo z drugą koleżanką, która pracowała w tym projekcie, bo nas po prostu znają, ale my im nie możemy zaproponować tego samego wsparcia... (...) ja mogę jej pomóc [osobie niepełnosprawnej] w ramach mojego stanowiska – w sensie ja mogę się z nią spotkać i jej poświęcić czas, ale z nią już nie wyjdę do pracodawcy.*

Podobną obserwację miała przedstawicielka warsztatów terapii zajęciowej. Choć trenerzy pracy sprawdzają się w swojej roli, to brakuje ich nawet w podstawowych jednostkach, w których prowadzona jest aktywizacja i integracja osób niepełnosprawnych. Jeżeli udaje się zatrudnić trenera pracy, to przeważnie na czas realizowanego projektu. Po jego zakończeniu często nie ma możliwości kontynuowania pracy z trenerem, przez co jego działania pozbawione są ciągłości, której zalety podkreślono wcześniej.

Wymóg zapewnienia ciągłości stanowi bardzo poważne wyzwanie dla idei oferowania wsparcia w formie projektów, które ze swojej natury mają cel i ograniczony czas realizacji. Wynika z tego ważny wniosek dla realizatorów wsparcia – powinni nimi być przede wszystkim takie instytucje, które posiadają odpowiednią infrastrukturę i potencjał, aby zapewnić ciągłość wsparcia również poza realizowanymi projektami. Finansowanie działań tego typu instytucji powinno jednak uwzględniać również pokrycie pewnych kosztów stałych, obecnych niezależnie od realizowanego projektu.

### **Staże i inne formy subsydiowanego zatrudnienia**

Jedną z form wsparcia, która była uznawana przez ekspertów za skuteczną, były staże organizowane u pracodawców. Instrument ten pozwala, szczególnie osobom które nie miały wcześniej doświadczenia na rynku pracy, na zdobycie go. Jest to szczególnie istotne w przypadku osób młodych.

Staże, oprócz możliwości zdobycia doświadczenia zawodowego, nabycia kompetencji potrzebnych w miejscu pracy, pozwalają również na poznanie osoby niepełnosprawnej przez pracodawcę, co umożliwia przełamanie stereotypów i zwiększa szanse na zatrudnienie osoby niepełnosprawnej.

Znaczenie staży jako istotnego instrumentu integracji zawodowej podkreślają przedstawiciele ośrodków pomocy społecznej, które w swoich projektach nie mogły uwzględnić tego instrumentu<sup>14</sup>:

*Gdyby osoba miała zapewniony po szkoleniu zawodowym staż kilkumiesięczny, ona by była w siódmym niebie. Ale u nas nie ma takiej możliwości. Nie wiem czy to jest kwestia tego, że to wynika z dokumentów, czy to jest kwestia interpretacji przez poszczególnych opiekunów. W każdym razie nam nie przyznano pieniędzy na staże.*

Brak możliwości organizacji staży w ramach projektów systemowych pomocy społecznej, zdaniem ekspertów, znacząco ograniczał adekwatność wsparcia do potrzeb uczestników, jak też jego skuteczność.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że oprócz staży dostępne są w systemie inne instrumenty, uwzględniające zachęty finansowe dla pracodawców dla zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Wśród nich należy wymienić te, które może wykorzystywać powiatowy urząd pacy:

- refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w wysokości nie wyższej niż 6-krotnej wysokości przeciętnego wynagrodzenia (art. 46 ust 1. Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy),
- jednorazowe refundowanie poniesionych kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (art. 47 ust. 1 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

Są to instrumenty kierowane do ogółu bezrobotnych. Wydaje się jednak, że mogą być szczególnie skuteczne w przypadku osób niepełnosprawnych – ułatwiają im bowiem pokonanie istniejącej bariery wejścia na otwarty rynek pracy w postaci stereotypów i uprzedzeń. Ich cechą charakterystyczną jest określony w ustawie maksymalny czas ich stosowania, co sprzyja ich skuteczności (rozumianej jako wyprowadzenie osoby niepełnosprawnej na otwarty rynek pracy). Należy jednak zaznaczyć, że z instrumentów tych korzystają częściej osoby o lekkim i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zdecydowanie rzadziej osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Ciekawych informacji na temat skuteczności wsparcia osób niepełnosprawnych przez urząd pracy dostarczył wywiad z pracownikiem jednego z małopolskich powiatowych urzędów pracy:

*Z mojego wywiadu, jakie formy pomocy są najbardziej popularne, to bym powiedziała, że staże. To jest taka forma i ograniczająca zatrudnienie, bo pracodawca nie podpisuje umowy z pracownikiem. Ma pracownika za darmo przez te minimum 3 miesiące, więc jest w stanie sobie go sprawdzić, wyczytać za państwowe pieniądze. Jeżeli wyczyta to zatrudnia. Także to jest najlepsza forma.*

*Drugą formą, którą tutaj stosujemy jest refundacja składki ZUS. Czyli też jest gwarancja, że pracodawca otrzyma pieniądze dopiero po roku, więc musi się wykazać, musi ten pracownik pracować 12 miesięcy, żeby z jednej strony przynajmniej mieć prawo do zasiłku, ale żeby z drugiej strony ten pracodawca też mógł skorzystać. Więc i jedna osoba i druga się stara, żeby ta umowa była wiążąca. Pracodawca ma zwracane koszty, które poniósł z tytułu ubezpieczenia pracownika i ma ten zwrot dopiero po przepracowaniu, po zatrudnieniu tego bezrobotnego 12 miesięcy. Czyli nie dostaje tych pieniędzy od razu co miesiąc, tylko musi się wykazać, że ten bezrobotny miał pracę, że ten bezrobotny dostawał wynagrodzenie co miesiąc uczciwie. Że on był ubezpieczony uczciwie i dopiero te pieniądze dostaje po 12 miesiącach. I to jest bardzo fajna forma. To działa bardzo dobrze. Staż i refundacje składki ZUS jak najbardziej tutaj, nie mamy żadnych obaw, bardzo często są podpisywane.*

*A ta forma finansowa na początku to jest jakby zachęta. Spróbuj pracodawco, zobacz, że ta osoba jest dobrym pracownikiem. Skorzystaj, my ci to płacimy, mamy taką możliwość. Więc no to jest takie*

<sup>14</sup> Zgodnie z dokumentem opracowanym przez IZ PO KL „Zasady przygotowania, realizacji i rozliczania projektów systemowych Ośrodków Pomocy Społecznej, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie oraz Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013” w projektach systemowych OPS-ów i PCPR-ów możliwe jest organizowanie staży w spółdzielniach socjalnych.

---

*kuszenie z jednej strony pracodawcy, ale z drugiej strony jeżeli jest taka możliwość, to dlaczego ten pracodawca nie może skorzystać.*

## **Usługi opiekuńcze i miejsca pobytu dziennego**

Zdania uczestników paneli ekspertów na temat dostępności usług opiekuńczych i miejsc pobytu dziennego w województwie małopolskim były podzielone, co bardziej szczegółowo zostało omówione w części dotyczącej wsparcia dla rodziny. Niektórzy uczestnicy zdawali się być przekonani, że w sytuacji, kiedy jest potrzeba zapewnienia miejsc pobytu dziennego, to takie miejsce, w tym lub innym powiecie się znajdzie.

*Ja mogę powiedzieć, że opieka zinstytucjonalizowana, typu domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńcze, ona się sprawdza w stosunku do osób, które wymagają całodobowej opieki. Dla rodzin, które nie mają możliwości takimi osobami się opiekować. Oczywiście istnieje jeszcze wiele do poprawy, ale tak jak powiedziałem, to co było, a to co jest, to jest niesamowita różnica.*

Instytucjonalne usługi opiekuńcze adresowane są do osób, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Istnieje jednak duża grupa osób niepełnosprawnych, które potrzebują pewnej pomocy w codziennym funkcjonowaniu, ale nie wymagają umieszczenia na stałe w placówce opiekuńczej. Zdarza się jednak, że takie osoby trafiają do domu pomocy społecznej, gdyż brak jest innych form pomocy.

*Ja tak zauważyłam, że bardzo dużo osób trafia do nas w wieku 50 lat z amputacją nogi, które by prawdopodobnie bardzo fanie żyły i egzystowały w swoim środowisku gdyby miały większe wsparcie instytucji pomocowych. A nie, że jest problem, to od razu DPS. Tak to wygląda.*

## **1.4 Trudności podczas realizacji wsparcia**

Eksperci biorący udział w panelach zwracali uwagę na szereg kwestii, które utrudniają im skuteczne pomaganie osobom niepełnosprawnym. Niestety, większość tych problemów wiąże się z jakością polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych. Wydaje się jednak, że z poziomu lokalnego można przynajmniej niektóre z tych problemów rozwiązać.

### **Niewystarczająca współpraca kluczowych instytucji**

Ważnym czynnikiem zapewniania skuteczności wsparcia jest współpraca kluczowych instytucji, przy czym warto zaznaczyć, że w trakcie paneli zidentyfikowano stosunkowo wiele przykładów komunikowania się między poszczególnymi podmiotami. Niewątpliwie widoczna jest współpraca między urzędami pracy a ośrodkami pomocy społecznej czy też powiatowymi centrami pomocy rodzinie. Współpraca ta wydaje się być łatwiejsza w mniejszych miejscowościach.

*Zasada jest taka, im mniejsza miejscowość, tym lepsza współpraca z urzędem. Im większa miejscowość, tym współpraca coraz gorsza.*

Współpraca ta dotyczy różnych etapów projektowania, planowania i dostarczania wsparcia. Przebiega ona jednak zwykle w sposób nieformalny, na podstawie wzajemnych relacji i znajomości (o które łatwiej w mniejszych miejscowościach). Podejmowana jest wtedy, kiedy z powodów formalnych dana instytucja nie może oferować wsparcia, które jest danej osobie potrzebne – jest to zatem traktowane raczej jako obejście niedoskonałości systemu. Zdaniem badanych, bardziej racjonalne byłoby dostarczanie całości wsparcia w jednej instytucji. Mówi o tym jedna z przedstawicielek ośrodka pomocy społecznej, która współpracuje z urzędem pracy przy organizacji staży dla uczestników projektu:

*Jeżeli my zawieramy z osobami umowy na realizację projektu i w tej umowie byłby zapis, że m.in. będzie obietnica staży zawodowych, no to byłaby bardziej zainteresowana. Natomiast my możemy jej powiedzieć, że postaramy się załatwić. Tylko jest to tak, jak pan mówi, na zasadzie takiej współpracy.*



Wydaje się jednak, że istniejące relacje są bardzo dobrą podstawą do budowania bardziej skoordynowanego systemu wsparcia na poziomie lokalnym, w którym współpraca pomiędzy poszczególnymi instytucjami byłaby zorganizowana w sposób bardziej systematyczny i przemyślany.

Kwestia współpracy obejmuje również zlecenie pewnych działań przez instytucje publiczne organizacjom pozarządowym lub wspieranie ich działalności w innej formie. Jest to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę opisywane wcześniej w niniejszym raporcie ograniczone zasoby urzędów pracy czy też instytucji pomocy społecznej.

Okazuje się jednak, że jedną z barier dla budowania adekwatnej oferty wsparcia jest niedostateczna liczba organizacji pozarządowych wspierających osoby niepełnosprawne. Dotyczy to szczególnie mniejszych miejscowości i terenów wiejskich. Generalnie, jak ujął to jeden z rozmówców, im dalej od Krakowa, tym mniej jest takich organizacji. Przedstawia to reprezentantka organizacji o zasięgu regionalnym:

*Z naszej perspektywy jest tak, że im dalej od tego dużego miasta czy dużych ośrodków miejskich to tych organizacji jest coraz mniej, ale też im jest trudno się utrzymać. Jak my weszliśmy [do małej miejscowości] to tam była taka sytuacja, że lokalne środowisko wielokrotnie próbowało coś założyć, ale nie miało podstaw do tego, by istnieć, działać...*

Przyczyn niewielkiej ilości tego typu organizacji jest kilka. Wynika to ze słabości lokalnych społeczności: braku struktur organizacyjnych, doświadczenia, ludzi, zasobów finansowych. Inne przyczyny wiążą się z barierami wejścia. Rozpoczęcie działalności przez organizację pozarządową jest ograniczone przez barierę finansową. Istnieje silna konkurencja o środki finansowe, a wymagania dotyczące realizacji projektów wiążą się z koniecznością posiadania określonego kapitału.

Pewnym rozwiązaniem może być rozszerzanie zakresu działania organizacji funkcjonujących w dużych miastach na małe miejscowości. Przykładem takiego podejścia podał jeden z uczestników wywiadu:

*Władza lokalna - czyli wójt gminy - zobaczył problem na terenie gminy i zaczął szukać partnerów społecznych. I przyszedł do nas i powiedział: dam wam szkołę, a wy w tej szkole zróbcie coś dla niepełnosprawnych.*

Jest to pozytywny przykład świadomej polityki władz samorządowych, nastawionych na budowanie potencjału organizacji pozarządowych z wykorzystaniem lokalnych zasobów. Istnieje szansa, że współpraca ta przełoży się na powstanie lokalnej organizacji, wyposażonej w zasoby i kompetencje.

Z drugiej strony uczestnicy paneli ekspertów, reprezentujący instytucje publiczne, wyrażają pewien sceptycyzm wobec idei zlecenia zadań tym organizacjom. Pomimo tego, że pojawiają się możliwości prawne, część instytucji nie wykorzystuje tej możliwości.

*Artykuł 36 ustawy o rehabilitacji [zawodowej i społecznej osób oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych] daje taką możliwość i jest to zapis, który pojawił się chyba 3 lata temu. Nie wiem, ile powiatów zleca zadania w obrębie zadań obligatoryjnych. My tego nigdy nie robiliśmy...*

Głównym argumentem podawanym przez przedstawicieli tych instytucji jest niski poziom zaufania do organizacji pozarządowych i brak wiary, że mogą coś zrobić lepiej niż instytucje publiczne. Wydaje się jednak, że w tle tej dyskusji istnieje też pewna konkurencja o zasoby, których brakuje. Opinie te nie uwzględniają jednak konstytucyjnej zasady pomocniczości, na którą powoływał się jeden z ekspertów:

*To jak w Niemczech zasada subsydialności, gdzie jest powiedziane, że państwu nie wolno działać w jakimkolwiek zakresie, jeżeli znajdą się ludzie, którzy chcą ten problem załatwić. Państwo ma wspierać. Ma obowiązek wspierania tych ludzi, żeby ludzie, te organizacje wykonywały te zadania, a nie państwo.*

---

Pewną barierą dla rozwijania współpracy sektora publicznego i pozarządowego może być podejście niektórych władz samorządowych (szczególnie w większych miastach) do zlecania zadań organizacjom pozarządowym. Koncentrują się one na aspektach ilościowych i cenie świadczonych usług; mają natomiast trudności z określeniem wymagań jakościowych.

*Jest tak duże nasycenie rynku, jeśli chodzi o organizacje pozarządowe, że jest bardzo duża konkurencja i wtedy nie idzie się na jakość wykonywanych usług, czy na jakość realizowanych projektów, tylko idzie się na ilość, czyli pokazuje się wskaźniki. Pokazuje się: objęciem wsparciem w ubiegłym roku 2000 niepełnosprawnych, ale ilu niepełnosprawnych rzeczywiście zmieniło swoje życie przez to...*

*...bo miejskiego ośrodka pomocy społecznej w X nie interesuje jakość, którą pan świadczy, ale ilość klientów, która za te pieniądze zostaje objęta usługą.*

W trakcie wywiadów pojawiły się również podkreślane już w niniejszym raporcie wątki bardzo trudnej współpracy z placówkami zdrowia. Są to instytucje, które często jako pierwsze mają kontakt z niepełnosprawnością. Jednak instytucje te funkcjonują w oderwaniu od innych podmiotów.

*Nie ma żadnego wsparcia, nie ma żadnej pomocy, gdzie powinien iść [niepełnosprawny po opuszczeniu szpitala]. Jak powinien być skierowany do systemu, gdzie powinno zacząć się od rehabilitacji, od przygotowania go do zaprotezowania, do zaopatrzenia ortopedycznego. Drugie, przygotowanie do zatrudnienia. I to powinien być system ciągły, a tego nie ma.*

*No wysła [szpital] tą osobę obłożnie niepełnosprawną z powrotem do domu. Nie dając jej żadnej pomocy, nie zawiadamiając żadnej instytucji. A to właśnie tutaj ta informacja powinna być. Może do MOPS, może do PCPR, no nie wiem gdzie. W każdym bądź razie, do jakiejś instytucji, żeby mu dali informację [...]*

Do udziału w panelu nie zostali zaproszeni przedstawiciele instytucji ochrony zdrowia, dlatego też zabrakło możliwości skonfrontowania ich opinii z powyższymi wypowiedziami. Myśląc jednak o budowaniu regionalnego systemu wsparcia osób niepełnosprawnych konieczne jest zaangażowanie przedstawicieli służby zdrowia. Wskazane jest również dokonanie oceny funkcjonowania pracowników socjalnych w placówkach zdrowia – są to osoby, które zasadniczo powinny udzielać osobom niepełnosprawnym informacji o możliwych formach wsparcia.

### **Niezadawalająca wymiana informacji**

Niniejsza kwestia dotyczy jednego z ważniejszych wymiarów współpracy, to jest wymiany informacji. Większość instytucji biorących udział w panelach nie uzyskiwała informacji o wydanych orzeczeniach o niepełnosprawności, nie ma także na bieżąco aktualizowanych danych dotyczących liczby osób niepełnosprawnych zamieszkujących daną gminę czy powiat.

*A: A państwo w PCPR dostaliście na przykład informacje z ZUS, że u państwa na terenie powiatu...*

*B: O czym pan mówi? ((śmiech))*

*My nie jesteśmy w stanie pozyskać informacji o ilości osób niepełnosprawnych.*

*W 2002 był Narodowy Spis Powszechny i na tym bazowaliśmy. Teraz trochę pomógł nam PFRON, bo powiaty przejęły nowe zadania i aktywny samorząd i PFRON udostępnił nam cudem dane ilościowe dotyczące osób niepełnosprawnych. My nie wiemy. Nie ma bazy danych. Ilościowej bazy danych. To co mamy, to są dane szacunkowe. To jest pierwsze.*

Aktualne dane potrzebne są przede wszystkim do planowania wsparcia na poziomie lokalnym. Bez tego typu informacji trudno zdiagnozować, gdzie istnieją największe deficyty i jakie powinny być priorytetowe obszary wsparcia. W praktyce instytucje publiczne planują działania na podstawie danych cząstkowych, swoich obserwacji i subiektywnych opinii.

*A mając już te informacje, można by było się już wtedy zastanawiać, jaka grupa nadaje się do rehabilitacji społecznej, a jaka grupa do rehabilitacji zawodowej...*

*No teraz znowu ubiegaliśmy się na środki na kolejne dwa lata. I gdybyśmy mieli takie dane, że na naszym terenie w większości, my szacunkowo posiadamy, że w większości są z dysfunkcją narządu ruchu, to też wtedy ewentualnie wiemy, co możemy zawrzeć w tych projektach.*

Jest to o tyle istotne, że w orzeczeniach o niepełnosprawności często są wskazania dotyczące dalszych działań, np. przekwalifikowania, skierowania do warsztatów terapii zajęciowej, zakładu aktywności zawodowej. Jeden z uczestników panelu, przedstawiciel organizacji pozarządowej prowadzącej warsztaty terapii zajęciowej, tak opisuje pracę możliwą do wykonania na podstawie informacji uzyskanej od organu wydającego orzeczenie.

*Muszę mieć adres, telefon [osoby niepełnosprawnej]. Potem oczywiście kontakt osobisty, potem rozmowa z otoczeniem, bo często się tak zdarza, że (...) może to być taka osoba przez dłuższy czas niepracująca i już jest wykluczona, bo nie potrafi znaleźć tej pracy. To zależy też, czy to jest duże miasto czy małe. Założmy, że jeżeli to jest wieś, to trzeba zrobić kontakt z sołtysem, trzeba zrobić jakiś kontakt z PUP-em. Ja mówię o osobie, która możeając się taką osobą niepełnosprawną, prawda? No to już sama kwestia zainteresowania się samą osobą niepełnosprawną. Więc jest to albo warsztat, albo już szukanie tej pracy dla tej osoby. Czyli WTZ czy trenerzy pracy. Pokierowanie go do psychologa. W zależności też od niepełnosprawności, jaką ma dana osoba. Czy ma orzeczenie, że wymaga tej terapii czy nie ma takiego wskazania. Dalej pomoc samej rodzinie.*

Pokazuje to, że informacja o wydanym orzeczeniu powinna spowodować zmobilizowanie lokalnego otoczenia tej osoby: rozpoznanie jej potencjału i potrzeb, a następnie odpowiednie pokierowanie wsparciem. Takie działanie, szczególnie jeśli jest podejmowane szybko, może przynieść pozytywne efekty.

### **Skomplikowane przepisy prawa i sztywność procedur**

Dla niektórych uczestników panelu ekspertów podstawową trudnością były niejasne, zanadto skomplikowane przepisy prawne dotyczące wsparcia osób niepełnosprawnych. Dotyczy to zwłaszcza Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, która wielokrotnie ulegała zmianie. Zdecydowanie najbardziej krytycznie o przepisach prawa wypowiadał się przedstawiciel spółdzielni inwalidów:

*Zamiast rozwijać, to ograniczają wszystko. A państwo traktuje nas jak złodziejasków. Kontrole za kontrolami. Jak nie PFRON, a to urząd skarbowy, jak wykorzystujemy te środki. Traktują jak intruzów.*

Również w oczach przedstawicieli organizacji pozarządowych system prawny wydaje się przeregulowany, trudny, mało przyjazny. Przygotowując się do kolejnego okresu programowania funduszy europejskich dla regionu należy unikać zbyt złożonego systemu realizacji projektów, szczególnie skierowanych do małych organizacji pozarządowych.

Przyczynę braku możliwości dostosowania wsparcia do potrzeb i problemów danej osoby eksperci upatrywali między innymi w złożoności i sztywności procedur związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Indywidualne podejście pociąga za sobą bardzo konkretne konsekwencje z punktu widzenia działania instytucji czy też realizacji projektów. Konieczne jest przeznaczenie odpowiednich zasobów na rozpoznanie sytuacji danej osoby. Po drugie ważna jest możliwość łączenia różnych instrumentów i form wsparcia. Cytowany przedstawiciel urzędu pracy przywoływał w wywiadzie sytuację, w której szkolenie dla osoby bezrobotnej było finansowane przez ośrodek pomocy społecznej, a dofinansowanie kosztów zatrudnienia było finansowane przez urząd pracy. Choć jest to pozytywny przykład współpracy, to w tym przypadku taki podział zadań wynika ze specyficznie rozumianej „racjonalności”, zgodnie z którą dana osoba obejmowana jest wsparciem jednym instrumentem, niezależnie od jej potrzeb i skuteczności takiego wsparcia.

---

*Jakby nie można było od początku temu pracodawcy wyszkolić pracownika i dofinansować to zatrudnienie. No to jest też ograniczenie, że mamy racjonalnie wydawać środki, więc też nie możemy sobie pozwolić na to, żeby ta sama osoba bezrobotna korzystała ze szkolenia i jeszcze miała dofinansowanie z tytułu podjęcia pracy.*

Sposób planowania i rozliczania z działalności zmusza niestety urzędy pracy do tego typu nieefektywnych działań, podejmowanych w imię specyficznie rozumianej racjonalności. Wszelkie próby odgórnego określania, ile i jakie formy wsparcia oraz dla jakich osób powinny być zastosowane w danym okresie czasu w praktyce usztywniają możliwość indywidualizacji pomocy i są przyczyną marnotrawienia publicznych pieniędzy. W takim podejściu ginie człowiek, a istotne stają się statystyki i zestawienia. Znacząca jest kolejna wypowiedź tej osoby:

*Konkretnej osobie byśmy pomagali, konkretnej osobie, a nie tylko bezrobotnemu.*

Badany buntuje się przeciwko, jego zdaniem, irracjonalnej logice działania instytucji, zorientowanej na pomaganie abstrakcyjnemu bezrobotnemu, przez co ginie perspektywa konkretnej osoby, z jej indywidualnymi problemami, trudną sytuacją i potrzebą wsparcia.

Kolejną kwestią, którą warto poruszyć w kontekście indywidualizacji wsparcia, jest konieczność zapewnienia elastyczności na etapie planowania projektu. Niestety projektodawcy, w tym również instytucje publiczne, obecnie zmuszeni są do dokładnego planowania nie tylko liczby osób, które zamierzają objąć wsparciem, ale również instrumentów i metod działania, np. liczby prac interwencyjnych, dofinansowania miejsca pracy itd. Utrudnia to elastyczne zarządzanie projektem i dostosowywanie wsparcia do potrzeb konkretnych osób.

*Jeżeli mamy podejść do klienta indywidualnie, a nie wiemy, kto się nam za rok, znaczy w przyszłym roku zarejestruje, żeby dopasować w trakcie trwania projektu pewne rzeczy. Żeby można było modelować, tak planujemy taką liczbę za taką kwotę, natomiast żeby jeszcze można było w trakcie to przesuwać.*

Na podstawie badań jakościowych nie sposób stwierdzić skali problemu, wydaje się jednak, że jest to zjawisko powszechne. W praktyce prowadzi to do działań pozornych – instytucje realizują projekty, wykonują działania w nich przewidziane, ale ponieważ zostały one zaprojektowane „z góry” i nie odnoszą się do potrzeb klientów, ich skuteczność jest ograniczona.

### **Ograniczone zasoby**

Kwestia dostępnych zasobów budzi duże kontrowersje. Z jednej strony eksperci wskazują, że wydatki na rehabilitację osób niepełnosprawnych są zbyt małe, z drugiej strony pojawiają się dyskusje na temat sposobu podziału tych ograniczonych zasobów. Przykładowo, przedstawiciele warsztatów terapii zajęciowej wskazują, że dostępne środki na ich funkcjonowanie są zbyt małe. Nie zgadza się z tym przedstawiciel samorządu:

*Z punktu widzenia powiatu, czyli instytucji, która nadzoruje działalność warsztatów terapii zajęciowej, środki są wystarczające. W porównaniu do środowiskowych domów pomocy, gdzie koszt jest 980 (...) Gdzie tak samo odbywają się warsztaty 7 godzin dziennie, w środowiskowym domu 8 godzin dziennie, toczy się no walka, to za mocne słowo, ale na różnych spotkaniach, które organizujemy, środowiskowe domy zarzucają warsztatom, że ciągle narzekają.*

## 2 Wnioski na przyszłość

### 2.1 Proponowane działania

Kluczowym celem szczegółowym realizacji badania było sformułowanie katalogu rekomendowanych rozwiązań (uwzględniających dłuższą perspektywę czasową) mających na celu ograniczenie skali wykluczenia społecznego wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce. Wyniki przeprowadzonych paneli pozwalają na sformułowanie szeregu zaleceń dotyczących kształtowania wsparcia w przyszłości.

Jako punkt wyjścia należy stwierdzić, że **katalog form wsparcia** istniejący w polskim prawie i przewidziany do realizacji w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki jest bardzo szeroki i **wyczerpuje zdecydowaną większość potrzeb osób niepełnosprawnych**. Problemem jest:

- niewystarczające wykorzystanie niektórych instrumentów,
- zbyt słabe dopasowanie poszczególnych instrumentów do potrzeb konkretnych osób (adresowanie, indywidualizacja wsparcia),
- sposób dostarczania pomocy osobom niepełnosprawnym,
- niewystarczająca koordynacja działań na poziomie regionalnym i lokalnym,
- niewystarczający dostęp do informacji.

Dlatego też zalecenia będą koncentrować się głównie na tych kwestiach.

#### Wzrost skali wykorzystania niektórych instrumentów

Badanie ujawniło potrzebę wykorzystania w zdecydowanie większej skali niektórych instrumentów.

**Trener pracy** – dotychczasowe działania z zakresu aktywizacji osób niepełnosprawnych często okazywały się nieskuteczne. Wynikało to, w głównej mierze, z niedostatecznego zindywidualizowania wsparcia i zrozumienia psychologicznych barier, w tym lęków przed wejściem w nową sytuację, nowe otoczenie. Trener pracy to osoba, która pracuje bezpośrednio z osobą niepełnosprawną, poszukuje ofert pracy dopasowanych do profilu tej osoby, pomaga jej wejść do środowiska pracy, ale również przygotowuje to środowisko do współpracy z osobą niepełnosprawną, pomaga osobie niepełnosprawnej w pierwszym okresie jej pracy i monitoruje jej sytuację przez cały czas, również po usamodzielnieniu się. Trener pracy jest metodą pracy, która może być wykorzystywana praktycznie przez wszystkie podmioty: urzędy pracy, instytucje pomocy społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, organizacje pozarządowe itd.

**Wczesna interwencja** – wczesne rozpoznanie niepełnosprawności i zaburzeń dziecka ma decydujące znaczenie dla jego dalszego rozwoju. Kwestią kluczową jest jak najszybsze pojawienie się kompleksowej, wielospecjalistycznej pomocy dla dziecka i jego rodziny, co pozwala poradzić sobie z kryzysem, jakim jest pojawienie się osoby niepełnosprawnej, a także zapobiega rozwojowi negatywnych skutków niepełnosprawności i długotrwałej bierności.

**Dzienne usługi wsparcia** – poważnym deficytem systemu wsparcia osób niepełnosprawnych okazuje się niedostatek usług opiekuńczych oraz ośrodków wsparcia dziennego. Powoduje to albo przeciążenie rodziny (która zostaje sama z osobą niepełnosprawną bądź decyduje się oddać osobę niepełnosprawną do domu pomocy społecznej) albo kierowanie takich osób do instytucji, które powinny zajmować się rehabilitacją społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych, a nie świadczeniem usług opiekuńczych (np. warsztatów terapii zajęciowej). Jest to jedna z przyczyn blokowania się całego systemu wsparcia – osoby niepełnosprawne nie „przepluwają” między poszczególnymi instytucjami (kolejnymi etapami rehabilitacji społeczno-zawodowej), ale tkwią w nich latami.

**Pomoc psychologiczna** – osoby niepełnosprawne, oprócz barier wynikających z ich stanu zdrowia, muszą sobie radzić z problemami psychologicznymi, co znacznie utrudnia im aktywizację społeczną i zawodową.



---

Dlatego też istnieje potrzeba uzupełnienia wsparcia kierowanego do tych osób o usługi psychologiczne. Instytucje, które nie zatrudniają wykwalifikowanych psychologów (np. urzędy pracy) powinny mieć możliwość zlecenia takiej usługi na zewnątrz. Pomoc psychologiczna powinna również objąć opiekunów osób niepełnosprawnych.

### **Poprawa dopasowania wsparcia do potrzeb konkretnych osób**

Jednym z powodów niskiej skuteczności dotychczasowej pomocy osobom niepełnosprawnym jest nieadekwatne adresowanie wsparcia, co polega na niedostatecznym uwzględnieniu specyficznej sytuacji danej osoby, jak również ograniczonej dostępności niektórych form wsparcia. Dlatego też konieczne jest poszukiwanie sposobów lepszego adresowania wsparcia, jego indywidualizacji.

**Zindywidualizowana diagnoza** – jednym z podstawowych założeń, które powinno być stale obecne w przypadku pomagania osobom niepełnosprawnym, jest uwzględnianie zróżnicowanej sytuacji tych osób. Każda z nich ma swoje indywidualne problemy, które wynikają ze stanu zdrowia, wieku, wykształcenia, doświadczenia, sieci kontaktów, postawy itd. Dlatego też konieczne jest poświęcenie odpowiednich zasobów na dokładne rozpoznanie sytuacji danej osoby (również w miejscu zamieszkania) i dopiero na tej podstawie podjęcie decyzji o formie wsparcia.

**Budowanie powiązań instytucjonalnych** – jedną z barier aktywizacji zawodowej jest niedrożność systemu aktywizacji osób niepełnosprawnych. Zasady funkcjonowania tego systemu określane są na poziomie krajowym, dlatego z punktu widzenia regionu istnieją ograniczone możliwości wpływania na niego. Należy jednak stymulować budowanie powiązań na poziomie konkretnej instytucji. Przykładem takiego działania może być zakładanie spółdzielni socjalnych bądź spółek z ograniczoną odpowiedzialnością przeznaczających zyski na cele społeczne przez osoby prawne, np. organizacje pozarządowe prowadzące warsztaty terapii zajęciowej. Budowanie tego typu kompleksowych struktur wsparcia zapewni większą elastyczność działania i możliwość dostosowywania wsparcia do zmieniających się w czasie potrzeb osób niepełnosprawnych.

### **Poprawa sposobu dostarczania pomocy osobom niepełnosprawnym**

Sposób zaprojektowania i dostarczenia wsparcia to kluczowe czynniki decydujące o sukcesie danego przedsięwzięcia, a wśród nich elementami kluczowymi są:

**Ciągłość wsparcia** – część osób niepełnosprawnych, szczególnie niepełnosprawnych intelektualnie, nawet jeśli znajdzie zatrudnienie na otwartym rynku pracy, będzie potrzebować ciągłego wsparcia. Jego intensywność oczywiście powinna się zmieniać, w zależności od sytuacji i potrzeb danej osoby niepełnosprawnej, ale niezbędny jest stały monitoring jej położenia. Stanowi to olbrzymie wyzwanie dla projektowego podejścia do wspierania osób niepełnosprawnych. Oznacza to, że konieczne jest nie tylko realizowanie działań projektowych, ale również np. monitorowanie losów wcześniejszych podopiecznych, po okresie realizacji projektu.

**Elastyczność programów i projektów** – jednym z poważniejszych ograniczeń dla właściwego adresowania wsparcia jest nadmierna sztywność programów i projektów. „Poszatkiwanie” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na działania i poddziałania, segmentacja form wsparcia ze względu na instytucję świadczącą usługę, sztywne i szczegółowe planowanie działań w projektach – wszystko to utrudnia działania lokalnym instytucjom. Konieczne jest zdecydowanie bardziej elastyczne podejście, zgodnie z którym tworzone są ogólne ramy finansowe, które pozwalają na realizację różnych przedsięwzięć. Planowanie na poziomie projektu powinno uwzględniać liczbę osób i przeciętną kwotę na osobę, jak również ewentualny katalog instrumentów możliwy do wykorzystania.

### **Poprawa koordynacji działań na poziomie regionalnym i lokalnym**

Jak wynika z paneli ekspertów, instytucje działające na poziomie lokalnym, szczególnie w mniejszych miastach, współpracują ze sobą. Najczęściej jednak jest to współpraca nieformalna, bazująca na osobistych więziach, podejmowana ad hoc. Maksymalne wykorzystanie dostępnych, ograniczonych zasobów wymaga

---

zdecydowanie bardziej zaawansowanych mechanizmów koordynacji działania wszystkich instytucji zaangażowanych we wspieranie osób niepełnosprawnych. Koordynacja ta powinna obejmować co najmniej:

**Wyznaczenie na poziomie lokalnym jednej instytucji, która odpowiada za koordynację wsparcia dla osób niepełnosprawnych** – taką instytucją może być np. powiatowe centrum pomocy rodzinie. Koordynacja powinna koncentrować się na zarządzaniu wsparciem, a niekoniecznie na bezpośrednim świadczeniu usług. Do centrum powinny napływać informacje o osobach niepełnosprawnych (od instytucji orzekających, szpitali, szkół). Ta instytucja powinna inicjować prowadzenie pogłębionej diagnozy i na tej podstawie, wspólnie z innymi partnerami, podejmowane winny być decyzje o dalszych działaniach. Konkretnie, specjalistyczne wsparcie byłoby dostarczane przez wyspecjalizowane instytucje (urząd pracy, warsztat terapii zajęciowej itd.), natomiast koordynator byłby odpowiedzialny za monitorowanie efektów i podejmowane działań korygujących (we współpracy z partnerami).

**Włączenie do współpracy wszystkich kluczowych instytucji** – uwzględniając instytucje pomocy i integracji społecznej, instytucje ochrony zdrowia, instytucje rynku pracy, instytucje oświatowe itd.

**Budowanie sieciowego systemu zarządzania integracją osób niepełnosprawnych na poziomie regionalnym** – działania na poziomie lokalnym powinny być wspierane przez odpowiednie inicjatywy na poziomie regionalnym. Jedną z ważniejszych jest budowanie sieci współpracy między instytucjami zajmującymi się aktywizacją społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych. Zadaniem tej sieci powinno być dostarczanie informacji o efektach prowadzonych działań, inicjowanie zmian, podejmowanie decyzji na temat strategicznych kierunków wsparcia.

### **Poprawa dostępu do informacji**

Zarządzanie systemem integracji osób niepełnosprawnych wymaga **dostępu do aktualnych danych i informacji**. Konieczne jest pozyskiwanie danych od instytucji orzekających o niepełnosprawności (ZUS, KRUS, PZON i WZON), jak też instytucji odpowiedzialnych za finansowanie działań (PFRON).

Dodatkowo konieczne jest prowadzenie **bardziej pogłębionych analiz na temat aktualnego systemu wsparcia osób niepełnosprawnych**. Analizy takie powinny zostać wzbogacone o dane na temat efektywności kosztowej działania poszczególnych instytucji, skuteczności działania, długości oczekiwania na dostęp, satysfakcji klientów. Pozwoli to na uzyskanie pełniejszego obrazu rzeczywistości i podejmowanie lepszych decyzji.

Poprawa dostępu do informacji oznacza również **lepszą, kompleksową i podaną prostym językiem informację o możliwych formach wsparcia i zasadach korzystania z niego**. Informacje takie mogą być przygotowywane na poziomie regionalnym (ze wskazaniem punktów kontaktowych w każdym z powiatów, adresów instytucji ponadpowiatowych itd.), jak i na lokalnym. Istotne jest zapewnienie dostępu do tych informacji również osobom, które zawodowo stykają się z osobami niepełnosprawnymi, lecz nie znają szczegółowo zasad funkcjonowania systemu wsparcia mieszkańców z niepełnosprawnością.

---

## 2.2 Charakterystyka potencjalnych realizatorów wsparcia

Ostatnia kwestia dotyczy określenia wymagań wobec podmiotów świadczących usługi z zakresu wspierania osób niepełnosprawnych, w tym przyszłych beneficjentów projektów wspierających osoby niepełnosprawne z funduszy europejskich dla regionu. Wydaje się, że pod uwagę powinny być brane następujące elementy:

- **Doświadczenie** w świadczeniu usług, przy czym w ocenie tego doświadczenia uwzględniana powinna też być skuteczność dotychczasowych działań; doświadczenie oraz owa efektywność powinny być rozważone przy konstruowaniu wymaganych kryteriów,
- **Kadra** – przygotowanie do wykonywania zadań, możliwość dostarczenia wyspecjalizowanych usług (np. psychologicznych),
- **Współpraca z innymi podmiotami** – szczególnie promowana powinna być udowodniona gotowość do świadczenia usług we współpracy z innymi podmiotami. Oznacza to, że preferowane powinny być partnerstwa, w tym zwłaszcza partnerstwa lokalne, uwzględniające podmioty pochodzące z różnych sektorów,
- **Możliwość ciągłego świadczenia usług** – co oznacza odpowiednie zasoby i zaplecze do tego, aby usługi były świadczone w sposób trwały, w tym po zakończeniu pomocy dla danej osoby, która otrzymała wsparcie w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Konieczność przekonania donatora o możliwości monitorowania dalszych losów uczestników projektu powinna być obowiązkowa.







Wydawca:  
Regionalny Ośrodek  
Polityki Społecznej w Krakowie  
ul. Piastowska 32  
30-070 Kraków  
[www.rops.krakow.pl](http://www.rops.krakow.pl)

PUBLIKACJA JEST DYSTRYBUOWANA BEZPŁATNIE

ISBN 978-83-60242-67-4